

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Flacso Ecuador
Departamento de Sociología y Estudios de Género
Convocatoria 2013-2015

Tesis para obtener el título de maestría en Sociología

Medicina popular urbana y la zona gris: interculturalidad en salud y las hierbas medicinales
de los mercados de Quito

Mario Siddhartha Portugal Ramírez

Asesor: María Cristina Malong Cielo

Lectores: Astrid Lorena Perafán Ledezma y María Carmen Beatriz Loza Vidaurre

Quito, marzo de 2016

Dedicatoria

Al parche 2013-2016

Tabla de contenidos

Resumen	V
Agradecimientos.....	VI
Introducción.....	1
Capítulo 1. La medicina en Ecuador y Quito	8
1.1 La medicina y las hierbas desde la época preincaica	9
1.2 Nuevos tiempos para la biomedicina.....	11
1.3 Nuevos tiempos para la medicina tradicional.....	12
1.4 Repensando la medicina popular urbana.....	17
1.5 Las hierbas medicinales en la ciudad de Quito	20
Capítulo 2. Marco teórico.....	25
2.1 Modelos médicos.....	27
2.2 Salud internacional y salud global.....	29
2.3 El pluralismo médico.....	39
2.4 El reconocimiento jurídico de la interculturalidad en salud.....	41
Capítulo 3. Los bordes de la zona gris: la tácita exclusión de las hierberas	48
3.1 La medicina de las hierberas en la cotidianidad de la población quiteña.....	49
3.2 Las hierbas y otras terapias múltiples.....	54
3.3 Las curaciones con hierbas ¿charlatanería, brujería o herencia cultural?	57
3.4 Las hierberas en el borde de la zona gris.....	63
Capítulo 4. Reinventando la medicina popular urbana	68
4.1 Repensando el concepto de la zona gris para la medicina popular urbana	68
4.2 Los conocimientos tradicionales se adaptan a los tiempos	71
4.3 El centro de la telaraña: las interrelaciones de la medicina de hierbas	75
4.4 La inflexibilidad y flexibilidad de la organización	82
Conclusiones	88
Lista de Referencias	91

Declaración de cesión de derecho de publicación de la tesis

Yo, Mario Siddhartha Portugal Ramírez, autor-a de la tesis titulada *Medicina popular urbana y la zona gris: interculturalidad en salud y las hierbas medicinales de los mercados de Quito* declaro que la obra es de mi exclusiva autoría, que la he elaborado para obtener el título de Maestría en Sociología concedido por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador.

Cedo a la FLACSO Ecuador los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, bajo la licencia Creative Commons 3.0 Ecuador (CC BY-NC-ND 3.0 EC), para que esta universidad la publique en su repositorio institucional, siempre y cuando el objetivo no sea obtener un beneficio económico.

Quito, marzo de 2016



Mario Siddhartha Portugal Ramírez

Resumen

Medicina popular urbana y la zona gris, busca responder a la cuestión de cómo se presenta el desarrollo de una de las medicinas populares urbanas, el de las hierbas en los mercados de Quito, en un contexto de interculturalidad en salud. El estudio pretende explicar cómo se inserta esta medicina dentro de los programas de interculturalidad que están vigentes en el país que a su vez forman parte de un modelo de salud global. Partimos de que esta medicina tendrá la necesidad de desplegar tácticas y estrategias particulares que le permitirán mantenerse y reproducirse frente a las políticas de interculturalidad en salud que buscan regular las terapias tradicionales. El principal hallazgo al que llegamos es que esta medicina se ubica dentro de dentro de una *zona gris*, espacio que se constituye por los límites externos que resultan de las acciones y omisiones del sistema público de salud del Ecuador y los límites internos, constituidos por las tácticas y estrategias que despliega esta medicina.

Agradecimientos

A ti.

Introducción

A principios del año 2014 estaba definiendo mi tema de tesis que deseaba se relacione con medicinas tradicionales utilizadas en áreas urbanas. Mi interés por encontrar un tema de esta naturaleza se debía a que por lo general cuando se habla sobre medicina tradicional se la circunscribe como algo exclusivo de los pueblos indígenas en áreas rurales, mientras que en contextos urbanos se da énfasis a sus elementos ancestrales, soslayando las características particulares que adquieren por el hecho de desarrollarse en la ciudad. En efecto, se presenta a la medicina tradicional de las urbes como vestigios de tradiciones rurales que subsisten a pesar del flujo modernizador por el que atraviesa la ciudad. Por ello, no es de extrañar que los medios de comunicación asuman una postura ambigua hacia ellas, presentándolas como exotismos que hacen más pintoresca la ciudad.

En Quito existen varios ejemplos de medicina popular urbana y tenía pensado algunos posibles temas, pero llegué al de las hierberas casi por casualidad. Estaba haciendo algunas compras en el mercado Santa Clara en el norte de Quito cuando vi los *puestos* donde ofrecían hierbas medicinales, además de curas contra el *espanto* y el *mal de ojo*. Aquella vez solo me acerqué a comprar algunas ramas de cedrón, pero quedé intrigado por lo que vi: hierbas y productos esotéricos que atiborraban las estanterías. Unas semanas más tarde, una compañera de la universidad y yo nos encontrábamos en San Roque, uno de los mercados más populosos y tradicionales de la ciudad, en una actividad del *Frente de defensa del mercado San Roque* y decidimos hacer unas compras antes de irnos, lo cual condujo nuestros pasos hacia la sección de hierbas. Aquella vez llegamos al *puesto* de Gloria Chicaiza quien nos ofreció sus productos, mientras nos explicaba para que servía cada uno de ellos. Casualmente, ambos teníamos dolores en la espalda por varios días, presumiblemente por el *estrés* del estudio. Contamos a Gloria nuestro problema y ella nos hizo algunas preguntas para luego decirnos que necesitábamos una *limpia* porque teníamos acumulada demasiada mala energía y que era necesario sacarla para evitar problemas de salud más graves. Reconozco que tomé la recomendación con cierto escepticismo, pero a la vez surgió en mí una curiosidad por saber en que consistía la mencionada *limpia*.

Gloria me pidió entrar al *puesto*, un reducido cubículo separado con una tela que a la vez sirve para guardar muchos de sus productos. Dentro vi imágenes católicas de Cristos y Vírgenes, además de varios rosarios colgados. Me senté en un taburete y luego Gloria me pidió que me

saque la camiseta para comenzar la terapia. Me pasó un huevo por el pecho, los brazos y frente, mientras musitaba algunos rezos, luego lo rompió y echó el contenido en una bolsa plástica que observó con detenimiento por unos segundos luego de lo cual me anunció que había una persona (que conocía) que me envidiaba y que podía hacerme daño. A continuación, sacó unas ramas de ortiga que me pasó por el cuerpo, tomó un sorbo de una botella (luego supe que era la bebida conocida como *puntas*) y me hizo varios *soplos* en el pecho y el rostro. Cuando hubo terminado, me frotó el pecho, brazos y espalda con un emplasto color verde, mientras continuaba con los rezos. Para finalizar, me hizo beber un líquido que, según me comentó, contenía algo de *ayahuasca*, *ortiga* y otras hierbas más. Luego de finalizado el tratamiento, Gloria llenó una bolsa con hierbas y me las entregó recomendándome que haga una infusión con ellas en casa. Para mi sorpresa, luego de unos treinta minutos el dolor desapareció por completo. De esta forma, quedé intrigado por la medicina de las hierbas, lo cual me decidió a investigar sobre ello para mi tesis.

En la medida en que busqué información sobre las hierbas noté que existía una gran cantidad de investigaciones botánicas y etnobotánicas de pueblos indígenas ecuatorianos, mientras que en el caso de las hierbas solo hallé una tesis realizada en el año 2011. A pesar de que existen pocos estudios, esto no significa que esta medicina no suscite interés, sobre todo entre los mencionados medios de comunicación que cada cierto tiempo realizan notas sobre las hierbas y su labor en los mercados. Esta atención no debería resultar extraña, puesto que Ecuador se rige por políticas públicas orientadas hacia la interculturalidad en salud.

De esta manera, al iniciar mi investigación supuse que las políticas de interculturalidad en salud en el Ecuador tendrían efectos visibles sobre la medicina de los mercados de Quito, pues experiencias como los *partos culturalmente adecuados* pasaron de iniciativas aisladas a ser protocolos incorporados por los centros de salud en el país en los últimos años. Lo que me interesaba saber era cómo los lineamientos del Estado transformaban las representaciones y prácticas de esta medicina popular urbana. Sin embargo, mi sorpresa fue observar que esta medicina apenas es tomada en cuenta por la interculturalidad en salud promovida en el país y que opera casi al margen de toda normativa relacionada a la salud. Esto significa que a pesar de las intenciones del Estado por tener una mayor regulación de las medicinas tradicionales, ésta medicina urbana popular está ubicada al margen del constreñimiento estatal; en un

espacio de creatividad, de despliegue de tácticas y estrategias, de resistencia; en suma en una *zona gris*.

En este texto quiero mostrar que una de las tantas medicinas populares urbanas, el de las hierbas, se desenvuelve en esta *zona gris*. Mi argumento es que la salud en el Ecuador se mueve dentro los lineamientos de una salud global que generan un modelo médico hegemónico excluyente, el mismo que definirá lo que se entiende por interculturalidad en salud en el país. Esto hace que la medicina de las hierbas tenga la necesidad de desplegar tácticas y estrategias que le permitan mantenerse y reproducirse dentro de la *zona gris* a la cual es relegada por las acciones y omisiones del sistema público de salud.

De esta manera, la pregunta que guió mi investigación fue ¿Cómo se desarrolla la medicina popular urbana de las hierbas de los mercados de Quito en un contexto de interculturalidad en salud inserta dentro de la salud global?

Mientras que las preguntas específicas son:

1. ¿Cuáles fueron las características internacionales y nacionales de la salud que permiten a la medicina de las hierbas continuar hasta nuestros días?
2. ¿Cuál es la posición que se les asigna a las medicinas tradicionales dentro de la interculturalidad en salud?
3. ¿Cuáles son los mecanismos que hacen que las hierbas sean excluidas a la *zona gris* de la interculturalidad en salud?
4. ¿Qué estrategias asume la medicina de las hierbas para continuar con su labor de atención de la salud?

Buscar las respuestas para mis preguntas me llevaron hacia la metodología cualitativa aplicada a la salud. Primero, porque permite conocer los significados de la salud y las enfermedades para diferentes culturas, además de sus vínculos con la familia, comunidad y contextos institucionales tanto a nivel rural como urbano como indica Morse en un texto del 2007 titulado “What is the domain of qualitative health research?” (citado por Calderón 2009, 3). Segundo, porque si bien la interculturalidad en salud está reflejada en diferentes leyes sobre salud en el país, observar su desarrollo en la práctica requiere sobre todo un acercamiento desde la voz de aquellos que se ven involucrados, las hierbas de los mercados de Quito.

La recolección de datos la realicé entre los meses de marzo a julio en los mercados San Francisco, Central, Santa Clara, San Roque y Plataforma Primero de Mayo. Sin embargo, mi énfasis fue sobre todo en San Francisco y San Roque, dos mercados tradicionales de la ciudad con características particulares. San Francisco (así como el Central y en menor medida Santa Clara) es un mercado que tuvo recientes reformas en su infraestructura, de menor tamaño, con menos puestos de venta y orientado a convertirse en un mercado que acoge al turista. San Roque, en cambio, no ha sufrido mayores reformas en su infraestructura, tiene un gran cantidad de comerciantes que fácilmente sobrepasan las 5490 personas, trabajando en una de las 26 asociaciones. Sin embargo, sus comerciantes tienen también el deseo de consolidarse como un espacio turístico.

Para la información secundaria acudí a representantes de instituciones e investigadores que contaban con información sobre el tema, los mismos que fueron elegidos mediante la técnica de *bola de nieve*, es decir, identificados a partir de la mención de alguna persona que me comentaba quién podría tener información relevante para mi estudio. Adicionalmente, hice una revisión bibliográfica en bibliotecas y documentos en internet, los mismos que sirvieron sobre todo para la discusión teórica.

Para hacer este trabajo acudí a tres técnicas, la observación no participante, la participante y las entrevistas a profundidad. La observación no participante la realicé observando a los clientes que pasaban por los *puestos* de las señoras, tomando notas de aquello que se indicaba o recetaba para curarles y las causas que llevaron a esta persona al mercado. En ciertos casos, la observación no participante se desarrolló en hechos del mercado no vinculados a mi tema (cortes de electricidad, festejos, etc.), pero que me permitieron tejer relaciones de confianza con algunas hierberas.

La observación participante la realicé en casos que considere que podían arrojar datos valiosos para mi investigación. Una visita al mercado de hierbas de Saquisilí (Provincia Cotopaxi) junto a una vendedora de hierbas, mi participación en una ceremonia de un curandero con el que trabajaba una de las hierberas, estar presente en una *limpia* y hacerme yo mismo una, son solo algunos ejemplos. Añado además las entrevistas que realizamos para uno de los programas de la radio de la universidad, las cuales me permitieron obtener y corroborar datos.

Las entrevistas a profundidad las hice con hierberas, funcionarios de instituciones del Municipio, con la Dirección de Salud Intercultural del Ministerio de Salud Pública, profesionales e investigadores y algunos pacientes. Los cuestionarios que realice eran abiertos, con preguntas guías que me permitieron profundizar algunos aspectos. Las entrevistas con las hierberas fueron a profundidad para indagar sobre su vida personal y laboral, el origen de sus conocimientos, las interpretaciones sobre los fenómenos de salud y enfermedad, su relación con otras medicinas, su opinión sobre la relación establecida con instituciones de salud y los problemas que les afectan. Con los funcionarios de instituciones públicas mi interés fue principalmente conocer que tipo de acciones y/o relaciones tenían con las hierberas. Con los profesionales e investigadores mi interés fue conocer sus investigaciones sobre la salud intercultural y la medicina con hierbas. Por último, realicé entrevistas informales a pacientes en momentos casuales, aunque también hice otras que requirieron más tiempo de preparación como un grupo focal. Las entrevistas fueron grabadas, pero también las registré en un diario de campo como explicaré más adelante.

El análisis de la información lo hice agrupando las transcripciones de entrevista en las cuatro categorías en las que divido este documento, además de utilizar las notas de campo que tome durante mi investigación. Mis notas también incluían algunas anotaciones metodológicas que me sirvieron para poder enfocar mejor mis preguntas y mi observación. Esto me sirvió para tomar algunas decisiones durante el trabajo de campo que presento a continuación como una breve reflexión metodológica.

Si bien indiqué que la metodología cualitativa aplicada a la salud ayuda a comprender mejor los fenómenos de salud y enfermedad, esto no significa que no surjan retos y dificultades durante la investigación. Su resolución no solo se limita al ajuste metodológico o al perfeccionamiento de técnicas, sino que pueden tener relación con argumentar el proceso de investigación a aquellos que van a ser investigados. En mi caso esto último significó justificar mi presencia en el mercado, enfrentando en muchos casos reticencia de algunas personas. Tobar (2011) señala en su tesis de grado que ella atravesó una situación aún más complicada, puesto que para aquel entonces las hierberas habían decidido no dar más entrevistas porque estaban convencidas de que una nota televisiva les dio una imagen negativa ante la población (Tobar 2011). Si bien no tuve que sortear un caso tan complicado como este, mi reto fue conversar sobre temas no relacionados con las hierbas. En efecto, a menudo escuchaba la frase “*¿Por qué quiere saber eso?*” cuando hacía preguntas sobre la relación con autoridades.

Sin embargo, con el pasar del tiempo mi presencia se hizo habitual y estos temas pudieron ser tratados con algunas de las mujeres que entreviste.

En cuanto a los dos ajustes metodológicos que tuve que hacer, éstos fueron resultado de las exigencias del propio trabajo de campo en el proceso. El primero fue sobre el tiempo diario que mi presencia podía tener en el mercado, la cual debí ajustar a los tiempos de las hierberas. Al iniciar mi trabajo, yo había planificado el mejor escenario posible para mi investigación: ir con las hierberas todos los días y quedarme allí desde las siete de la mañana hasta las cuatro de la tarde, horario en que se cierran los mercados. Sin embargo, me di cuenta que estar todo el día rondando los *puestos* podía llegar a causar cierto fastidio, porque estas mujeres deben competir por atraer la mayor cantidad de clientes y no disponen de mucho tiempo para atender al investigador.

El tiempo está también relacionado al siguiente ajuste, el medio para recolectar las entrevistas. El flujo de clientes no solo supuso que algunas entrevistas tuvieran que ser interrumpidas y retomadas luego en más de una ocasión, sino que a veces debían ser cortadas abruptamente por deseos de la hierbera para poder concentrarse en su trabajo. Sin embargo, siempre fue más sencillo retomar una entrevista cuando la grabadora no seguía funcionando, conversando sobre algo relacionado al mercado para luego retomar el tema inicial. Además, opté por limitar el uso de la grabadora para utilizar el cuaderno de campo, pues a menudo salían detalles que las entrevistadas preferían señalarlos sin que queden registrados, como por ejemplo las quejas que hay sobre los administradores o hacia sus mismas compañeras. Noté también el mismo efecto con algunos funcionarios del mercado que parecían más tranquilos al verme tomando apuntes que grabando sus declaraciones, como por ejemplo las quejas del desorden de los *puestos* en la sección de hierbas del mercado San Roque.

Dicho esto, a continuación presento los resultados de estos meses de trabajo con las hierberas. Divido este trabajo en cinco capítulos. El primero muestra que en Ecuador y en Quito particularmente la medicina indígena fue una constante que luego tomó características de la medicina dominante hasta convertirse en una medicina popular que atendía las necesidades de salud de la población hasta principios del siglo XX. A partir de ese momento, el sistema de salud ingresó en procesos globales, lo cual no significó la desaparición de otras medicinas, sino que estas pasarán a un plano más discreto hasta volver con fuerza en los últimos años dentro del discurso de la interculturalidad en salud. En este apartado, también trató de

justificar porque utilizo el término *salud popular urbana*, siendo que este comenzó a utilizarse para marcar una diferencia con la biomedicina.

La segunda parte corresponde al marco teórico donde buscó ligar la interculturalidad al proceso de salud global, el cual a su vez está inserto en un modelo médico hegemónico regido por la biomedicina. La tercera parte ilustra cómo la medicina de las hierbas queda excluida de la interculturalidad en salud, quedando así en una *zona gris* en los márgenes del Estado. Aun cuando este término fue utilizado por el escritor Primo Levi para referirse a situaciones extremas en campos de concentración nazis, el concepto ha sido utilizado por otros autores para explicar momentos donde los individuos realizan actos que están fuera de todo sistema regulatorio, al hallarse en una situación excepcional. Con mi tesis intentaré dar un nuevo uso relacionado a la salud y a la ciudad. La cuarta parte muestra cómo esta medicina necesita de esta excepcionalidad para poder configurarse siguiendo sus propios lineamientos. Para finalizar, en la quinta parte presento mis conclusiones.

Capítulo 1.

La medicina en Ecuador y Quito

A mediados del siglo XVI, el rey Felipe II oyó sobre las propiedades casi milagrosas de las hierbas medicinales de sus colonias. Intrigado por la persistencia de aquellas noticias, encargó al médico Francisco Hernández un estudio sobre las hierbas que salió a la luz en 1577 bajo el nombre *De historia plantarum, animalium et mineralium Novae Hispanae*. Esta publicación fue la primera entre muchas otras realizadas en las colonias, donde médicos y científicos expresaron su sorpresa por las propiedades de las hierbas utilizadas por los indios; éstas fueron posteriormente incorporadas a la herbolaria española. Era tal el entusiasmo que en 1637 el doctor Monzo de la Huerta dijo “(...) en este reino hay muchas hierbas medicinales para muchas enfermedades y heridas, las cuales conocen mejor los indios que los médicos, y con ellas se cura mejor que con los remedios médicos” (citado por Hermida 2009, 77). Sin embargo, tras el entusiasmo de Monzo de la Huerta y la curiosidad de Felipe II había una realidad: la ciencia médica en España estaba rezagada y habían muy pocos médicos para atender a la población.

Quito no era la excepción, los problemas de salud en la ciudad preocupaban a las autoridades, quienes decidieron aprovechar los conocimientos de los curanderos indígenas para atender a la población. Esta situación persistió hasta finales del siglo XIX, a pesar de que la ciencia médica o biomedicina¹ tuvo algunas innovaciones científicas y tecnológicas de la mano de doctores e investigadores como Eugenio Espejo. Sin embargo, para inicios del siglo XX, el Estado pasó a ser el principal proveedor de salud de la población y se integró a los planes de salud a nivel global. Entre tanto, la medicina tradicional recibió menor atención de la investigación médica, aunque continuó existiendo no solo en el campo, sino también en espacios urbanos como la zona de San Roque en Quito.

Las luchas indígenas en Ecuador durante los años 90 fueron el detonante para un renovado interés por las medicinas tradicionales (Guerrero y Herrera 2011, 70), sumado a una apertura de los organismos internacionales para reconocer la importancia de estas tradiciones médicas. Esto se tradujo en modificaciones a la normativa de salud que dieron inicio a una serie de transformaciones que tenían como objetivo crear un sistema de salud que integre a las

¹La Real Academia Española (2015) define biomedicina como la medicina clínica basada en las ciencias

diferentes medicinas que existen en el país. En este capítulo mostraré cómo las medicinas indígenas continuaron atendiendo los problemas de salud a lo largo de la historia del país, hasta que finalmente fueron reconocidas legalmente por el Estado ecuatoriano durante el siglo XX. La permanencia de la medicina popular urbana de las hierbas es un ejemplo de ello, aunque tomando algunas características particulares al desarrollarse en un medio urbano.

1.1 La medicina y las hierbas desde la época preincaica

Estrella (2013) indica que las hierbas medicinales eran usadas por los indios del Reino de Quito² desde la época preincaica. De esta forma, la *coca*, la *ayahuasca*, el *huantog* o el *paico* eran utilizados en muchas de las terapias. Más tarde, los conquistadores incas introdujeron nuevas plantas y terapias como las cirugías y el uso del cuy en el proceso de diagnóstico, además de la observación, el análisis del pulso y la observación de secreciones. A los incas debemos también prácticas que aún hoy están presentes como la succión de la enfermedad, las curas del *espanto* y las *limpias* con hierbas medicinales (R. Estrella 2013, 34-37).

La conquista española supuso que las creencias autóctonas fuesen perseguidas, lo cual también afectó a las medicinas indígenas que progresivamente incorporaron elementos simbólicos del cristianismo a sus terapias para sobrevivir a la persecución. Sin embargo, como indicaba Arcos en 1938, la medicina indígena tuvo que aceptarse junto la medicina oficial colonial porque: “(...) los mismos españoles se curaban entre ellos con sus pequeños e intuitivos conocimientos médicos; o en casos más graves recurrían a los indios” (citado por E. Estrella, 2004: 41).

La salud en Quito tenía serias limitaciones de recursos económicos y humanos, lo cual se agravaba por una deficiente enseñanza de medicina en Quito que presentaba problemas como la falta de maestros calificados, poco alumnado (era una carrera de menor prestigio a comparación de la jurisprudencia o la sacerdotal), insuficiente práctica y escasa innovación científica. Frente a ello, las autoridades solo tenían como soluciones la organización de romerías, el traslado de imágenes sagradas y otras actividades litúrgicas cuya finalidad era detener las enfermedades (E. Estrella 2004). En 1786, durante la ceremonia de reapertura del seminario San Luis, el marqués de Miraflores decía:

² Se conoce como Reino de Quito a un grupo de pueblos indígenas que habrían estado asentados los territorios de Tungurahua, Chimborazo y Pichincha. Se dice que estos pueblos tenían un gobierno asentado en su capital Quito (hoy Quito).

(...) carecemos de copia de profesores de medicina. Quito ha tenido, y aún tiene, uno u otro de talentos ventajosos en esta facultad verdaderamente abstrusa, pero uno u otro no basta para toda la extensión de la provincia. De aquí viene que una ciencia que necesita tantas luces para serlo, se practique comúnmente por mujeres piadosas que vanamente persuadidas a que bastan los buenos deseos para los buenos efectos, matan empíricas con serenidad, y comulgan devotamente por los muertos, a quienes privaron por su ignorancia del amable tesoro de la vida (E. Estrella 2004, 227).

Estrella (2013) indica que durante la colonia en Quito podemos encontrar tres tipos de prácticas médicas: aborígen, popular y formal. La aborígen era aquella que, como mencione líneas más arriba, era practicada por curanderos indígenas. La popular, que se desarrolló en el ámbito urbano, mezclaba elementos de la medicina aborígen con prácticas de la medicina española, atendía a las clases bajas y dio origen a varios tipos de curanderos: yerbateros, barberos o sangradores, algebristas o hueseros, herbolarios y comadronas. Por último, la medicina formal era manejada por los religiosos y con escasa introducción de innovaciones científicas (R. Estrella 2013).

A pesar de todos los problemas de la medicina en la colonia, se realizaron estudios médicos en Quito, muchos de los cuales versaban sobre las hierbas. Dos de estos estudios pioneros son los de Fernando de la Vega quien en 1752 publicaba su libro titulado: *Virtudes de la cascarilla, de hojas, cogollos, corteza, polvos y corteza de la raíz*; y los médicos Josef de Villavicencio y Josef del Rosario quienes en 1785 exponían sobre las propiedades de la goma de Guayacán y Palo Santo (E. Estrella 2004).

Mientras en las colonias la medicina continuaba su desarrollo, en Europa la medicina pasaba por cambios trascendentales como la adopción de los métodos de experimentación y observación desde finales del siglo XV (Caramés 2004, 38) que la hicieron consolidarse como la medicina oficial de los Estados capitalistas. Para el siglo XVIII, otorgaba respuestas a los problemas higiénico-sanitarios que surgieron por el incremento de la población obrera en las ciudades europeas (Foucault 1999)³.

³ La medicina social urbana de este siglo permitió que la medicina entrase en contacto con otras disciplinas de las ciencias como la química. El análisis del agua, el aire y otros elementos, permitieron desarrollar un *corpus* de conocimiento que no hubiese sido posible si limitaba su estudio al cuerpo individual (Foucault, 1999, p. 378).

El desarrollo de la biomedicina llegó a las colonias con dilación. En el Ecuador por ejemplo, la adopción de los métodos científicos ocurrió progresivamente sobre todo por la presencia de médicos formados en Europa o que al menos lograron acceder a las nuevas teorías en boga. Eugenio Espejo fue uno de los médicos que influyeron decisivamente en la medicina del Ecuador, especialmente a partir de su publicación titulada *Reflexiones acerca de un método seguro para preservar a los pueblos de las viruelas* (Fierro, Breilh y Estrella 1995) de 1785, texto influido por galenos como Thomas Sydenham, Hermann Boerhaave o Friedrich Hoffman quienes contribuyeron al desarrollo de la medicina moderna (Espejo 1993).

1.2 Nuevos tiempos para la biomedicina

La biomedicina tuvo un lento despegue en las colonias y Ecuador no fue la excepción donde muchas de sus terapias usaron la herbolaria indígena hasta inicios del siglo XIX (R. Estrella 2013, 54). Si bien algunos médicos en la época colonial trajeron nuevos conocimientos, fue en la época republicana donde los avances científicos se intensificaron, sobre todo por el intercambio con la medicina positivista europea.

En 1895, Ecuador atravesó por la llamada Revolución Liberal que enfrentó a los dos sectores política y económicamente dominantes del país: liberales y conservadores. En este conflicto salieron victoriosos los primeros, lo cual significó que se constituya en el poder una burguesía agroexportadora que en los siguientes años transformó el Estado. La Constitución Política de 1897, expresión política e ideológica de esta clase emergente, permitió la expansión del capitalismo comercial que fue la principal vertiente de acumulación en el Ecuador de inicios de siglo (I. Fernández 1979, 93). A partir de este momento, se inició un “reordenamiento superestructural de la sociedad, que responda a no solo a las necesidades de acumulación de la fracción del poder, sino a obtener el consenso y aceptación de los sectores sociales sobre los que se sustentará su dominación” (I. Fernández 1979, 77). Esto, en términos de la salud, implicó que el Estado ecuatoriano decida que la atención debía dejar de estar en manos de terceros (la iglesia era la principal encargada) y pasar a las suyas, pues necesitaba proteger, adaptar y conservar la salud de su población para que pudiese emplearse como fuerza de trabajo en los procesos productivos del naciente capitalismo ecuatoriano.

Los cambios en el sistema de salud público no se hicieron esperar, surgiendo así mayor infraestructura, la extensión de la cobertura al campo⁴ y la inserción en procesos globales de salud. En efecto, para el año 1902 la medicina ecuatoriana comenzó su relación con organismos como la Oficina Sanitaria Internacional (fundada en EEUU ese año) que para 1923 se red denominó a Oficina Sanitaria Panamericana y cuyo objetivo era eliminar enfermedades para facilitar el comercio entre las naciones (R. Estrella 2013, 103). Esta institución colaboró más tarde con apoyo financiero y técnico para erradicar las enfermedades transmisibles, la mejora de redes de agua potable en Quito y Guayaquil; y apoyó financieramente la creación del Instituto Nacional de Nutrición.

Luego de la Segunda Guerra Mundial la cooperación internacional se incrementó, insertando al país en procesos globales de salud. De esta forma, se apoyaron programas para combatir la fiebre amarilla, el paludismo y la tuberculosis que afectaban a la fuerza de trabajo empleada en los cultivos de cacao, banano, caña de azúcar y otros productos (R. Estrella 2013, 107). Para el año 1946, Ecuador se suscribió a la Conferencia Internacional de Salud, embrión de la Organización Mundial de la Salud (a partir de ahora OMS), institución específica para crear políticas de prevención, promoción e intervención global de la salud. Ya para este momento, la medicina no solo se había convertido en un asunto de interés internacional, sino también que se mercantilizó y pasó a estar sujeta a las fluctuaciones del mercado (R. Estrella 2013).

¿Pero qué pasaba con las hierbas medicinales hasta ese año? A juzgar por los catálogos de publicaciones de Fierro, Breilh y Estrella (1995) y Calvachi (s.f.) sobre medicina en Ecuador, el interés por la medicina indígena y las plantas medicinales estuvo en segundo plano, al menos para los intereses investigativos de la biomedicina. Sin embargo, esto cambiaría con el transcurso de los años, espoleado por los cambios que ocurrieron en la salud global.

1.3 Nuevos tiempos para la medicina tradicional

El año 1978 se realizó la Conferencia de Alma Ata donde se discutió el rol de las medicinas tradicionales en los sistemas de salud. Una de las recomendaciones de Alma Ata fue la integración de los medicamentos basados en hierbas a políticas y reglamentos farmacéuticos,

⁴ Sin embargo, la cobertura de salud en el campo no llegó a ser exitosa. Hermida Piedra, en un artículo de 1965, atribuye a la Misión Andina cómo el verdadero iniciador de la medicina rural: “Esta empresa social ha hecho realidad el sueño que siempre hemos mantenido (...) aunar en un solo equipo de trabajo, todo el personal indispensable que lleve, a los apartados rincones de la Patria, un haz de esta civilización que nos preciamos en la urbe” (Hermida Piedra 2009, 450)

criterios científicos, estándares y métodos internacionales para su uso (Ponz, Carpio y Meo 2005). Años más tarde, en 1987, la 40° Asamblea General de la OMS hizo dos recomendaciones que tenían como fin promover la medicina tradicional. La primera fue realizar estudios de identificación, evaluación, preparación, cultivo y conservación de plantas medicinales usadas en la medicina tradicional. La segunda fue asegurar el control de calidad de los medicamentos derivados de plantas, aplicando estándares adecuados y buenas prácticas de fabricación. Al año siguiente, en la Declaración de Chiang Mai, la OMS y el Fondo Mundial para el Medio Ambiente pidieron *salvar las plantas que salvan vidas*, aconsejando a la cooperación internacional coordinar programas para su conservación.

En los siguientes años, la OMS publicó lineamientos para que sus países miembros integren a las medicinas indígenas en sus sistemas públicos de salud. Estas recomendaciones pueden resumirse en el documento titulado *Estrategias de la OMS sobre medicina tradicional*, cuya última edición se publicó el año 2014 para un periodo de 10 años (2014-2023) y que pide brindar a “instancias normativas, los planificadores del servicio de salud, especialistas de salud (...) información, contexto, orientación y apoyo en lo concerniente a las medicina tradicional y complementaria, incluidos sus productos, prácticas y profesionales” (OMS 2013, 17). Dicha estrategia pide además desarrollar una base de conocimientos sobre medicina tradicional a través de políticas nacionales; fortalecer su calidad, seguridad, utilización adecuada y eficacia a través de la reglamentación de productos y prácticas de los profesionales; y mejorar la cobertura sanitaria a través de la integración de la medicina tradicional a los servicios de salud (OMS 2013).

Las acciones tomadas en esas décadas nos muestran el interés creciente a nivel internacional por la medicina tradicional que se expresó en las recomendaciones de la OMS, organización que cuenta con 192 países miembros. Este interés por las medicinas tradicionales atravesó por un cambio con el transcurrir de las décadas, pues pasó de recomendar el estudio de uno de sus aspectos terapéuticos concretos –la herbolaria- hasta plantear estrategias para “(...) ayudar a los Estados Miembro a desarrollar políticas dinámicas y aplicar planes de acción que refuercen el papel de la medicina tradicional en el mantenimiento de salud de las personas” (OMS 2013, 11). De esta manera, la OMS enfatiza que los países deben integrar estas medicinas a sus sistemas públicos de salud porque los usuarios siguen utilizándolas y porque permiten ahorros en el gasto público en salud (OMS 2013, 17). Volveré sobre este último punto en el siguiente capítulo.

En el caso del Ecuador, el interés por las medicinas indígenas estuvo presente en mayor o menor medida en la primera mitad del siglo XX y en los siguientes cincuenta años donde algunos investigadores como Eduardo Estrella, Cesar Hermida Piedra, Juan José Samaniego o Virgilio Paredes Borja plantearon una historia de la medicina ecuatoriana donde se reconocía la importancia de la medicina aborígen. Hermida Piedra (2009), por ejemplo, se interesó desde la década de los setenta por diversos aspectos de la medicina tradicional como su lenguaje, sus mitos y también en las terapias con plantas sobre las cuales no solo describió su utilidad terapéutica, sino también su trasfondo cultural. Este autor rescató también varias obras sobre hierbas escritas en la primera mitad del siglo XX como los de José M. Troa o Luis Cordero, sobre las cuales basó su propia investigación (Hermida 2009).

La década de los 90 significó el repunte final sobre el interés por la medicina indígena, aunque esto se originó por las dificultades que surgían por el proyecto de sociedad basada en la convivencia entre culturas. Rodríguez (2008) señala que en esta década resurgió con mayor fuerza el problema de la existencia de diversas culturas en una misma sociedad y los retos que esto significaba. En el caso europeo, la discusión surgió a partir de las olas migratorias del África, Latinoamérica y del interior de la propia Europa, mientras que en América Latina fue a partir del levantamiento indígena de Chiapas de 1994 (X. Rodríguez 2008, 106). En el Ecuador este debate se inició a partir de la década de los 90, aunque Krainer (2010) sugiere buscar los orígenes en los años 40 en la propuesta de un sistema educativo con especificidades culturales (Krainer 2010). De la misma forma, se considera que la Misión Andina, pese a todas sus limitaciones, sirvió para generar una conciencia étnica y la reivindicación de lo diferente como base de una reivindicación política (Bretón 2011).

La emergencia de este debate implicó que haya un cambio en la visión hegemónica sobre la nación, tanto en lo político, social y cultural. De esta manera, frente a una idea de nación única, se contrapuso la plurinacionalidad que mutó de un pedido de reconocimiento hacia uno de construcción de una sociedad intercultural (Puente 2005, 11). Como efecto de estas luchas sociales, se lograron modificaciones en el marco legal y se crearon instituciones para transformar el sistema educativo que en el ámbito de la salud supuso crear la Dirección Nacional de Educación Intercultural Bilingüe (DINEIB) en el año 1998 (Krainer 2010, 39). De esta manera, la Constitución de 1998 incorporó el concepto de interculturalidad, reconociendo así que se trataba de una república con una diversidad de culturas.

En el Ecuador la población hace un amplio uso de las terapias tradicionales, especialmente en aquel basado en hierbas medicinales. De acuerdo al mapa de utilización de medicina tradicional/hierbas medicinales confeccionado por la OMS, Ecuador está entre los países con uso “alto” (Figura 1.1).

Figura 1. Uso de plantas y medicina tradicional



Fuente: WHO Global Atlas 2005

Las reformas legales al sistema de salud se expresan en la Constitución del 2008, la Ley Orgánica de Salud, el Plan Nacional del Buen Vivir y el Modelo de Atención Integral del Sistema de Salud. La constitución define al Estado como intercultural (Art. 1) y garantiza el derecho a la salud de los ciudadanos en un marco intercultural (Art. 32), asumiendo la protección de los conocimientos ancestrales de los de los pueblos indígenas (art. 52). Dentro de la sección *Régimen del Buen Vivir*, la constitución es mucho más específica sobre la salud. El artículo 358 indica que la finalidad del sistema de salud es desarrollar, proteger y recuperar una vida saludable integral, reconociendo la diversidad social y cultural bajo diversos principios, entre ellos la interculturalidad. El siguiente artículo (359) indica que el sistema de salud promueve la prevención y atención familiar y comunitaria, mediante la articulación de

los diferentes niveles de salud y la complementariedad de las medicinas ancestrales. Finalmente, el artículo 363 en sus numerales 1 y 4, indica que el Estado es el encargado de formular políticas públicas de salud con enfoque intercultural y que garantiza la práctica de la medicina ancestral.

La Ley Orgánica de Salud (2006) define a la salud tradicional como un conjunto de conocimientos y prácticas ancestrales de pueblos indígenas, mestizos y afrodescendientes; donde hay una interrelación de elementos naturales, éticos, espirituales, mentales, psicológicos y afectivos, los cuales están en un universo de referencia cultural compartido y traducidos en prácticas concretas. Esta ley define los principios que guían el sistema de salud que asume un enfoque intercultural (Art. 1). Además se indica como responsabilidades del Ministerio de Salud Pública la promulgación de una política nacional y establecer políticas que promuevan la medicina tradicional (Art. 6). El artículo 207 contempla a los conocimientos ancestrales dentro de las prioridades de la investigación científica en salud.

El Plan Nacional del Buen Vivir contempla también la salud como una de sus áreas de acción para lograr el *buen vivir*. En cuanto a la salud intercultural el documento destaca que en los últimos años se han tomado acciones como la creación de la Dirección Nacional de Interculturalidad, Derechos y Participación Social dentro de la estructura del Ministerio de Salud o la implementación de unidades de medicina alternativa y complementaria en Quito, Cuenca, Guaranda y otras ciudades. El Plan plantea también la incorporación progresiva de acciones específicas que podrían lograr que el enfoque de interculturalidad en salud integre a las diferentes medicinas dentro del sistema de salud público:

1. La implementación de nuevo modelo de salud con pertinencia cultural.
2. Adaptación de cosmovisiones y saberes de salud.
3. Generación de programas de interculturalidad en salud.
4. Promover el enfoque de interculturalidad para formar al talento humano.
5. Relación entre conocimiento científico e investigación y conocimientos y saberes ancestrales.
6. Diseño de protocolos para implementar conocimientos ancestrales.
7. Creación de mecanismo para integrar a de agentes tradicionales de salud.
8. Generar espacios participativos de evaluación de servicios de salud.

Como podemos observar, en el Ecuador hay un reconocimiento jurídico de las medicinas tradicionales. Dicho reconocimiento se expresa tanto a nivel constitucional como normativo a través de la transversalización del enfoque de interculturalidad en salud lo cual implica que en el país se reconozca que existe una diversidad de medicinas que conviven en un mismo espacio territorial y que atienden diariamente la salud de la población. Este reconocimiento jurídico, como explicaré más adelante, puede influir pero no garantizar que se modifiquen las relaciones hegemónicas y la subordinación a las cuales son condenadas las prácticas médicas tradicionales.

En Quito podemos encontrar a la medicina popular urbana, sobre todo aquella basada en hierbas que atiende las necesidades de salud de la población en los mercados de la ciudad. A lo largo de este documento veremos si la incorporación jurídica de las medicinas tradicionales permite que esta terapia específica sea incorporada en el sistema de salud. Por lo pronto, se hace necesario conocer algunas características del contexto en el cual se desarrolla esta medicina, la cual necesariamente debe iniciarse con una breve discusión sobre el uso que daré al término medicina popular urbana.

1.4 Repensando la medicina popular urbana

El término medicina popular fue utilizado desde mediados del siglo XIX en Europa. Uno de los primeros en hablar de *medicina popular* (folk medicine) fue George W. Black quien observó las prácticas de medicina de los campesinos escoceses arraigados en saberes tradicionales. Este autor insistía en la importancia de analizar encantamientos, hechizos y amuletos “insignificantes y sin importancia en si mismos”, pero que tomados en conjunto permitían estudiar el “progreso mental de la sociedad” (Black 1883, 212)⁵. Algunos folkloristas como Giuseppe Piré o Joan Amades utilizaron el término haciendo énfasis en las conexiones con la magia y la superstición, mientras que otros como Zeno Zannetti querían ver aquellos elementos médicos que contenían estas prácticas (Comelles 1997, 264). Sin embargo, como anota Comelles, estos autores imaginan estas tradiciones médicas como “sobrevivientes” frente a una cultura biomédica hegemónica y utilizaron el concepto para diferenciar al modelo biomédico emergente de aquello que se consideraba religión (Comelles 1997, 249).

⁵ Traducción propia.

El término fue retomado varios años más tarde, en los años veinte del siglo XX, por el antropólogo Robert Redfield quien lo utilizó dentro de sus estudios de la *Folk culture* (Perdiguero y Comelles 2014, 9). En la década de los años 70, Irwin Press habló de la *medicina popular urbana* (Urban folk medicine) observando que en sociedades no-industriales o no-occidentales existían conceptos y prácticas sobre la salud y la enfermedad que ayudaban a que el sistema social se conserve. Press consideraba a las *medicinas populares urbanas* como sistemas abiertos (a diferencia de la biomedicina que era cerrado) que adaptaban e incorporaban elementos a sus estructuras para poder ajustarse a los entornos urbanos (Press 1978, 72). Para este autor una medicina popular podía ser cualquier sistema que discrepase con la medicina científica occidental; con una tradición médica codificada, formal y letrada (por lo tanto, podían serlo en relación a la medicina ayurvédica y a la china); o cualquier práctica médica que entraba en conflicto con la práctica médica de la comunidad o nación (Press 1978, 72).

A pesar que Press insistía en separar a la biomedicina de la medicina popular en esferas antagónicas, retomaré dos ideas suyas que considero son útiles. La primera, mencionada más arriba, es la capacidad que poseen las medicinas populares para adaptarse a contextos complejos como son las ciudades: “Los curadores se diversifican en estilo y especialización para satisfacer las necesidades de una población más heterogénea” (Press 1978, 75). Segundo, diferenciar conceptualmente entre medicina y enfermedad popular, aunque sean parte de un mismo sistema cognitivo. *Enfermedad* se refiere a comprender los conceptos de causa, etiología, manifestación, y etiquetación de las enfermedades. En este sentido, las prácticas de la medicina popular pueden continuar incluso cuando el concepto de enfermedad popular haya desaparecido (Press 1978, 72). Ambos aspectos, como mencionaré más adelante, son características de la medicina de las hierbas.

La cuestión en este punto es el uso que puede darse al concepto de *medicina popular*. Por un lado, tenemos que desde sus orígenes el concepto sirvió para distinguir entre la biomedicina y aquellas medicinas de los grupos sociales, las cuales eran consideradas como tradiciones *sobrevivientes* o en el peor de los casos remanentes de supersticiones de los pueblos. Por otro lado, Perdiguero y Comelles opinan que el uso actual del término *medicina popular* (Folkmedicine) se debe a una mera dinámica de mercado, es decir, al crecimiento de un mercado que demanda servicios de prácticas de curación alternativas (Perdiguero y Comelles

2014, 31). En todo caso, el concepto no parece sino minusvalorar la complejidad de las diferentes medicinas no oficiales que existen en las sociedades.

Considero, sin embargo, que el término debe utilizarse en un sentido positivo, lo cual requiere reconsiderar el uso que se hace del vocablo *popular*. Para esto debemos eludir la contraposición implícita entre *lo culto* y *lo popular*, entre medicina letrada (biomedicina) y medicina popular (tradicional), nociones que reducen a la *medicina popular* a la rareza, al exotismo o a lo mágico (Bejarano 2004, 16). Se trata entonces de entender *lo popular* en dos sentidos, como adjetivo que hace referencia al *pueblo* y, por tanto, a los saberes que provienen de éste (Bejarano 2004, 16); y como concepto que alude a un sistema cognitivo o una forma de ver, pensar y experimentar la realidad culturalmente aprendida (Gullveig y Selberg 2001, 23).

Este sistema cognitivo no son meras estructuras que preexisten y son impuestas al sujeto, sino que también son determinadas a través de la *agencia* del individuo. Esta *agencia*, como sugieren Abadía-Barrero y Oviedo-Manrique, no solo debe entenderse como subjetividad, sino como resultado de las intersubjetividades, es decir, que “cada sujeto *es y actúa* en la medida en que vive (es y actúa) con otras y otros en momentos históricos específicos” (Abadía-Barrero y Oviedo-Manrique 2008, 74). De esta forma, considero que resaltar *lo popular*, como parte de una visión de mundo que es construida por un sujeto interactuando con otros, permite entender a las *medicinas populares* como “núcleos ideológicos de cuestionamiento, resistencia y hasta enfrentamiento a las prácticas hegemónicas” (Bejarano 2004, 16).

De esta forma, el uso que haré del término *medicina popular urbana* no hace referencia a estas medicinas como rémoras culturales, ni menos aún como remanentes de tradiciones en la ciudad. Utilizaré esta expresión rescatando y matizando los dos aportes de Press que mencione: a) por su capacidad de transformarse frente a la complejidad de la ciudad lo cual implica una *agencia* intersubjetiva entre curadores tradicionales, pacientes y otros actores; b) por la persistencia de las prácticas médicas populares (aún cuando el concepto de enfermedad popular ya no exista) que se constituirían en formas de resistencia a la hegemonía de la biomedicina, por ejemplo, en la ampliación del uso curativo de las *limpias* que hacen las hierbas para tratar condiciones como el *estrés*, considerada competencia de la biomedicina.

Como iré mostrando, la medicina de las hierbas de los mercados de Quito presenta estos dos aspectos.

1.5 Las hierbas medicinales en la ciudad de Quito

Mencioné al principio que debido al escaso desarrollo de la medicina en la época colonial ésta se combinó con la terapéutica nativa para dar origen a la *medicina popular urbana*. En la actualidad, una de estas medicinas se encuentra en varios de los mercados de Quito, cobrando importancia en el centro histórico y el barrio San Roque por ser áreas que albergaron a esta terapia desde tiempos de la colonia.

Los procesos migratorios de indígenas hacia la ciudad de Quito han sido una constante desde la época colonial, pues se les empleaba como fuerza de trabajo para el servicio de la población blanco – mestiza y para la edificación de infraestructura pública como la Iglesia de San Francisco (Municipio 2010, 34-37). Al mismo tiempo, las migraciones contribuyeron también en el desarrollo de los mercados, pues un contingente de indígenas (sobre todo mujeres) y mestizos se dedicaban a la compra y venta de diferentes productos que provenían de las haciendas. De esta manera, confluían a la vez en Quito una diversidad de conocimientos sobre salud y enfermedad que llegaban a la ciudad junto a los grupos poblaciones indígenas. Estos procesos migratorios de indígenas y no indígenas continúan hasta nuestros días hacia lugares como el barrio de San Roque, ubicado entre las faldas de la colina El Panecillo y los túneles de la avenida Occidental.

Ahora bien, la medicina popular urbana basada en hierbas se ha concentrado en varios de los mercados quiteños donde se constituye como uno de los rubros más antiguos y característicos de estos centros de abasto. Tres de estos mercados se ubican entre el centro y el barrio San Roque, por lo cual es necesario que detalle algunas características de éstos lugares para entender las dinámicas en las cuales se desarrolla la medicina de las hierbas. El primero es el Mercado Central, ubicado entre las calles Pichincha, Manabí y Esmeraldas del centro histórico que fue creado en 1952 luego de que otro mercado, llamado San Blas, fue dividido y trasladado. Un grupo de comerciantes conformó el mercado Santa Clara (centro-norte de Quito, cerca de la Universidad Central), mientras otros ocuparon las instalaciones creadas para albergar a lo que se denominó desde entonces Mercado Central, centro que cuenta con más de 200 *puestos* para comerciantes. La infraestructura fue remodelada en el año 2002,

cuenta con tres plantas y el *giro* de hierbas medicinales se encuentra en el piso inferior, ocupando 5 puestos.

El mercado San Francisco fue establecido oficialmente en 1893⁶ en la plaza de Santa Clara (calle Vicente Rocafuerte, entre Cuenca y Sebastián de Benalcázar) y trasladado en 1980 a las Calles Chimborazo y Rocafuerte. Este mercado tuvo dos remodelaciones importantes, una en el año 2007 y la última a inicios del 2015. Cuenta con dos plantas, la principal alberga a los comerciantes de diversas actividades, mientras que la inferior es el área de cuartos fríos, de carga, descarga y de lavado. En este mercado hay 12 puestos destinados a las hierbas medicinales.

El mercado San Roque fue creado en 1951 en el espacio donde en la actualidad se encuentra el mercado San Francisco (Calles Rocafuerte y Chimborazo). Sin embargo, este centro fue trasladado en la década del 70 a la cancha del Colegio Central Técnico, ubicada cerca al viaducto de la Avenida 24 de mayo y el ex penal García Moreno. El motivo de traslado fue que el primer mercado no podía albergar la creciente cantidad de nuevos comerciantes, por lo cual se decidió ubicarlo en su actual emplazamiento (Municipio 2010, 83). La infraestructura de San Roque cuenta con tres niveles pero la infraestructura quedó también desbordada los comerciantes quienes ocuparon zonas aledañas al mercado creando asociaciones como la Asociación de Pequeños Comerciantes *Plataforma Primero de Mayo* fundada en 1975. La venta de hierbas medicinales está en el piso inferior del mercado donde hay 7 *puestos*.

Si detenemos la mirada en estos tres centros de comercio podremos percatarnos de las diferencias que tienen estos mercados para construir su identidad a partir de la ocupación del espacio. Central y San Francisco buscan visibilizar a las hierberas como una de sus características distintivas, lo cual se refleja en el emplazamiento de su giro: un lugar privilegiado que puede ser advertido a primera vista y por los carteles y señales dispuestos en estos mercados (Figura 1.2). En San Roque, en cambio, es más difícil percatarse de la presencia de las hierberas y su imagen no destaca como en el caso de los otros mercados, lo cual se expresa en que el *giro* de estas mujeres se encuentre en el piso inferior de la infraestructura. De esta manera, en San Roque el visitante fortuito podría no advertir la

⁶ A finales del siglo XVIII este mercado estaba asentado en la plaza de San Francisco.

presencia de las hierbas, mientras que en los otros mercados si lo hará debido al lugar privilegiado que ocupa el *giro* destinado a la medicina con hierbas.

Comenté líneas más arriba sobre la relevancia de las mujeres para el desarrollo del mercado, incluso desde tiempos de la colonia. Sin embargo, además de los antecedentes históricos se hace necesario preguntarse el porqué son mujeres las que tienen mayor presencia en los mercados y porqué algunas de ellas se emplean con las hierbas medicinales. Datos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) nos indican que el empleo informal en América Latina representa el 51% del empleo no agrícola, en el cual 54% de esta población son mujeres (OIT 2013). Los datos para el Ecuador no son más alentadores que los regionales, pues el informe *Empleo en el sector informal y la clasificación de los ocupados según sectores* (INEC 2015) en el país hay 7'098.584 personas con empleo en el país del cual el 39,31% está en condiciones de informalidad. A su vez, las mujeres representan el 40,2% del total de población empleada en el sector informal⁷.

En general, el trabajo de la mujer en el sector informal de la economía esta subvalorado y es más precario aún que el de los hombres que trabajan en el mismo sector. Además, las mujeres reciben ingresos más bajos, pero además se consideran sus actividades económicas como parte de las obligaciones domésticas y familiares (González 1999, 46), las cuales a la vez tienen mayor intensidad para ellas que entre otras mujeres que gozan de mejores condiciones económicas (Vásquez 2009, 59).

La inserción de la mujer en el sector informal no sería para nada casual, pues por un lado tienen mayor facilidad para ingresar en este sector que en el formal (Vásquez 2009, 61) y, por otro lado, porque les da la posibilidad de obtener ingresos fuera de las jerarquías misóginas del sector formal, logrando visibilidad y reconocimiento social (Bueno 2009). De hecho, Cuminao (2012) observa esto precisamente en el mercado San Roque de Quito donde existe una división sexual del trabajo que percibe a este tipo de trabajo como una actividad preferentemente para mujeres, al estar asociado a la manipulación de alimentos, al trabajo doméstico y las actividades litúrgicas y de fiestas; pero que a la vez representa para las

⁷ Mujeres y mercado laboral informal: vulnerabilidad y pobreza". ONU Mujeres, 25 de julio de 2014, http://www.onumujeres-ecuador.org/index.php?option=com_content&view=article&id=1094:mujeres-y-mercado-laboral-informal-vulnerabilidad-y-pobreza&Itemid=29

mujeres desplegar estrategias de subsistencia y apropiación del espacio (Cuminao 2012, 83). El oficio como hierberas de las mujeres es también una opción para participar en el mercado de trabajo y da la posibilidad de desplegar conocimientos ancestrales sobre medicina, generar un espacio de influencia en la comunidad y ayudar en la economía familiar (Morales 1999, 177).

En este capítulo busqué mostrar la relevancia que la medicina indígena, especialmente la relacionada con plantas, ha tenido para la atención en salud de la población quiteña. Esto dio lugar al surgimiento de una medicina popular en el área urbana que combinaba no solo elementos indígenas, sino también las tradiciones médicas de la colonia. La medicina popular, así como la indígena, fue importante para atender la salud de la población durante la colonia por las limitaciones que tenía la naciente medicina científica. Por este motivo, comenzaron a hacerse estudios sobre las plantas medicinales que utilizaban los indígenas, pues se constataba los efectos positivos sobre la salud de los pacientes. Sin embargo, con el tiempo las innovaciones de la biomedicina fueron sumándose, estableciéndose como medicina oficial del Estado ecuatoriano para asegurar así la salud de su población trabajadora, pues el país ingresaba ya de lleno en una economía de mercado capitalista.

La orientación de la salud hacia los requerimientos del mercado no fueron esfuerzos aislados del Estado, sino que contó con el apoyo de la cooperación internacional y comenzó así a formar parte de organizaciones e iniciativas a nivel global que buscaban conservar la salud de las poblaciones. En este proceso, la medicina tradicional continuó existiendo, aunque permaneció relativamente fuera del centro de interés de la biomedicina que se hallaba concentrada en su propio desarrollo y establecimiento. Sin embargo, algunos investigadores ecuatorianos retomaron el interés por la medicina tradicional sobre todo a partir de la segunda década del siglo XX, no solo investigando sus terapias, sino también la ritualidad subyacente en ellas. Este interés coincidió con las recomendaciones de los organismos internacionales que promovían el uso de medicina tradicional, en especial aquella basada en hierbas, en los sistemas de salud de los Estados.

La década de los 90 fue donde se comenzó a prestar mayor atención al problema de la convivencia de diversas culturas en las sociedades, proceso que coincidió con las movilizaciones de los movimientos indígenas ecuatorianos que lograron cambios en las estructuras estatales que reconocieron e incorporaron la diversidad cultural y social del en el

país. Más tarde, a partir de la promulgación de la nueva Constitución en el 2008, estos cambios se hicieron más profundos y en términos de la medicina supuso que se reconociera que hay diferentes medicinas que atienden la salud de la población, entre ellas la medicina popular urbana que opera hasta nuestros días en los mercados de Quito.

La medicina popular urbana, sin embargo, debe ser contextualizada como un sistema cognitivo que está en constante transformación debido a una *agencia* que se genera intersubjetivamente. De esta forma, este tipo de medicina presenta una capacidad para transformarse en la complejidad de los contextos urbanos, además de tener la posibilidad de resistir a la medicina hegemónica, la biomedicina. En este contexto, veremos en los siguientes capítulos si estas dos características se cumplen dentro de la medicina basada en hierbas de los mercados de Quito, practicada casi en exclusividad por mujeres que se insertan en esta actividad que además forma parte del mercado laboral informal del Ecuador.

Pero veamos a continuación que significa que existan diversas medicinas en un mismo espacio territorial, porque hay un impulso a nivel internacional para que sean integradas a los sistemas de salud y qué significa esto en términos de una medicina y en particular para la medicina popular urbana basada en hierbas.

Capítulo 2.

Marco teórico

Durante siglo XIX diversas epidemias azotaron la India, diezmando a su población para luego extenderse a Europa y América (Figuera von Wichmann 2009, 156). El sarampión, por ejemplo, causó miles de muertes que preocuparon a los colonizadores ingleses quienes observaron que su colonia perdía la fuerza de trabajo empleada en la explotación de recursos. Por este motivo, el imperio británico se apresuró para implementar la vacuna contra el sarampión pero la campaña halló tenaz resistencia entre la población india que prefería usar su terapia tradicional ayurvédica de inoculación (Arnold 1993, 136). Las autoridades británicas consideraban que el método tradicional no era moderno ni eficaz, por lo cual prohibieron y persiguieron a aquellos que la practicaran, aunque solo lograron que la inoculación se siga practicando en secreto (Arnold 1993, 132)¹.

La medicina tradicional china² tuvo gran influencia sobre otras medicinas tradicionales como las de Corea, Vietnam y Japón que adoptaron algunas de sus terapias desde el siglo VI, aunque datos históricos señalan que los japoneses enviaban periódicamente a estudiantes desde el año 608 y que Vietnam practicaba la acupuntura desde inicios de la era cristiana (Sussman 1993, 36-37). En Europa se conocieron sus fundamentos teóricos, aunque no su práctica, en los siglos XVI y XVII con los misioneros jesuitas franceses, cobrando popularidad hacia 1680 con una publicación del doctor holandés Wilhelm Ten Rhijne. Dos siglos más tarde (1809), el doctor V.J. Berlioz comenzó a practicarla en su consultorio, logrando además que esta terapia se conozca en otros países (Sussman 1993). Pese a su popularidad, en 1911 la república china prohibió la acupuntura y toda medicina tradicional, estableció a la biomedicina como oficial y creó varios centros de enseñanza por todo el país (Sussman 1993, 36). Sin embargo, la medicina china y en particular la acupuntura continuó practicándose en secreto, lo cual hizo que en 1955 el régimen socialista retomase la medicina tradicional para utilizarla junto a la biomedicina, promoviendo además la investigación para que se validen científicamente sus terapias ancestrales.

¹ Paradójicamente, la inoculación practicada por la medicina ayurvédica tenía el mismo principio que llevó a descubrir la vacuna del sarampión. En 1776 el doctor inglés Edward Jenner inoculó con la viruela vacuna a un niño de ocho años que luego de curarse mostró resistencia a la viruela humana. Años más tarde, el 6 de julio de 1885, Pasteur descubrió la vacuna antirrábica bajo el mismo principio de su predecesor: la inoculación.

² Esta medicina tiene siete ramas: Tuina (masaje), acupuntura, moxibustión (cauterización de puntos específicos en el cuerpo), ventosaterapia (uso de ventosas), fitoterapia (preparación de medicamentos con hierbas y otro material orgánico), dietética y terapias físicas (meditación, relajación, artes marciales, etc.).

De ambas historias podemos señalar dos aspectos. Primero, la propagación de enfermedades a nivel global ocurría desde la antigüedad, pues los viajeros a menudo transportaban males que se propagaban en los países que visitaban, generando en muchas ocasiones epidemias que afectaban al lugar visitado. La colonización de América es un ejemplo de ello, pues varias epidemias como la de influenza suína de 1493 diezmaron a la población indígena. Sin embargo, como Guerra (1988) señala, en el nuevo continente ya se registraron epidemias antes de que llegaran los españoles y muchas de las enfermedades traídas por los conquistadores procedían de Asia y África (Guerra 1988). Las epidemias, como en el caso de la India que describí anteriormente, se convirtieron en una preocupación cuando afectó a los procesos productivos por la falta de mano de obra en los procesos productivos. Barentzen (2005), por ejemplo, hace una relación de cómo las epidemias entre 1767 y 1800 afectaron la producción de las haciendas jesuitas (Barentzen 2005).

El segundo aspecto se refiere que hay la posibilidad de que las enfermedades se propaguen por varios países rápidamente, lo cual hace necesario que se tomen acciones en conjunto. De esta manera, surge una nueva concepción de atención de las enfermedades que se denomina *salud global*, la cual toma a la globalización como una oportunidad para mejorar la salud: “La globalización brinda nuevas oportunidades de colaboración para mejorar la salud y disminuir los riesgos transnacionales que la amenazan” (OMS 2005, 1).

Esta *salud global*, sin embargo, se basa en un modelo médico hegemónico basado en la biomedicina que se reproduce en los sistemas de salud públicos de cada país. Dentro de esta nueva concepción es donde se ubica la interculturalidad en salud que los organismos internacionales y los Estados promueven como medio para mejorar sus sistemas públicos de salud. Sin embargo, en este contexto las medicinas indígenas se ven en la necesidad de ajustarse a lo que el modelo médico hegemónico existente determina para poder formar parte de un sistema público de salud, lo cual hace que pierdan sus especificidades para regirse a los criterios biomédicos, es decir, sus axiomas y mecanismos de validación, como mencionaré más adelante.

En este capítulo, a partir de mi discusión teórica, mostraré que la interculturalidad en salud, bajo la cual se quiere integrar a las medicinas indígenas, se desarrolla dentro de un contexto de salud global. Esto significa que, a pesar de que se reconoce un pluralismo médico, en la práctica las medicinas tradicionales están supeditadas a un modelo médico hegemónico

basado en la biomedicina, el cual decide que aspectos de las medicinas pueden o no ser integrados en el sistema público de salud.

Para desarrollar mi argumento, en la primera parte explicaré qué son los modelos médicos y cómo la biomedicina se constituye en hegemónica, pues las relaciones de poder de una sociedad se reproducen también en la salud. A continuación mostraré que desde antes de su concepción, la salud global estuvo dominada por un modelo médico hegemónico basado en la biomedicina, siendo ésta era funcional a los procesos de producción de una economía-mundo capitalista. En la tercera sección plantearé que esta concepción de la salud global reconoce el pluralismo médico que existen en nuestros países, pero que lo enfoca desde un punto de vista integrador que no reconoce las desigualdades que existen entre medicinas. Por último, señalaré que a partir de este pluralismo integrador reconocido es que se habla de la interculturalidad en salud en el Ecuador, concepto al cual se le vacía de su contenido político para dar paso a uno que se basa en los lineamientos de la salud global y sus raíces en el modelo médico hegemónico.

2.1 Modelos médicos

León (2003) dice que la imposición de la reestructuración capitalista global requirió de un discurso político y económico que le dio fuerza simbólica para ser aceptada, la salud global no es la excepción (P. C. León 2003). De ella se dice que es un bien público orientado por instituciones que actúan desinteresadamente por la salud mundial, pero debemos tener en cuenta su relación con la economía-mundo. Esto se debe a que debemos entender a la salud global dentro de un discurso hegemónico que aparenta no ser ideológico sino universal, es decir, dentro de un modelo médico hegemónico.

El concepto de modelos médicos tiene sus orígenes en el de hegemonía propuesto por Gramsci, el mismo que hace referencia a dos ideas. La primera es la intervención del poder en la vida del ser humano y la segunda la colonización de todas las esferas de su vida, es decir, el surgimiento de relaciones de dominación (Rodríguez y Seco 2007, 3)³. En el caso de la salud, la hegemonía hace referencia a un proceso de medicalización de la vida que hace que cada

³ Gramsci indicaba que los intereses corporativos se convierten en intereses de los grupos subordinados: las ideologías se contraponen hasta que una sola de ellas se impone dando origen a una unidad de los fines económicos, políticos, intelectuales y morales (Gramsci s.f., 19-20).

vez la biomedicina tenga mayor influencia sobre el ser humano, convirtiendo aspectos de la vida cotidiana en cuestiones de salud/enfermedad, por ejemplo, la edad se medicaliza y el proceso de envejecer se denomina *envejecimiento sano*. Además, se presenta a las otras medicinas como inferiores por no tener un estatus de *científico*, por lo cual se la subalterniza: se determinan cuales de sus procedimientos son válidos, sus acciones son reguladas y se descartan sus aspectos religioso-simbólicos.

El poder de la biomedicina sobre las otras medicinas se refleja en la idea de modelos médicos. La salud es también un espacio donde se reproducen las tendencias de la vida social, donde se expresan las relaciones de hegemonía y subalternidad (Mendoza 2003, 3). Menéndez indica que dentro de una economía capitalista emergen varios modelos de atención médica de los cuales uno de ellos se constituye en hegemónico para luego excluir ideológica y jurídicamente a otras medicinas, convirtiéndolas en sus complementos (Menéndez 1983, 98). Esta noción implica que en una misma sociedad hay varias tradiciones médicas que coexisten, aunque la permanencia de estas no es solo una resistencia contracultural, sino más bien que se mantienen por su eficacia, reconocimiento social y porque suelen ser los únicos a los cuales tienen acceso muchos grupos sociales (Menéndez 1983, 107). Observar los modelos médicos de una sociedad supone una tarea metodológica que da cuenta de las características estructurales, porque no necesariamente existen en la realidad, sino más bien que son una construcción teórica (Mendoza 2003, 7). Se trata entonces de observar tres modelos: el hegemónico, el modelo médico subordinado y el de autoatención.

El modelo hegemónico se identifica con la biomedicina tiene relaciones internas y externas de jerarquía, tiende al burocratismo, a tener criterios de producción, a orientarse a la prevención, a dar prioridad al medio y no al individuo, y a dirigir la legitimación política e ideológica de la sociedad (Menéndez 1983, 102). El modelo médico subordinado es donde podemos encontrar a todas las medicinas populares que incluyen a las indígenas y a las alternativas (por ejemplo, religiosa). Por último, el modelo de autoatención supone todas aquellas prácticas llevadas por el propio individuo para restituir su salud, que pueden ir desde acciones específicas hasta el uso de instrumentos complejos de curación (Menéndez 1983, 102-104).

Se puede ver entonces la relación que hay entre el concepto de hegemonía y de modelos médicos, pues en la medicina también se van a reproducir las relaciones de poder de una sociedad:

Pero está también una vía espiritual o cultural de sometimiento que hemos explicado antes, descrita por la categoría gramsciana de hegemonía, la cual se ha refrescado con la celeridad y la capacidad seductora del capitalismo avanzado. Dicha materialidad capitalista del siglo XXI ha transformado los modos de vivir y la salud” (Breilh 2012, 111).

Es así que la biomedicina constituye el modelo médico hegemónico que buscará dominar ideológica y jurídicamente a las otras medicinas, convirtiéndolas así en complementarias a ella. En el siguiente acápite veremos como ocurre esto a partir de su inserción en la Atención Primaria en Salud. En el Ecuador es la biomedicina el marco bajo el cual las medicinas indígenas deben operar, pues se le delega la responsabilidad rectora sobre otras medicinas en el artículo 191 de la Ley Orgánica de Salud: “La autoridad sanitaria nacional implementará procesos de regulación y control, para evitar que las prácticas de las medicinas tradicionales atenten a la salud de las personas.” (MSP 2006, 27).

En un contexto donde hay un modelo médico hegemónico, hablar de una salud global supondrá que ésta se oriente también por los criterios biomédicos que a su vez responden a unos económicos. De esta forma, las medicinas tradicionales se piensan también dentro de este marco global desde el cual se buscará su integración a los sistemas de salud.

2.2 Salud internacional y salud global

Immanuel Wallerstein y otros autores trabajaron el concepto de sistema-mundo que hace referencia a una “zona espaciotemporal que atraviesa múltiples unidades políticas y culturales, una que representa una zona integrada de actividad e instituciones que obedecen a ciertas reglas sistémicas” (Wallerstein 2005, 32). El término hace alusión a un sistema que es el mundo en sí, donde sus unidades de realidad social son también sistemas-mundo que nos permiten actuar, pero que a la vez nos constriñen (Wallerstein 2005, 126). Por tanto, el sistema-mundo es transversal a una diversidad de unidades políticas y culturales, integrando actividades e instituciones que reproducen las reglas del sistema (Wallerstein 2005, 32). Por lo tanto, estaríamos hablando de que la salud debe entenderse como parte del sistema-mundo, que su organización reproduce también las reglas globales y crea instituciones especializadas para esto como la Organización Mundial de la Salud. En este contexto, en el ámbito de la salud se habló primero de una salud pública internacional y ahora de una salud global que

responde a los cambios políticos y económicos acaecidos en los últimos siglos como explicaré más adelante.⁴

Wallerstein señala también que el sistema-mundo que caracteriza nuestra época es una economía-mundo capitalista basada en una división del trabajo que intercambia bienes esenciales y contiene flujos de capital y trabajo. De la misma manera, la salud reproduce esta lógica porque tiene una división del trabajo que se presenta a nivel profesional con la creciente demanda por la especialización del médico, que responde, según Carrera, Enrí y D'Ottavio a un "paradigma de la economía de la salud" y a las expectativas por una mejor inserción laboral y seguridad económica (Carrera, Enrí y D'Ottavio 2004, 41). De la misma manera, dentro de la salud hay intercambio constante de bienes (dinero por salud) y un flujo de capital y trabajo (expresado por ejemplo, en las transnacionales farmacéuticas).

La economía-mundo no tiene una homogeneidad política ni cultural, pero los diferentes sectores que la componen dependen del intercambio recíproco en el interior (Wallerstein 2004, 88), lo cual hace que surjan patrones culturales comunes o una geocultura (Wallerstein 2005, 40). La salud en nuestro días tiende también a adquirir patrones culturales comunes, sobre todo con los protocolos médicos que se convierten en un estándar de atención al paciente y que incluso ahora buscan ampliarse hacia las medicinas tradicionales.

El concepto de economía-mundo da relevancia al papel del Estado en los procesos de producción. Para la teoría de sistemas-mundo en la multiplicidad de Estados surgen procesos productivos centrales y periféricos. Los primeros tienen procesos centrales de producción cuasimonopólicos que les ponen en ventaja, mientras que los segundos se insertan en un libre mercado, son competitivos y están en desventaja por un intercambio desigual⁵. Dentro las teorías sobre la globalización, Sassen (2007) señala que el Estado tiene dos transformaciones al insertarse en lo global. Primero, centraliza el poder y la autoridad legítima produciendo legalidad que garantiza los derechos del capital global. Segundo, se convierte en un espacio

⁴ La reproducción de reglas del sistema se presenta también a nivel individual, pues se da al individuo enfermo ciertos parámetros para actuar (rol de enfermo), que le permiten salir del proceso productivo sin que su enfermedad interfiera en éste. Parsons (citado por J. Rodríguez 1981, 100) indicaba que la enfermedad es un estado social que implica cambios en la conducta: el enfermo ya no es capaz de hacer actividades cotidianas y se le permite abandonarlas para buscar ayuda para su recuperación. El enfermo delega su curación al profesional, quien se arroga el derecho a evaluar la conducta del individuo y del grupo.

⁵ Wallerstein (2004) señala que existen Estados semiperiféricos que concentran ambas producciones, centrales y periféricas, con sus particularidades políticas. Estos países buscan acercarse a los países centrales y alejarse de los periféricos.

institucional para el desarrollo de la economía, formando para ello ciudades globales que coordinan los flujos del sistema económico global y convierten en endógenos los programas globales (Sassen 2007, 93). En ambos casos, el Estado asume nuevas funciones sobre la economía, por lo cual es mejor hablar de su transformación antes que de una minimización. En este rol asignado al Estado los procesos dentro de planificaciones globales se articulan como parte de ámbitos e instituciones nacionales (Sassen 2007, 14). En el ámbito de la salud, el Estado es crucial porque éste articula instituciones y programas que velan por la salud a nivel global.

No obstante, para hablar de salud global es necesario comprender la transformación de la salud en un asunto económico. La aparición de enfermedades y su propagación en diversos países hizo que éstos tomen acciones conjuntas para evitar que los males traspasen sus fronteras y afecten sus procesos económicos. Los problemas de salud pueden tener consecuencias económicas, pues afectan los procesos productivos y se hacen necesarias medidas que incluso trasciendan el espacio nacional y se repliquen en otros países. Tomemos por ejemplo la Europa de finales del siglo XIX donde el alcoholismo entre los trabajadores representó un grave problema para la producción, pasando a considerarse una cuestión de salud pública y ya no una inclinación individual, inaugurándose así diversos estudios para generar conocimientos y terapias que aseguren un obrero sobrio en el periodo laboral y fuera de éste (Menéndez 1984). Además, desde principios del siglo XX se crearon sistemas de medidas (morbilidad, mortalidad, fecundidad, etc.) para calcular los niveles de salud de la población a nivel nacional y global (Wahlberg y Rose 2015, 64).

Foucault (1989) observó también el proceso mediante el cual se interviene sobre el cuerpo para poder controlar la vida del individuo, haciéndolo apto para la producción. Este proceso fue denominado por este autor como *biopoder* que se compone de una técnica de sujeción del cuerpo y otra de control de las poblaciones, la *anatomopolítica* (siglo XVII) y la *biopolítica* (Siglo XVII). La *anatomopolítica* consistía en el disciplinamiento del comportamiento y el cuerpo para aumentar las aptitudes del individuo, para hacer crecer su utilidad y docilidad, y para mejorar su integración en sistemas económicos y de control. Algunas instituciones como la escuela, cuartel, fábrica, hospital, etc., son parte de estas técnicas. La *biopolítica* consiste en reconocer que al ser el cuerpo un hecho biológico, tiene leyes internas susceptibles de ser controladas. De esta manera, se pretende controlar fenómenos tales como nacimientos, mortalidad, salud, vivienda, migración. El *biopoder*, dice el autor, contribuyó al desarrollo del

capitalismo al insertar controladamente cuerpos en la producción y ajustar los fenómenos poblacionales al proceso económico (Foucault 1989).

En una de sus clases de 1978, Foucault hizo más explícito cómo el Estado asume estas técnicas desde el siglo XVIII, proceso al cual denominó como *gubernamentalidad* y que define como un “conjunto constituido por las instituciones, los procedimientos, análisis y reflexiones, los cálculos y las tácticas que permiten esa forma bien específica, aunque muy compleja que tiene por blanco principal la población” (Foucault 2006, 136). Además, gracias a estas tácticas del *gubernamentalidad*, el Estado definiría sus propios límites, estableciendo así aquello que debe ser considerado como estatal y aquello que no (Foucault 2006, 137). Ferguson y Gupta (2002) retomaron el concepto no solo para referirse a nuevas estrategias de control y disciplinamiento, sino a redes y organizaciones transnacionales que actúan a escala global y sobrepasando los límites del Estado-nación, es decir, generando una *gubernamentalidad transnacional* (Ferguson y Gupta 2002, 990).

El *biopoder* se refleja en el campo de la salud, pues el modelo médico hegemónico busca la sujeción del cuerpo y el control de poblaciones a través de generar conocimientos como los sistemas de medidas (morbilidad, mortalidad, fecundidad, etc.) que mencione antes. El Estado como proveedor de la salud asume además las tácticas de la *gubernamentalidad* al generar una *Medicina del Estado* que no solo es un sistema de regulación de la práctica médica, sino un seguimiento a los episodios vitales y la vigilancia epidemiológica (Foucault 2006, 57-59; Wahlberg y Rose 2015). Además, la *gubernamentalidad transnacional* se expresa en una planificación de la salud que excede el ámbito estatal para internacionalizarse (nuevas estrategias de control y disciplinamiento), por lo cual se necesitan organizaciones y redes que actúen global e independientemente de los Estados-nacionales. Es bajo este marco que se explica que a finales del siglo XIX surgió la noción de *salud pública internacional*, un campo de conocimientos, investigación y acciones que miembros de la comunidad internacional tomaban para intervenir en los fenómenos de salud y enfermedad, tanto a nivel nacional como internacional (Franco-Giraldo y Álvarez-Dardet 2009).

Esta nueva forma de entender la salud coincidió además con su reducción a términos económicos. De esta manera, la salud ya no solo era fundamental para asegurar la producción, sino que comenzó a entenderse en términos económicos como una mercancía que circula como cualquier otra. Acanda y Espeja observan que el proceso productivo del sistema

capitalista busca siempre generar un valor creciente o plusvalía, lo cual es posible solo si las actividades y productos humanos se convierten en mercancías (Acanda y Espeja 2006, 9-10). La salud no es una excepción y la industria farmacéutica es el más claro ejemplo, pues según *Bussiness Ware* el mercado global biofarmaceútico tendrá un valor de 278.2 billones de dólares para 2020, lo que significa que crecerá 9,4% en el periodo 2014-2020⁶. Sin embargo, ese crecimiento no significa que la población mundial tenga una mejor cobertura de medicamentos, pues hay una preferencia de las farmacéuticas por producir remedios “taquilleros”⁷ que tienen venta segura (Barrutia and Zábalo 2004, 180) y de invertir en campañas de mercadeo (J.L. León 2006, 151), antes que en fármacos baratos o nuevos que favorezcan a países empobrecidos (Barrutia y Zábalo 2004, 180).

Para el individuo también ha ocurrido una transformación de la concepción de la salud, a la cual entiende ahora en términos económicos. Bauman observa que el individuo se ha convertido de productor a consumidor compulsivo, donde la variedad de productos solo le causan una satisfacción limitada debido a la cantidad de ofertas nuevas (Bauman 2010, 78-82). En este sentido, la oferta de salud para el usuario crece pues la industria farmacéutica a diario busca convertir hechos de la vida cotidiana en asuntos de salud, lo cual ha sido llamado *medicalización de la sociedad* (Conrad 2007)⁸. De esta manera, el individuo inmerso en una economía-mundo capitalista ve a su salud como un capital que tiene que ser administrado e invertido, midiendo el riesgo de cada acción que vaya a tomar (Sibilia 2009, 185).

La salud global surgió en unas condiciones mundiales en las cuales la doctrina neoliberal se imponía a todas las naciones. Desde su creación en 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS) fue la principal abanderada de la salud internacional, pero entró en crisis entre 1988 y 1998. En esta etapa su rol fue asumido por el Banco Mundial (BM) que en 1993 dejó clara su posición economicista en el informe *Invertir en salud* donde indicaba que los Estados debían excluirse de prestar servicios *costosos* como cirugías cardíacas, tratamiento de algunos tipos de cáncer, quimioterapias para casos de infección con VIH y cuidados intensivos a niños

⁶ “Global Biopharmaceuticals Market to be Worth US\$278.2 Billion by 2020: Persistence Market Research”. *Pharmalive: The pulse of the pharmaceutical industry*, 1 de junio de 2015, <http://www.pharmalive.com/global-biopharmaceuticals-market-to-be-worth-us278-2-billion-by-2020-persistence-market-research/>

⁷ Blockbuster en el original.

⁸ La disfunción eréctil del varón, los ciclos sexuales femeninos, el ciclo del embarazo y la baja estatura del infante son solo algunos ejemplos de medicalización que han supuesto que las farmacéuticas comercialicen nuevos y antiguos medicamentos, apoyados en muchos casos en campañas que incluyen incentivos a los médicos para que receten tales productos (Conrad 2007).

prematuramente. En su lugar, recomendaba el informe, debían invertirse los recursos en “servicios mucho más eficaces en función de los costos que benefician sobre todo a pobres y que están insuficientemente financiados” (BM 1993, 7). El interés del BM en temas de salud no era casual, pues a nivel global se imponía la doctrina del neoliberalismo que significó recomendaciones para que los Estados redujeran su inversión en salud.

La apuesta por lograr sistemas de salud eficientes y que no impliquen altos costos para el gasto público de los Estados se cristalizó en la promoción de la Atención Primaria en Salud entendida como aquella

[A]sistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad (PAHO 1978, 1).

La recomendación para fortalecer la Atención Primaria en Salud (APS) fue hecha por la OMS en la Conferencia de Alma Ata de 1978 denominada *Salud para todos*, posición que renovó el año 2005 a través de su documento *La renovación primaria de salud en las Américas*, la cual pide a los Estados miembros que den condiciones políticas, jurídicas e institucionales, estableciéndose líneas de acción que para fortalecer la Atención Primaria en Salud (OMS 2007, 21). En este contexto, la medicina tradicional es considerada como parte integral de la APS, así como señalan las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud WHA56.31 del 28 de mayo de 2003⁹, la WHA62.13 del 22 de mayo de 2009¹⁰ y la *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional* (OMS 2013):

⁹ La resolución insta a sus países miembro a que “reconozcan la función de determinadas prácticas tradicionales como uno de los recursos importantes de los servicios de atención primaria de salud, particularmente en los países de bajos ingresos y de conformidad con las circunstancias nacionales” (OMS 2003, 2).

¹⁰ La resolución pide a la OMS a “que siga proporcionando orientaciones normativas a los países sobre el modo de integrar la medicina tradicional en los sistemas de salud, en especial para promover, según convenga, el uso de la medicina tradicional/autóctona en la atención primaria de salud, incluida la prevención de la morbilidad y la promoción de la salud, sobre la base de datos probatorios sobre seguridad, eficacia y calidad, y teniendo en cuenta las tradiciones y costumbres de los pueblos y comunidades indígenas” (OMS 2009, 3).

No tiene por qué haber conflicto entre la medicina tradicional y la medicina occidental. En el marco de la atención primaria, ambas pueden combinarse de forma armoniosa y beneficiosa, en un sistema que aproveche lo mejor de cada una y compense también las deficiencias de cada una. Ahora bien, esto no es algo que vaya a ocurrir espontáneamente: es preciso tomar deliberadamente decisiones normativas.” (OMS 2013, 37)¹¹.

Si bien la APS se concibió para que pueda ser aplicada en países con escaso personal médico, insuficientes recursos y para fomentar la participación comunitaria en los procesos de atención de la salud y las enfermedades (Menéndez 1988, 9); se critica que su potenciamiento e integración con la medicina tradicional se deba a una estrategia de los Estados para reducir el gasto público en salud¹². De hecho, la OMS reconoce que la medicina tradicional en países en vías de desarrollo puede ser “comparativamente barata” (OMS 2002, 27) y que, en un marco de “restricciones financieras globales”, debe promoverse su uso junto a la autoatención y la prevención porque ayudan a reducir los gastos sanitarios (OMS 2013, 18). Críticos como Testa observan que esto desnuda que la salud ha sido reducida a mercancía, pero además que el sistema público de salud es un servicio de segunda categoría para la población más desfavorecida, la cual es atendida por personal sin suficiente experiencia (estudiantes, recién graduados) o por médicos tradicionales que limitan su atención a campesinos e indígenas (Testa 1988).

La inclusión de la medicina tradicional en la APS trae consigo dos efectos, la necesidad de validar la terapéutica médica tradicional y de normar su ejercicio. Ambos efectos se reflejan en documentos de la OMS como las *Resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud*, la *Declaración de Beijing de la OMS*, la *Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual*, y la *Estrategia sobre medicina tradicional 2014-2023*. En la tabla que sigue a continuación (Tabla 1) presentamos una selección de textos de los documentos mencionados donde podemos observar y comparar cómo éstos reflejan las intenciones de la OMS de normar la práctica médica y de validar las terapias:

¹¹ Palabras de la Directora General de la OMS, Margaret Chan ante el *Congreso de la OMS sobre medicina tradicional* en Beijing, noviembre de 2008.

¹² Organizaciones como la People’s Health Movement critican que la OMS depende cada vez más de las empresas farmacéuticas y de los donantes extranjeros. Véase Roberto Bissio. “La influencia de las transnacionales farmacéuticas sobre la OMS”, Mayo de 2014, <http://tinyurl.com/jt8yqqx> y Andreas Zumach. “La OMS es blanco de críticas”, 21 de mayo de 2012, <http://tinyurl.com/zl68zbr>

Tabla 1. Validación de la medicina tradicional y regulación de sus profesionales

Norma	Validación medicina tradicional	Normar ejercicio profesional
Resolución WHA56.31 2003	<p>Pide que se “procure obtener información basada en datos científicos sobre la calidad, seguridad, eficacia y costo de las terapias tradicionales” (OMS 2003, 3).</p> <p>También que se “establezcan sistemas de vigilancia de la seguridad de los medicamentos para vigilar las medicinas herbarias y otras prácticas tradicionales” (OMS 2003, 2).</p>	<p>Señala la importancia de que se “formulen y apliquen políticas y reglamentaciones nacionales sobre medicina tradicional, complementaria o alternativa para respaldar el buen uso de la medicina tradicional y su integración en los sistemas nacionales de atención de salud” (OMS 2003, 3).</p> <p>Pide también que “la capacitación de los prácticos de la medicina tradicional y, de ser necesario, su readiestramiento, así como la aplicación de un sistema para calificar, acreditar y otorgar licencias a esos prácticos” (OMS 2003, 3).</p>
Resolución WHA62.13	<p>Llama a preservar e incluir las medicinas tradicionales, pero genera “datos probatorios sobre seguridad, eficacia y calidad” (OMS 2009, 2).</p>	<p>Observa la necesidad de que existan “sistemas para calificar, acreditar u otorgar licencias a quienes practican la medicina tradicional, y prestar asistencia a los practicantes de la medicina tradicional para mejorar sus conocimientos y aptitudes”. (OMS 2009, 2).</p>
Declaración de Beijing sobre medicina tradicional	<p>Insiste en que la medicina tradicional “se debe seguir desarrollando sobre al base de la investigación y la innovación” (OMS 2008).</p>	<p>Señala que “Los gobiernos deben establecer sistemas para calificar, acreditar u otorgar licencias a quienes practican la medicina tradicional” (OMS 2008).</p>
Estrategia mundial y	<p>Indica que se debe promover “la</p>	<p>No hay nada específico.</p>

plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual	innovación a partir de la medicina tradicional, en un marco basado en criterios científicos(...)" (OMS 2008, 14).	
Estrategia sobre medicina tradicional 2014-2023	Promueve que se apoye la investigación que deben contar con métodos de evaluación, no solo ensayos clínicos sino también "(...) estudios de los resultados y la eficacia, así como la investigación comparativa sobre la eficacia, los patrones de utilización y otros métodos cualitativos." (OMS 2013, 39)	El informe destaca los esfuerzos de algunos de los países miembros para regular la práctica médica. Hace énfasis en la existencia de una organización denominada International Regulatory Cooperation for Herbal Medicines (IRHC) que funciona desde 2006 para "(...) proteger y promover la salud pública y la seguridad a través de la mejora de la regulación de las hierbas medicinales." (OMS s.f.). Veintiocho países son miembros de esta organización, pero no el Ecuador.

Fuente: OMS, varios documentos.

¿Qué nos dice que los Estados asuman la APS como prioridad y que la medicina tradicional forme parte de ella? En primer lugar, que la medicina tradicional es evaluada y regulada por el modelo médico hegemónico y no por sus propios criterios. Como vimos en la tabla anterior, su incorporación a los sistemas públicos de salud es posible a condición de que sus procedimientos sean validados por criterios científicos y que haya una regulación sobre sus profesionales, lo cual mostraría que sus axiomas y mecanismos de validación están en peligro de desaparecer. Toda medicina genera axiomas dentro del modelo epistemológico que orienta su práctica, así como mecanismos que le sirven para validarse y legitimarse. Los axiomas son los principios y definiciones fundamentales que no requieren pruebas para demostrar su existencia y que resisten toda argumentación; mientras que los mecanismos de validación son los hechos y evidencias que comprueban la creencia de los sujetos (Alarcón, Vidal y Neira 2003, 1063). En la medicina tradicional, un axioma es que hay enfermedades que se originan en fuerzas

sobrenaturales, no fisiológicas; mientras que un mecanismo de validación será que la enfermedad se manifiesta a través de los sueños¹³.

En segundo lugar, la incorporación de la medicina tradicional dentro de la APS nos muestra que los Estados suscriben acuerdos que se elaboran en instancias transnacionales como la OMS, las mismas que proponen lineamientos para generar transformaciones y regulación en los sistemas públicos de salud. De esta manera, los Estados comienzan a regular la práctica médica tradicional delegando, como mencioné anteriormente, esta responsabilidad al modelo médico hegemónico basado en la biomedicina. De esta forma, los lineamientos de la salud global tienen efectos concretos sobre la legislación de salud de un país, la cual deberá ajustarse por aquello establecido a nivel mundial.

La salud global parte del principio de que se deben tomar las necesidades de salud de la población por encima de las preocupaciones particulares de las naciones (Brown, Cueto y Fee 2006, 62). Por ello, debe ser entendida como un bien público global y que tiene tres escenarios en los cuales puede desarrollarse: dentro de una transferencia internacional de riesgos y oportunidades debido a la liberalización comercial y tratados comerciales que afectan a la salud; como una diversidad de actores implicados en salud además del Estado (fundaciones, ONG, corporaciones transnacionales); y como elemento importante del desarrollo económico, la seguridad global y la democracia (Franco-Giraldo y Álvarez-Dardet 2009, 541).

Sastry y Jyoti Dutta (2013) observan que la salud global es planificada, ejecutada e implementada a través de parámetros de mercado que hacen que la salud se entienda como: 1. una responsabilidad individual y privada, 2. La enfermedad se produce por las ineficiencias de distribución y mal empleo de técnicas, y 3. Los problemas de salud se solucionan mediante las fuerzas del mercado como el apoyo a intervenciones bajo el principio de costo-beneficio, la reducción de la corrupción, etc. (Sastry y Jyoti Dutta 2013). Pero además, la salud global como planificación supranacional supone que existan instituciones cuyas acciones no estén totalmente constreñidas por los Estados. La salud global produce y legitima estructuras de conocimientos particulares sobre la salud (Sastry y Jyoti Dutta 2013, 24), los cuales estarán custodiados por organizaciones internacionales como la OMS, quienes tienen autoridad para

¹³ Para la biomedicina, un axioma será el origen virulento de un resfriado, mientras que sus mecanismos de validación podrán ser los estudios científicos, textos, etc.

intervenir en la problemática de salud. Por este motivo, estas organizaciones con *experticia* sobre la salud, tendrán también voz rectora a la hora de definir los diseños de los sistemas públicos de salud de las naciones, introduciendo recomendaciones que se basan fundamentalmente en el modelo médico hegemónico.

La introducción de la medicina tradicional dentro de la APS constituye una estrategia de la salud global para lograr que los Estados asuman lineamientos que deben traducirse en políticas públicas específicas. La incorporación de las medicinas tradicionales implica que estas deban asumir los axiomas y mecanismos de validación del modelo médico hegemónico si quieren formar parte del sistema público de salud. Como mostraré a continuación los Estados buscan incorporar a las medicinas tradicionales a sus sistemas de salud bajo una condición: que exista un pluralismo médico, el cual es base del discurso de interculturalidad en salud que legitima esta incorporación en la salud global.

2.3 El pluralismo médico

Todas las sociedades se caracterizan por usar diferentes medicinas en los procesos de curación. De hecho, en sus orígenes la biomedicina era una tradición médica más y sus terapias apenas se diferenciaban de las de otras medicinas (Belofsky 2013). Este fenómeno se ha denominado como *pluralismo médico* que se define como la “coexistencia de una variedad de diferentes tradiciones médicas dentro de un contexto seleccionado” (Barnard y Spencer 2002, 542)¹⁴. El término fue utilizado por primera vez en los años 70 por Charles Leslie quien estudió tres tradiciones médicas en el Asia: Ayurveda, Yunani y medicina china (Kazianka 2012, 43). Bajo esta perspectiva, las medicinas se constituían en sistemas con relaciones cooperativas o conflictivas, donde sus limitaciones generaban descontento entre los pacientes, haciendo que busquen terapias alternativas (Kazianka 2012, 43). En los 90 el término dejó de considerar a las medicinas como sistemas para dar énfasis a sus actores y a los procesos (Kazianka 2012, 44). En Latinoamérica el concepto fue introducido por Sheila Cosminsky, cuya investigación en Guatemala entre los años 1968 y 1969 influyó a la antropología médica en la región (Mosquera 2007, 233).

En general, el concepto de pluralismo médico hace referencia a la convivencia de medicinas en una sociedad, aunque algunos autores destacan que debemos entender varios tipos de

¹⁴ Traducción propia.

pluralismo dependiendo de la calidad de las relaciones que se establecen. Janzen en su obra publicada en el 2002 bajo el título “The social fabric of Health. An introduction to Medical anthropology” observa que hay tres tipos de uso del concepto de pluralismo: asimétrico, simétrico y el integrador (citado en Kazianka 2012, 43-44). El primero entiende que hay un sistema de salud asimétrico donde la biomedicina es legal, profesionalizada e institucionalizada; frente a las medicinas indígenas y alternativas, no oficiales, secundarias, ilegales y *no profesionales*. Aquí los estudios dan cuenta de las dificultades en el relacionamiento entre la biomedicina y otras medicinas que también son utilizadas por los pacientes. Estos trabajos hacen énfasis en temas como la desconfianza mutua entre el médico y paciente (G. Fernández 2004); las dificultades del médico frente a pacientes de contextos culturales distintos, las relaciones comunales y familiares, etc. (Comelles 2004; G. Fernández 2008), la formación ideológica de los terapeutas (Caramés 2004); los inconvenientes entre la biomedicina y las medicinas tradicionales cuando estas últimas “migran” hacia otras sociedades y entran en conflicto con el sistema de salud local (Orellana 2003).

El segundo es el pluralismo simétrico, donde se plantea un escenario en el cual los usuarios reconocen como iguales a las medicinas y las utilizan en su proceso de curación. Los trabajos realizados aquí reflexionan sobre espacios donde dos o más tradiciones médicas en un mismo espacio cooperan *de facto*, puesto que los pacientes tienen en la misma estima a todas las medicinas a las cuales acuden (*véase* Flores 2004). En este caso los estudios tratan de identificar los problemas que surgen como producto de este pluralismo que surge espontáneamente, los aprendizajes que pueden obtenerse de estas experiencias y que pueden utilizarse para poder replicar estas experiencias en otros contextos o en la formulación de políticas públicas que creen condiciones para el pluralismo.

El tercero es el pluralismo integrador que consiste en acciones estatales o privadas que tienen como fin la integración de las medicinas otorgándoles el mismo valor a sus campos ideológicos y a sus prácticas individuales (Kazianka 2012, 44). Aquí los trabajos que pueden encontrarse presentan experiencias que se consideran como exitosas, donde se resalta el papel de instituciones públicas y privadas que fomentaron y/o impulsaron la integración de medicinas mediante acciones concretas, como el establecimiento de proyectos cuyo objetivo principal era lograr establecer un pluralismo integrador (*véase* Campos y Citarella 2004; Baixeras 2006; Calderón 2009; G. Fernández 2010).

Como vimos anteriormente, desde hace varias décadas, la OMS y otras organizaciones a nivel mundial comenzaron a promover que los Estados integren terapias de las medicinas indígenas en sus sistemas de salud, lo cual se dio sobre todo desde la Conferencia de Alma Ata en 1978. Durante las siguientes décadas, la OMS remarcó que los Estados latinoamericanos tenían que integrar a las medicinas indígenas y alternativas en sus sistemas de salud para lograr una atención de calidad para su población. Desde entonces los Estados han asumido a la medicina tradicional como parte de la Atención Primaria de la Salud, lo cual quiere decir que esta última se constituye en el eje en torno al cual la tradicional se articula. Esto significa que la medicina tradicional deberá ajustarse a los parámetros de evaluación que dicte la biomedicina:

Una política basada en el conocimiento es crucial para integrar la Medicina Tradicional y Complementaria en los sistemas nacionales de salud. Se debería priorizar y apoyar la investigación con el fin de generar conocimientos. Si bien los ensayos clínicos controlados aún pueden ofrecer numerosas enseñanzas, otros métodos de evaluación son igualmente valiosos. Entre esos métodos se cuentan los estudios de los resultados y la eficacia, así como la investigación comparativa sobre la eficacia, los patrones de utilización y otros métodos cualitativos. (OMS 2013, 39)

La integración de la medicina tradicional al ámbito de la APS, regida por la biomedicina, supone que se genere normativa y políticas públicas que promuevan una relación de armonía entre las diferentes medicinas. Esto solo puede ser logrado asumiendo el enfoque del pluralismo integrador, el cual se visibiliza a través del discurso de la interculturalidad en salud, al cual es necesario quitarle de su contenido político para que lograr convertirse en un pluralismo integrador, como veremos a continuación.

2.4 El reconocimiento jurídico de la interculturalidad en salud

Muchos países tienen una situación de pluralismo médico *de facto*, como por ejemplo en Ecuador donde vimos que la precariedad de su sistema de salud le llevó a aceptar la medicina indígena desde la época colonial. Sin embargo, en los últimos años se ha dejado de ver la existencia de diferentes medicinas como mera convivencia y se quiere integrarlas en el sistema público de salud pues se espera que esta acción pueda traer beneficios a la salud de la población. De hecho, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), oficina regional de la OMS, espera que la interculturalidad en salud sirva para reconocer y valorar los

conocimientos y prácticas de salud locales y que se incorpore en los sistemas de salud, generando así un sistema con mayor equidad y participación (OPS 2008, 11).

El término interculturalidad proviene del ámbito educativo y se considera que surgió en Ecuador en la década de los años 80, impulsado por el movimiento indígena que lo utilizó para indicar la necesidad de hacer reformas en la educación, pero además en las estructuras del Estado. En este sentido, Walsh indica que la interculturalidad surgió como proyecto político de los indígenas ecuatorianos, sin ser este un término que surja en la academia, las ONG ni el Estado (Walsh 2012, 103). El significado de la interculturalidad puede ser muy elusivo, pues en general parece que las diferentes acepciones hacen referencia a una interrelación de culturas, a un diálogo entre ellas o a unas relaciones de respeto; dando énfasis a la convivencia, coexistencia y a la tolerancia (Viaña 2010, 11). Sin embargo, esta concepción de la interculturalidad, constituida en dominante, no haría más que inscribirse dentro de un proyecto capitalista que pretende mostrar una sociedad que convive pacíficamente sin cuestionar la desigualdad, la explotación y dominación (Viaña 2010, 12).

La idea de interculturalidad en salud en el Ecuador supone también remontarse a los años 80 con los debates sobre medicina social de influencia marxista. En esta década surgen organizaciones como la Coordinadora de Equipos de Salud Popular (CESAP) que agrupó a trabajadores de salud y organizaciones populares. En esta época se trató de superar el enfoque biologicista que tenía la salud pública y se introdujeron los determinantes económico-sociales y geográficos al debate de la salud, identificándose que el enfermar, vivir y morir está determinado por la posición de clase (Torres-Tovar 2011, 97). A principios de los 90, el Ecuador entró de lleno a una economía de mercado neoliberal lo cual supuso una serie de reformas estatales, entre las que se incluyó al sistema de salud público que se vio profundamente afectado como documenta Breilh a partir del análisis de datos estadísticos de enfermedades en el país (Breilh 2012).

Algunas de las acciones de la época que precarizaron la salud fueron la promulgación de la Ley de Modernización con la cual se quiso privatizar la salud, surgiendo resistencia a ello a través de procesos como el *Comité Nacional Permanente de Defensa* del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social que junto a las movilizaciones indígenas y campesinas pudieron frenar la privatización. El levantamiento indígena denominado *Inti Raymi* del 90 logró que en los

siguientes años ocurran cambios en las estructuras del Estado¹⁵. En lo que respecta al sistema de salud, ocurrieron cambios cómo incorporar el término de interculturalidad en la Carta Constitucional o en la creación dentro de la estructura del Ministerio de Salud pública de la Dirección de Salud Intercultural. Para aquel entonces, la reflexión indígena sobre la salud aludía a las relaciones armónicas entre el individuo y su entorno, pero además buscaba tener una comprensión integral de la salud. Como indica Torres-Tovar para los indígenas la salud es la “convivencia armónica del ser humano con la naturaleza, consigo mismo y con los demás, encaminada al bienestar integral, a la plenitud y tranquilidad espiritual, individual y social” (Torres-Tovar 2011, 105).

Sin embargo, a incorporación del enfoque intercultural integrador en salud al Estado fue un proceso no exento de dificultades. Si bien la constitución de 1998 transversalizó la interculturalidad, las políticas tomadas en los siguientes años solo fueron medidas de inclusión aditivas que siguieron manteniendo una referencia al sistema de dominación, puesto que legitimar las diferencias no significó cuestionar la cultura hegemónica blanco-mestiza. De esta manera, el Estado neoliberal asumió la interculturalidad para incorporar a la cultura oficial a las culturas subalternas con dos objetivos: evitar la desestabilización y para legitimarse ante la población (Puente 2005, 48-50).

De esta manera, el sistema de salud público del Ecuador siguió presentando limitaciones operativas e ideológicas luego de las reformas del 98. Por un lado, el sistema estaba fragmentado, adolecía de una fuerte centralización, pero a la vez estaba operativamente desarticulado para poder atender las necesidades de atención en salud de la población. Por otro lado, en lo ideológico fue la biomedicina la que primó con su atención centrada en la enfermedad y la atención hospitalaria (MSPE 2012, 20). La atención en salud en sus niveles primario y secundario fue considerada primordial para resolver más del 90% de las carencias de salud, aunque la baja inversión, abandono de unidades, escasez e inestabilidad laboral del personal sanitario y otras dificultades eran la situación constante del sector. El tercer nivel de atención tampoco recibió mayor inversión y, al contrario, hubo un recorte presupuestario que

¹⁵ Deben también destacarse a otros dos actores que contribuyeron a instalar el debate sobre salud intercultural en el Ecuador: los movimientos feminista y la academia. Los movimientos feministas en los años 80 impulsaron la reflexión sobre salud, surgiendo en los 90 la Coordinadora de género y salud que colaboró en los debates que insertaron las reformas constitucionales de 1998. La academia también entró a los debates sobre salud intercultural, destacando la Universidad Simón Bolívar que formó una mesa de interculturalidad para estudiar a las diferentes medicinas del país (Torres-Tovar 2011, 101)

se unieron a otros problemas como la ineficiente capacidad de gasto debido a pésimos procesos de supervisión y control (MSPE 2012, 20)¹⁶.

Con la llegada de Alianza País al poder, la interculturalidad en salud se tradujo en las reformas constitucionales y legales incorporadas en la Constitución del 2008, la Ley Orgánica de salud, el Plan Nacional del Buen vivir y el Modelo de Atención Integral del sistema de salud. En todo este *corpus* jurídico se insiste en la interculturalidad en la salud, en especial en el *Plan nacional del buen vivir* que plantea una serie de políticas para incorporar acciones con este enfoque. El plan señala también dos aspectos importantes sobre la interculturalidad en salud: es un proyecto antihegemónico y busca construir un modelo de salud no conflictivo entre las diferentes medicinas.

Modena indica las características y dificultades que pueden existir en tres enfoques de la relación entre el Estado y las medicinas tradicionales: el *reconocimiento*, la *incorporación* y la *legalización*. El *reconocimiento* jurídico busca que prácticas y terapeutas populares se legitimen, buscando desacreditar el etnocentrismo académico-ideológico que aparece en la práctica y el discurso. Sin embargo, esto no significa que la discriminación, las relaciones de poder y la discriminación desaparezcan por completo, aunque si ven limitada su legitimidad (Modena 1995, 255). En este sentido, a pesar de que el Ecuador tiene la interculturalidad en salud en su marco normativo (como vimos con mayor detalle en el primer capítulo), la discriminación hacia las medicinas tradicionales no desaparecerá solo por este hecho.

La *incorporación* significa que la combinación de los recursos médicos oficiales, privados y populares se institucionaliza. Si bien esto puede otorgar legitimidad simbólica para la medicina popular, puede a su vez generar tres consecuencias: 1) Extender la hegemonía de la biomedicina sobre el uso de recursos terapéuticos, 2) Ampliar el control sobre el terapeuta tradicional y sus prácticas, 3) Colocar en un mismo espacio a las prácticas médicas, generando que se reproduzcan un paralelismo (Modena 1995, 255). En los últimos años, países como Bolivia han incorporado el servicio de parteras dentro de los hospitales, permitiendo que la paciente elija si quiere ser atendida con ellas. Sin negar que este es un acto

¹⁶ El sistema de salud se compone de tres niveles: el sector primario que es la atención básica de la salud, caracterizada por la consulta ambulatoria y la internación de tránsito. El sector secundario que implica mayor complejidad y la internación en cuatro especialidades básicas: medicina interna, cirugía, pediatría y gineco - obstetricia. Finalmente, el tercer nivel supone la consulta de alta complejidad y la internación para especialidades y subespecialidades.

simbólico importante, lo cierto es que las tres consecuencias por la autor se presentan: 1. Los recursos terapéuticos para los partos son mayores para la biomedicina, 2. Por lo general es el biomédico quien tiene la última palabra sobre la terapia de la parturienta, 3. Aún cuando la partera está dentro del hospital, su terapia y la del biomédico parecen seguir diferentes caminos¹⁷.

La *legalización* formal implica que vayan a realizarse ajustes reglamentarios y que se vigilen las acciones desde dentro y fuera de las medicinas en lo económico, lo organizativo en incluso en su propio ejercicio. Esto puede llevar a que se genere una burocratización, exclusión de grupos, corrupción y estamentación (Modena 1995, 226). Lo indicado por la autora podemos observarlo en las iniciativas por lograr una *profesionalización* de los terapeutas, a partir de normar su trabajo por asociaciones de medicina tradicional. Con esto no quiero decir que sea negativo que existan organizaciones que regulen la medicina tradicional, sino que estas asuman axiomas y mecanismos de validación que la biomedicina establece para su funcionamiento.

Lo señalado por Modena, sin embargo, en realidad se constituye en un proceso por el cual las medicinas tradicionales atraviesan cuando se relacionan con el Estado. El proceso de *reconocimiento* corresponde a los cambios en la sociedad y el Estado que flexibilizaron su postura sobre las medicinas tradicionales, en especial de que su rol comenzó a discutirse en organizaciones internacionales como la OMS a partir de la Alma Ata. A partir de ello, el proceso de *incorporación* se inició con la creación de lineamientos generales a nivel internacional que pronto significaron reformas en los marcos jurídicos de los diferentes Estados bajo el enfoque de interculturalidad. En estos años, estamos atravesando hacia la *legalización* que supone una mayor regulación de las prácticas médicas y del oficio de sus terapeutas.

¹⁷ En una visita al Hospital de Otavalo a principios del año 2014 tuve la oportunidad de hablar con un radiólogo que me mostró las instalaciones de la partera. Esta visita puede dar elementos para validar mi ejemplo sobre las tres consecuencias de la *incorporación* que menciona Modano. Transcribo fragmentos de mi diario de campo: “Hable con el doctor Carlos Moreira, traumatólogo (...). El doctor Moreira se mostró muy escéptico sobre la medicina tradicional en general, hizo la distinción entre la medicina fundamentada en la evidencia y la que no lo está. Señaló que lo rescatable de la medicina indígena es el uso de plantas, porque sus propiedades si están fundamentadas científicamente. En cambio, indicó que el resto de prácticas están guiadas por las supersticiones. (...) El doctor me comentaba que acudir a la partera es una decisión de la paciente y que ni el pediatra ni el ginecólogo sugieren que se haga. Se trata mas bien de no impedir que la paciente tome la decisión de usar medicina tradicional, pero cuando lo hacen tienen vigilancia de los doctores. (...) la partera debe pasar informes al ginecólogo, aunque estos últimos no tienen porque informarle a ella de sus prácticas.

Esta transición entre la *incorporación* y la *legalización* está ocurriendo bajo un modelo médico hegemónico biomédico, enmarcado dentro de un proyecto de salud global. En este sentido, que se denomine como antihegemónico a un proyecto de salud intercultural como el de Ecuador es discutible, puesto que se siguen los lineamientos hechos por organizaciones como la OMS o el BM que orientan sus acciones sobre la salud en términos económicos, aunque el discurso busque presentarlo como un bien común que debe ser gestionado fuera de todo interés económico y político. Por tanto, el Ecuador, al igual que otras naciones, adopta recomendaciones hechas por los organismos internacionales para generar transformaciones en sus sistemas de salud que en la práctica responden a la salud global.

La concepción de interculturalidad en salud manejada por el Estado supone también una *no conflictividad* entre medicinas, la cual se busca justificar como la promoción del dialogo entre diferentes, basada en el respeto y la igualdad, para lograr una situación de inclusión, simetría y equidad (MSPE 2008, 28). En este caso, la *no conflictividad* se justifica bajo los principios del Sumak Kawsay o Buen Vivir:

[El Sumak Kawsay] comprende un enfoque holístico ancestral, que pregona la salud como la armonía del ser humano consigo mismo, con su familia, la comunidad, con la naturaleza y fuerzas espirituales, que determinan y/o explican las limitaciones de la medicina científica experimental, u otras semejantes (MSPE 2010, 7).

El Sumak Kawsay, como anota Viola (2014), es ya de por sí una categoría omnipresente que está vacía de significado, convirtiéndose en “muletilla inofensiva, a la cual cada interlocutor pueda atribuir la connotación que le convenga” (Viola 2014, 68). De la misma forma, la interculturalidad -no sólo relacionada a la medicina- es utilizada como muletilla y como parte de todo discurso políticamente correcto, ocultando que en sí es parte de un discurso hegemónico de la clase dominante que la concibe como una convivencia pacífica, cuya intención es no cuestionar las desigualdades ni la supremacía de lo blanco-mestizo. Al respecto Breilh señala en una entrevista:

En salud, la visión hegemónica de la interculturalidad determina: la institucionalidad oficial acepta el "valor" de las terapias ancestrales, las asume, pero las inscribe y subordina a la lógica dominante que está muy influida por el modelo biomédico alopático. Y entonces vivimos la

contradicción de que celebramos la incorporación de estas terapias alternativas, pero no nos percatamos de que su modo de incorporación las limita y desnaturaliza. (Breilh 2010, 23).

Trouillot señalaba que la proximidad del Otro es un signo de diversidad, pero quien define la calidad de las relaciones es aquel quien no es este Otro, es decir, los individuos o grupos que no están categorizados dentro de una alteridad podrán definir la forma, naturaleza, y significado del contacto con el Otro (Trouillot 2011, 141). Este parece ser el caso del enfoque intercultural de la salud donde es la biomedicina la cual establece el tipo de relaciones que tendrán las medicinas tradicionales con el sistema de salud, las mismas que deben respetar el campo terapéutico de la biomedicina para evitar conflictos, aunque esta situación no ocurra a la inversa.

Vemos así que la interculturalidad surgió desde un punto de vista crítico, aunque posteriormente al ser incorporado por el Estado se convierte en un proyecto que busca la convivencia pacífica de las culturas sin criticar a las relaciones de dominación. El caso de la interculturalidad en salud no es diferente, pues si bien el Estado reconoce que en la sociedad hay una diversidad de tradiciones médicas utilizadas por la población (pluralismo médico), deja las estructuras de poder intactas y subordina a las otras medicinas. Esto se ha hecho porque la medicina tradicional busca ser insertada dentro de la salud global, la cual se enmarca dentro de un modelo médico hegemónico que se basa en la biomedicina. De esta manera, las medicinas tradicionales se homogenizan, puesto que deben dejar sus axiomas y mecanismos de validación por aquellos que dicta la salud global que responden a criterios económicos.

Veamos ahora que sucede con un tipo de medicina tradicional, la medicina popular urbana de hierbas de los mercados de Quito. Si seguimos lo esperado por el proyecto de interculturalidad en salud en el país, esta medicina debería tener todas las condiciones para articularse al sistema público de salud y, por tanto, a la salud global. Sin embargo ¿Qué pasa si esta medicina está fuera del espectro de la interculturalidad en salud y de la regulación del Estado? ¿Cómo se acomoda dentro de un sistema público de salud que exige a las medicinas tradicionales a incorporarse bajo parámetros diferentes a los propios?

Capítulo 3.

Los bordes de la zona gris: la tácita exclusión de las hierberas

La narración policiaca *La carta robada* de Edgar Allan Poe cuenta la historia de una misiva robada en las cámaras reales y que es utilizada para extorsionar políticamente a su propietario. El prefecto de la policía de París descubre quién es el ladrón, uno de los ministros, pero a pesar de todos sus esfuerzos no puede recuperar la carta y decide consultar al detective Dupin. El prefecto conversa con su amigo, pero no toma en cuenta las recomendaciones que le hace y allana la casa del ministro sin poder encontrar la carta. Sintiéndose vencido, el prefecto recurre nuevamente a Dupin quien en poco tiempo halla la misiva en cuestión. El detective revela más tarde que el documento no estaba oculto, sino a la vista de todos: en la repisa de la chimenea, dentro de un tarjetero junto a otras cartas.

Utilizaré la historia de Poe como una analogía de mi estudio de caso. El aprendizaje que puede obtenerse de relato es que en ocasiones hay cosas que están frente a nuestra vista y que ignoramos, incluso deliberadamente. Sin embargo, ignorarlas no significa que dejen de estar ahí, porque podrán seguir teniendo consecuencias en la realidad (por ejemplo, en el chantaje al personaje robado). En este sentido, en mi estudio de caso el prefecto de la policía de París sería el Estado ecuatoriano que aplica una interculturalidad en salud en el país que abarca a las medicinas tradicionales del Ecuador; mientras que la carta robada, ignorada aunque a la vista de todos, representa a la medicina popular urbana de las hierbas en los mercados de Quito.

En efecto, a pesar de que la salud global busca normar a las medicinas tradicionales a través de políticas de interculturalidad en salud aplicadas por los Estados, existen algunas que logran estar al margen de estas políticas, pero que no necesariamente operan de forma clandestina. Al contrario, son públicas pero actúan en los márgenes del Estado (la repisa en la chimenea) logrando así continuar su labor de atención de la salud. En este capítulo pretendo mostrar como la medicina de las hierberas actúa al margen, dentro de lo que llamaré una *zona gris*, es decir, un espacio casi al margen de lo legal. Es en este espacio donde a pesar de estar visible para las instituciones estatales y la interculturalidad en salud, es dejada de lado lo cual le permite continuar atendiendo a diario los requerimientos de salud de gran parte de la población quiteña, por tanto, es un espacio creativo, de resistencia, de despliegue de tácticas y estrategias que le permiten reproducirse y adaptarse a las ciudades; además de reinventar sus propios conceptos de enfermedad para atender a una mayor cantidad de población.

El capítulo tiene cuatro secciones. En la primera, a partir de mis observaciones, buscaré describir la cotidianidad de la atención de las hierberas en los mercados de Quito, donde asisten personas de todas las edades, clases sociales y nacionalidades. En la segunda parte, describiré cómo para la población y las instituciones las curaciones de las hierberas oscilan entre la charlatanería, la brujería y la herencia cultural. En la tercera sección, busco presentar a la medicina de hierbas y sus múltiples terapias que no solo se limitan al uso de hierbas, sino a otros elementos que son adoptados. Por último, describo la *zona gris* donde esta medicina se desarrolla y trato de explicar porqué sucede de esta forma, aquí discutiré en principio el porqué de mi elección de un concepto que se relaciona a la violencia directa para aplicarlo a uno de violencia estructural.

3.1 La medicina de las hierberas en la cotidianidad de la población quiteña

Terminaba de entrevistar a Marcela Cocha cuando Patricia Chicaiza salió del *puesto* y me hizo señas con la mano para que me acerque. Cuando estuve junto a ella me dijo en voz baja que yo podía entrar al *puesto* para ver a un paciente que había accedido a que conversé con él. Al entrar vi a un hombre, de menos de veinticinco años, sentado en una silla solo con los calzoncillos puestos y con una mirada tímida que denotaba vergüenza. El paciente tenía todo el cuerpo cubierto con manchas oscuras que le llegaban hasta el cuello. Patricia me dijo que era la segunda vez que le atendía y que tendría que haberle visto cuando la primera vez que vino porque era peor. Yo, perplejo porque no esperaba ese encuentro, asentí con la cabeza y pregunté al hombre cómo se sentía a lo cual me respondió que estaba mucho mejor. Luego de eso, Patricia con una sonrisa cómplice me dio a entender que debía salir de allí para que ella pudiese continuar con la *limpia*.

Una vez fuera, esperé que salga Patricia para hacerle unas preguntas y mientras tanto tomé notas en mi diario de campo sobre lo que veía:

Mujer blanca pasea por los puesto con una lista en la mano tratando de encontrar todos los productos. Compra en diferentes puestos porque no puede encontrarlos todos en el mismo lugar. Pregunta por alelí, retama, pata de yuyo. No consigue encontrar pepa de calabaza en uno de los puestos y se acerca a otro, pero no quieren vendérselo solo, sino con el resto de productos. Gloria Chicaiza me dice que la gente es envidiosa y que quieren obligar a comprar en un solo lugar, mientras grita dirigiéndose a la otra hierbera que venda las pepas a la mujer.

La mujer viene luego al puesto de Gloria y pregunta el por el jabón 7 poderes. Gloria le da lo que pidió y le dice que la gente es envidiosa, que prefiere no vender por su envidia.

Más tarde vienen dos mujeres indígenas con una lista (Carolina, la nuera de Patricia, me dice que son de Saraguro), preguntan por cuáles hierbas se usan para la escoba amarga (usada en las limpias) a lo cual Carolina les dice que allí ya la tienen armada y se las muestra. Una de las mujeres mira el manojito de arriba abajo y lo guarda en la bolsa, pregunta también por flor de nabo silvestre a lo cual Gloria contesta que no tiene, pero que pueden conseguirlo en un puesto de verduras que queda en la otra sección del mercado y describe a una vendedora que deben buscar ahí. Las mujeres hablan entre sí en kichua por unos minutos y luego preguntan cómo deben hacer para limpiar una casa. Gloria les comenta que pueden llevar hierbas para baño y con eso trapear el piso, también que pueden barrer la casa o sahumear (Diario de 2015, San Roque, 11 de mayo.)

Mientras terminaba de tomar notas en mi diario, Patricia salía de su *puesto* y unos segundos más tarde lo hizo el hombre que estaba curando. El joven llevaba puesto una sudadera y escondió su rostro poniéndose la capucha sobre la cabeza. Noté entonces que también tenía en la cara unas manchas como las de su cuerpo, aunque menos oscuras y notorias. Patricia guardaba hierbas en una bolsa, mientras le indicaba cómo prepararlas, el hombre escuchaba lo que ella le decía asintiendo en silencio. La hierbera entró al *puesto* para buscar algo y aproveché esos segundos para conversar con el paciente, a quien vi avergonzado por mi presencia. Le pregunté cómo se sentía luego de la *limpia* a lo cual me contestó que mucho mejor, porque los médicos que visitó no le habían podido decir que tenía. Me comentó que ya llevaba gastado casi 3000 dólares entre el hospital, las pastillas y las inyecciones que le habían recetado para curarse, pero que allí en el mercado por fin notaba resultados. Patricia salió en ese momento, entregó la bolsa al joven y le dijo que le esperaba para el siguiente mes para otra *limpia*. Después de que el hombre se fue, Patricia me comentó que cuando el joven llegó tenía el cuerpo lleno de granos y que todo se debía a una brujería que le habían hecho, un *amarre* en un cementerio. Me dijo también que pudo ver el problema cuando diagnosticó al hombre con el cuy y que, luego de la primera *limpia* hecha más o menos el 28 de marzo, observaba que su cliente estaba mucho mejor. Además, aparte de las hierbas, me dijo que le recomendó que se haga poner un suero porque tenía las defensas bajas.

Un par de semanas antes, el 28 de abril, llegué al mercado San Francisco aproximadamente a las 8 de la mañana. A pesar de la hora, había más movimiento que de costumbre porque era

martes, uno de los días en que se aconseja hacerse una *limpia* (el otro día es el viernes).

Transcribo parte de mi diario de campo de aquel día:

Hoy hay más movimiento en San Francisco. Hay mucha gente con niños que se acerca a los *puestos*. Los de doña Nelly y doña Mercedes son los que más personas tienen esperando. La gente parece ser de todas las clases sociales, hay gente mayor y joven. Más mujeres que hombres. Hay niños pequeños en brazos y otros más grandes. Parece ser la sección con mayor movimiento del mercado. (Diario de campo, San Francisco, 28 de abril de 2015).

Aquel día fui invitado por Mercedes Correa a mirar la *limpia* a los niños. Las *limpias* por lo general son terapias privadas, solo pudiendo estar presentes personas que autorice el enfermo. Con infantes, sin embargo, hay mayor facilidad, pues las mismas hierberas invitan al visitante a presenciar la terapia. Los niños y niñas por lo general contraen el *espanto* que consiste en que tienen vómitos y fiebre cuando se asustan por algo. También está el *mal de ojo* que ocurre cuando una persona mayor tiene “una mirada fuerte” que hace que el infante se enferme, causándole fiebre y escalofríos. En ocasiones, puede darles el *mal aire* que, según me explicaron, es un viento que se presenta como malos olores en el ambiente y que incluso puede enfermar a las embarazadas. En un grupo focal que hice con una familia quiteña de clase media que vive cerca de los mercados desde hace tres generaciones se habló sobre el *mal aire*:

En este momento, estamos practicando eso de creer o no en las malas energías. Es decir, ahorita si nosotros hablamos del sereno, por ejemplo, nosotros decimos que aquí hay una bebé y de hecho nosotros tratamos de meter la ropa para que no le dé el sereno. Es decir, es una práctica antigua, antigua y en eso se basa el *mal aire* [interviene la Sra. García] No, en el caso de la ropa de los recién nacidos ¿Que decían antes? Al menos mamá decía eso, que el momento en que le da el sereno, o sea que le coge pasada las seis de la tarde ese aire, entonces a la bebé la va a dar frío, le va a dar diarrea, le va a dar vomito. Entonces las abuelitas siempre decían que la ropa de los niños tiene que cogerse antes de las seis de al tarde (Grupo focal, en conversación con el autor, 8 de junio de 2015).

Luz María Pallo me habló de la *ralipa* una enfermedad que contrae la criatura cuando está cerca de una persona que tuvo relaciones sexuales, generando así una energía que puede hacer enfermar:

Viene de la persona que viene haciendo el amor (...) eso ha sido fregado. *Wawas...* chicas, jóvenes ... y están con hombre, eso le pega a los *wawitos* y eso se llama *ralipa* (...) Uno se pasa por la calle, a veces en familia, pero como ahora no hay respeto van por donde quieran a revolcar, entonces eso les pegan (Luz María Pallo, en conversación con el autor, 14 de abril de 2015).

Mercedes estaba ocupada en ese momento, haciendo una *limpia* a una niña de unos 7 años acompañada por su madre. Mercedes me comentó unos minutos más tarde que la niña acude desde muy pequeña, por lo cual ya está acostumbrada a las *limpias*. Cuando se termina la terapia, Mercedes tomó algunas hierbas y se las dio a la madre, explicándole cómo usarlas. Cuando la paciente se marchó, la hierbera me preguntó porqué no tomé fotos de la *limpia* a lo cual respondí que no tenía permiso de la madre. Mercedes me dijo entonces que lo hiciera con el siguiente niño.

La fila era larga y muchas personas esperaban con bebes y niños un poco más grandes. La siguiente era una mujer con una niña que no tenía más de tres años. La saludé para luego decirle que estaba haciendo mi tesis y si me permitía sacar fotos sin tomar el rostro de su hija. La mujer accedió un poco desconcertada por mi pedido, mientras Mercedes comenzaba la *limpia* pasando el huevo por el cuerpo de la niña. A continuación le restregó un manojito de hierbas y la niña comenzó a llorar, lo cual nos puso nerviosos a mí y a la madre que me observaba de reojo mientras tomaba las fotografías. Luego Mercedes bebió un sorbo de un liquido que tenía en una botella, alzó a la niña y le dio el *soplo* en el pecho y en la espalda, logrando que el llanto de la niña se convirtiese en gritos de desesperación. Cuando Mercedes hubo terminado, dio las respectivas plantas e instrucciones a la madre y encendió un incienso que hizo humear para disipar las malas energías. Apenas tuvimos tiempo para conversar, pues casi de inmediato entró una muchacha de unos 16 años buscando una *limpia* de la cual ya no fui testigo.

A diario, decenas de clientes visitan los mercados de la ciudad, no solo para comprar productos para el hogar, sino también para hacerse atender con las hierberas. Los días martes y viernes hay mayor afluencia de gente y en muchas ocasiones tuve que esperar por horas para tener un tiempo para hablar con las señoras. Debo decir que en mi tiempo en campo vi gente de toda condición social, etnia y de varias nacionalidades, como cubanos y colombianos. Quizás dos de las experiencias que me llamaron más la atención fue la visita de

una mujer en gestación y de una madre con su hija enferma (relataré esto más adelante) porque son casos que en general uno esperaría –al menos con una mentalidad occidental como la mía- que deben ser atendidos en hospitales y no en un mercado. Sin embargo, esa es la realidad en los mercados de Quito donde se desenvuelve esta medicina popular urbana: miles de personas acuden a diario en busca de mejorar su salud pues no encuentran solución en la biomedicina. Sin embargo, a la vez hay un temor hacia las terapias al considerarlas brujería o que pueden dañar la salud.



Mercedes Correa *limpiando* a una niña. Fuente: Archivo personal

3.2 Las hierbas y otras terapias múltiples

Las terapias con hierbas están ampliamente documentadas en una diversidad de literatura que se ha producido. Solo por mencionar algunos ejemplos tenemos los trabajos de Ruiz Saona (2006), Cerón (1993; 1994; 1995; 1998), Ríos (2007), Ríos et al (2009) o Hermida Piedra (2009). Durante mis visitas a las hierberas me comentaron sobre los usos de cada planta como la *chuquiragua* que sirve para tratar el colesterol alto, quemar grasa o limpiar la sangre; el *matico* para los granos y las heridas; *casamarucha* para la próstata; la *flor de nabo silvestre* para fortalecer los huesos luego del embarazo; *taraxaco* para depurar la sangre; la *ortiga* para el reumatismo; y muchos más usos que se pueden dar a las plantas, a veces combinándolas o dependiendo de su forma de administrar: en infusión, emplasto combinadas con otras hierbas y productos. Las propiedades de las plantas están documentadas y los estudios sobre ellas se realizan desde la época colonial.

Sin embargo, este tipo de medicina popular urbana no solo se limita al uso de plantas, sino que son usadas en otras terapias que involucran elementos como animales y diversos productos. Por ello, después de observar a las hierberas, me atrevo a hacer una clasificación de sus terapias: físico, psicológico y espiritual. El físico tiene que ver con el uso de hierbas para una dolencia específica que incluso, aseguran las hierberas, pueden curar enfermedades que la medicina convencional no puede como el cáncer como decía Miriam Yáñez: “Médicos no curan, pero como no se curan [los enfermos] hay plantas que son contra el cáncer. Hay testimonios de curación con las plantas” (Miriam Yáñez, en conversación con el autor, 24 de abril de 2015).

Los usos psicológicos tiene que ver con todas las dolencias relacionadas a los nervios y fundamentalmente el estrés, palabra clave que es repetida por las hierberas porque se le atribuye que genera otros males físicos. La terapia aquí puede combinar el uso de hierbas en infusiones (por ejemplo, la valeriana), pero además otros usos como los baños con hierbas o con flores, donde los primeros sirven contra las malas energías y las últimas para atraer la suerte en los negocios o en el amor.

El tercer uso, el espiritual, se presenta sobre todo a través de las limpias. Estas sirven para limpiar al cuerpo de aquella mala energía que hace enfermar al paciente, energías causadas por diversas razones, pero principalmente por causas extra naturales como el *espanto*, el *mal aire*, *mal de ojo* y la hechicería. Los dos primeros, no necesariamente son provocados y el

paciente es proclive a adquirirlos, por ejemplo, el *espanto* puede ocurrir cuando una persona es asaltada: se quedará temerosa y eso podría desencadenar malestar y enfermedad. Por su parte el *mal de ojo* y la hechicería son usualmente provocados por la envidia (el primero) o por intenciones directas de hacer daño a alguien (hechicería).

San Roque es conocido entre la gente por ser uno de los lugares en la ciudad donde uno puede hacerse una *limpia* con *cuy*. Las hierberas suelen comparar esta práctica con una radiografía, porque permitirá identificar si la enfermedad surgió por causas naturales, si es producto de un embrujo e incluso si es el doctor quien debe curar:

[Gloria]Después de que al paciente le limpiamos, luego le hacemos vestir y ahí le hacemos la radiografía (...) entonces ahí le hacemos la como dice el doctor la tomografía, entonces nosotras también le hacemos igual a través del *cuy* [Patricia] Ahí se ve todo, todo, destapa. O sea, los doctores son diferentes, nosotros en el animalito porque eso en el antepasado había, había las tradiciones las costumbres (...) sale la maldad, ahí mismo muestra las maldades, se muestra o sea, cuando las personas están mal, mal mismo entonces sale amarre en el mismo *cuy*, sale hechicerías y cuando es de doctor también sale lo mismo (Patricia Chicaiza y Gloria Chicaiza, en conversación con el autor, 25 de mayo de 2015).

Cierto día estaba conversando con una clienta que esperaba que Gloria Chicaiza termine con otra paciente. De repente, Gloria me hizo señas para que me acercara hacia ella, luego me dijo en voz baja que estaba por usar el *cuy* y que yo podía entrar a mirar. Las dos condiciones que me pidió eran quedarme callado y sacar fotografías sin flash. La terapia comenzó con Gloria pasando el *cuy* inconsciente por el cuerpo de la enferma para luego hundirlo en agua por unos segundos hasta que murió. A continuación, tomó un cuchillo y le cortó la piel del lomo para luego retirarla completamente. Tras terminar, nos indicó que cada parte del cuerpo del animal correspondía al cuerpo de la paciente, cortó la panza, miró las entrañas y dijo que había problemas en el hígado, pero que el corazón estaba sano. A continuación sacó la hiel, me la mostró y dijo “¿Ve esa pequeña telita ahí dentro Don Mario? ¿Esa que está flotando que parece como una nube? Eso significa que es brujería”. A continuación me pidió que salga del lugar tenía que conversar con ambas mujeres.

Al cabo de media hora la paciente salió del *puesto* ayudada por su madre, una señora mayor que caminaba con dificultad. La hierbera se acercó para comentarme que la paciente tenía

discapacidad mental, pero que además la habían embrujado, por lo cual tendría que hacerle tres limpiezas con conejo. Gloria le dijo a la madre que yo iba a hacerle unas preguntas para mi tesis a lo cual accedió. La señora dijo que hace tiempo su hija comenzó a bostezar mucho y que pronto vinieron dolores en la cabeza. Decidió entonces que debían ir al médico, pero éste les recomendó hacer una resonancia magnética para saber el problema. Las mujeres fueron a hacer la reserva para el examen, pero tuvieron que esperar tres meses para que les llegue el turno, mientras los dolores continuaban. Cuando el diagnóstico fue hecho éste no convenció a la madre: “Era el lado izquierdo [de la cabeza], me decían”. Ella consideraba que el doctor no les estaba ayudando, por lo cual decidió probar en San Roque con las *limpias*. Me dijo que tendría esa era la primera y que tendría que volver en dos meses porque hacer la siguiente terapia.

Sobre lo narrado anteriormente destaco dos aspectos. El primer aspecto a destacar es que existen conocimientos entre la población urbana de terapias tradicionales que son aplicadas como alternativas a la biomedicina. Estos conocimientos forman parte del modelo médico de autoatención que son utilizados por los usuarios en como alternativas a la biomedicina. En el caso narrado la madre sabía hacer *limpias* y las hizo cuando consideró que la terapia que hacía con su hija no tenía resultado alguno. Esto año debe llamarnos la atención porque conocimientos como estos continúan circulando en las familias y son más comunes de lo que podría esperarse. Por ejemplo, Paola, estudiante ecuatoriana de maestría me comentó que su madre hace *limpias* en su familia contra el *espanto* y el *mal de ojo*:

Cuando estábamos *espantados* o con *mal de ojo*, que es lo que mi mami nos decía cuando estábamos así como...o sentíamos una fatiga y no sabíamos que era, pero estábamos pálidos, teníamos vomito, cosas así. Entonces mi mami cogía, nos pasaba un huevo y luego de eso tenía siempre un preparado de alcanfor con ruda y alcohol. Y ese preparado es el que ella nos soplaba encima y con eso nos limpiaba. Y el huevo lo ponía en un vaso con agua y ella decía que si flotaba una cosita estábamos con mal de ojo y sino no. Pero efectivamente nosotros sentíamos una mejoría prácticamente al instante después de que ella nos hacía eso (Paola Viera, 2 de junio de 2015).

Lo que indique anteriormente tiene relación con el segundo aspecto que quiero destacar. Cuando los pacientes no nos sentimos a gusto con el médico: “Los médicos no tiene paciencia, le dan un susto al paciente” (Gloria Chicaiza, en conversación con el autor, 8 de

abril de 2015); o no hallamos una respuesta en la biomedicina solemos buscar alternativas para curarnos, utilizando así terapias de los tres modelos médicos (hegemónico, subordinado y autoatención). Esto significa que tomaremos diferentes decisiones concernientes a las acciones que haremos para poder curarnos, lo cual significa que trazaremos nuestro *itinerario terapéutico* particular, que podremos iniciar tomando algún remedio casero que aprendimos de nuestros padres, luego ir al biomédico si vemos que no mejoramos, quizás al homeópata, tomar algún producto natural que alguien nos recomienda, asistir a una iglesia donde nos dijeron que se curan enfermedades, tomar unas clases de biodanza, etc. Las posibilidades para curar nuestra enfermedad se despliegan como un verdadero abanico que hará que atravesemos por verdaderos *laberintos de la curación* (Loza 2008).

Entonces, hay un uso extendido de esta medicina popular urbana, donde los pacientes acuden para curarse de diferentes tipos de enfermedades. De la misma manera, muchas familias tienen conocimientos sobre terapias ancestrales que son utilizadas por lo cual los itinerarios terapéuticos suponen la autoatención, el uso de una medicina subordinada (tradicional o alternativa) y a la vez usar la biomedicina, la cual muchas veces es considerada como ineficaz frente a enfermedades que son causadas por vías no naturales, lo cual puede hacer también que se tema no solo estas enfermedades, sino a quienes la practican.

3.3 Las curaciones con hierbas ¿charlatanería, brujería o herencia cultural?

Son muchas personas las que consultan y siguen terapia con las hierbas. Por lo general, dicen no encontrar una solución con la biomedicina y las hierbas conocen esta situación:

Entonces las personas que ya vienen dicen el doctor no me hace bien. O sea, yo tuve hasta incluso el otro año me dio por ir al hospital Baca Ortiz a sacar a una niña que tenía esto de los riñones, entonces estaba ya en quimioterapia la niña. Me llevaron a Jama de Pedernales, entonces le curé. Ahora la niña esta bien, sino lo que tenía es *mal oculto*, nosotros lo que decimos en el *cuy mal oculto*, o sea tenía brujería (Patricia Chicaiza, en conversación con el autor, 9 de abril de 2015).

Sin embargo, hay también personas que no creen en sus terapias y que consideran que lo que hacen es charlatanería. Sobre las hierbas no hay discusión, porque se cree en sus beneficios para la salud porque, al fin y al cabo, la biomedicina ha hecho estudios que dan cuenta de sus propiedades. Cuando estuve preparando un programa radial sobre las hierbas, se me ocurrió

que podía pedir a algunas personas en la universidad que hagan preguntas para hacérselas a las señoras. Casi todos a los que pregunté estaban más o menos familiarizados con la labor que hacían, pero noté que si bien las propiedades de las plantas no se cuestionaban, si lo hacían con las *limpias* y otras terapias. Algunas personas se sonreían cuando les comentaba sobre los *baños amargos* y los *dulces* o sobre el uso del cuy. Una compañera me dijo que unos amigos le contaron que se hicieron unas *limpias* y que le recomendaron no ir porque era un engaño.

En todo caso, las hierberas tienen una respuesta concisa para todas aquellas personas que no creen en lo que hacen: si no se tiene fe, no se va a lograr curar. Cuando alguien quiere hacerse atender con ellas siempre recomiendan tener fe en su labor, caso contrario la terapia no tendrá ningún efecto. De hecho, en varias oportunidades le dije a Patricia Chicaiza que quería que me haga una *limpia* con cuy, pero ella se negaba amablemente diciéndome que me lo podía hacer, pero que yo tenía que creer o sino no serviría de nada. En todo caso, como explicaré más adelante, cuando alguien no se cura o la terapia le ha empeorado, las hierberas suelen decir que la persona que lo hizo no sabe curar. Por ello, por lo general quieren dejar claro al paciente que curan porque quieren ayudar antes que solo por ganar dinero: “Trabajamos a la voluntad del señor. Nuestro lema no es hacer dinero, nuestro lema es sanar” (Gloria Chicaiza, en conversación con el autor, 16 de abril de 2015).

Frente a los escépticos, están también aquellos que están totalmente convencidos de las habilidades curativas de las hierberas. Sin embargo, en este grupo de personas hay algunas que creen que las hierberas tienen nexos con artes oscuras, por lo cual pueden llegar a condenar a su labor. Por este motivo, las mujeres insisten en que se sepa que sus terapias se basan en la religión católica para enfrentar el estigma sobre que son brujas y que hacen mal a la gente. Ellas reconocen que hay personas que tienen capacidad de hacer enfermar a la gente, pero niegan ser como ellas. Cuando pregunté a Patricia Chicaiza sobre cómo saber si una bruja daña o no a las personas me dijo que debo diferenciar entre una *bruja* que no hace maldades y una *hechicera* que si lo hará. Unos cuantos días después me dijo que ella aprendió brujería, pero que es una *bruja blanca* que ayuda a las personas y que tiene protección de San Gabriel Arcángel, San Gregorio y de la Virgen María.

El estigma de la brujería ocasionó incluso problemas dentro del mismo mercado, por ejemplo cuando en San Roque se corrió el rumor de que el antiguo administrador era evangelista y que

iba a prohibir las curas con cuy. Las dificultades incluso pueden darse a nivel familiar, porque algunas hierberas me comentaron que sus hijos no siempre creen lo que hacen e incluso las condenan por hacerlo. Amparo Lugmaña, por ejemplo, me hizo apagar la grabadora y me contó afligida que sus hijos tenían vergüenza de decir que ella era una hierbera, además su marido se opuso por un tiempo a que siga ejerciendo su profesión. La situación es distinta ahora, pues sus familiares se dieron cuenta que ella contribuía a mantener su hogar. De la misma forma, Paola, hija de Gloria Chicaiza, me dijo que desaprobaba las *limpias* que hacía su madre, porque las consideraba “cosas oscuras”. Ella es evangelista, por lo tanto no está de acuerdo con muchas de las creencias de su madre. Paola, sin embargo, sabe para que sirve cada planta y ayuda a su madre de vez en cuando, además tiene un *puesto* en el mercado donde sirve aguas medicinales desde muy temprano en la mañana.

Además de ser escéptico o crédulo con la medicina popular urbana de los mercados de Quito, existe también una posición de considerarla una herencia cultural de la ciudad que debe ser conservada. Instituciones como el Instituto Metropolitano de Patrimonio (IMP) tienen interés en que el trabajo de las hierberas se conserve por lo cual realizaron una publicación y un video cuyo objetivo era identificar prácticas de medicina ancestral en el Distrito Metropolitano de Quito. La publicación y el video denominados *Medicina ancestral: saberes para curar el cuerpo y alma* (Moscoso 2013) presentan a cuatro tipos de terapeutas que podemos encontrar en la ciudad: hierberas, sobadores, curanderos y curanderas, y parteras; mostrando así que aún hoy podemos encontrar diferentes tipos de medicina popular urbana. La autora, Lucia Moscoso, me comentó que el proyecto contemplaba muchas más acciones que solo la identificación. Sin embargo, el cambio de gobierno municipal impidió continuar con este proyecto.

Fue un estudio, motivo de una consultoría, en tiempo del Alcalde Barrera. El Alcalde Barrera es médico y como él es médico le interesaba muchísimo hacer una recuperación de información de los sanadores del distrito metropolitano y él tenía pensado una ordenanza de protección contra él (Lucia Moscoso, en conversación con el autor, 8 de julio de 2015).

Además, me dijo que se habían identificado en la ciudad más terapeutas en una segunda fase del proyecto, pero que ya no se pudo trabajar con ellos:

Hay muchísima mas gente, lo que pasa es que nosotros no avanzamos más a otras fases de investigación. Nosotros hicimos una primera fase de educación con unas 40 gentes, en la segunda fase encontramos 20 más y logramos hacer el video y libro, y teníamos programada una tercera fase (Lucia Moscoso, en conversación con el autor, 8 de julio de 2015).

En cuanto los criterios de selección, la autora señaló que se seleccionó a las personas a partir de poseer conocimientos que les fueron transmitidos oralmente y por generaciones:

Vimos que hay puestos que hay en los mercados que ha ocupado la abuela, la madre, la hija (...) y eso es lo que les convierte en patrimonio inmaterial. Patrimonio inmaterial no es la persona que ahorita aprende y dice yo... patrimonio inmaterial se hereda (...) ese es el criterio que se maneja a nivel mundial (...) tienen que ser transmitidas con oralidad y de generación y generación (Lucia Moscoso, en conversación con el autor, 8 de julio de 2015).

Las personas seleccionadas en este trabajo fueron premiadas en el mes de julio del 2015 en instalaciones del Museo de la Ciudad. Se les entregó un diploma emitido por el Municipio, se presentó el video y también se organizó una pequeña feria donde tres hierberas, Gloria Chicaiza, Patricia Chicaiza (ambas de San Roque) y Nelly Pichucho (San Francisco), ofrecieron hierbas medicinales y *limpias* a los asistentes. Mientras conversaba con Gloria llegó una familia al museo quienes venían de San Roque para encontrarla porque querían una *limpia* para el marido. Gloria le hizo la *limpia* al hombre mientras el resto de la familia esperaba a que saliera. Vi también que Nelly hizo al menos un par de *limpias* mientras su hija seguía indicando a los visitantes que plantas tenían y para qué servían. La fama de estas hierbas explica también porque el IMP quiso hacerles el reconocimiento.

El año 2011 el Gobierno Municipal de Quito y la Universidad Politécnica Salesiana publicaron también un trabajo denominado *Por los senderos del yachak, espiritualidad y sabiduría de la medicina andina* (Guerrero y Herrera 2011). Este libro es una iniciativa de la Secretaria de Inclusión Social del Distrito Metropolitano de Quito que consiste en un diagnostico participativo de las organizaciones de curanderos en la ciudad. Dentro de los objetivos de este trabajo está la revitalización de los conocimientos ancestrales, sus significados y sus prácticas, aunque el principal objetivo fue generar propuestas que sirviesen para establecer el sistema nacional de salud intercultural (Guerrero y Herrera 2011, 12). Destacan en este interesante estudio una categorización que se hace de la medicina popular

urbana en cinco áreas: herbolaria, ginecológica-obstétrica parvularia (parteras), energética (manejo de energías, vinculado a las *limpias*), quiropráctica (sobadores), y espiritual y psicológica. También destaca una identificación de lugares sagrados de las curaciones dentro o cerca al municipio y una clasificación de los usos de las hierbas.

Si bien ambos estudios presentan datos interesantes y constituyen un encomiable esfuerzo por preservar y potenciar los conocimientos ancestrales de medicina que existen en la ciudad, presentan también limitaciones que detallaré a continuación. Mi primera observación es que son iniciativas concretas que no forman parte de una planificación a largo plazo. María Fernanda Tanai, consultora del IMP, me señaló que a pesar de que la investigación se culminó el año 2013, recién fue incluida para su culminación durante el 2015. Cuando se realizó la consultoría se tenía previsto publicar el libro en físico, pero la falta de recursos hizo que se decidiera publicarla como libro electrónico. Lo que si se presupuestó fue el acto de premiación que se realizó en el Museo de la Ciudad, aunque la consultora me comentó la dificultad que supuso retomar contacto con las personas y que incluso algunas fallecieron. En todo caso, no se tiene prevista ninguna otra acción al menos para el año 2015, porque no hay presupuestada ninguna otra actividad que implique temas de salud popular urbana.

La investigación encargada por la Secretaria de Inclusión del Distrito Metropolitano tampoco tiene como prioridad continuar con el tema, pues ya tiene sus fondos y proyectos dedicados a otros áreas para este año. Un funcionario de la Secretaria de Salud del Distrito Metropolitano, el doctor Iván Manzano, me dijo que esta oficina no tiene planificada ninguna actividad específica con medicinas de las hierberas, al menos para el año 2015. A su juicio, esta medicina continuará atendiendo las necesidades de la población por mucho tiempo más, aún a pesar de que las instituciones intervengan o no: “Estas medicinas ancestrales de los abuelos. Eso va a estar ahí” (Iván Manzano, en conversación con el autor, 24 de abril de 2015).

Mi segunda observación es referida al enfoque utilizado por el INP para su investigación que se enmarca dentro de una política global de conservación del patrimonio. La publicación y lo indicado por su autora señala que la investigación se hizo como parte del proyecto de preservar los conocimientos sobre medicina de estas personas. El trabajo realizado se enmarcó así bajo la *Convención para la salvaguardia del patrimonio cultural inmaterial* promulgado por la UNESCO el año 2003 que entiende por patrimonio cultural inmaterial a:

(...) los usos, representaciones, expresiones, conocimientos y técnicas -junto con los instrumentos, objetos, artefactos y espacios culturales que les son inherentes- que las comunidades, los grupos y en algunos casos los individuos reconozcan como parte integrante de su patrimonio cultural. Este patrimonio cultural inmaterial, que *se transmite de generación en generación*, es recreado constantemente por las comunidades y grupos en función de su entorno¹, su interacción con la naturaleza y su historia, infundiéndoles un sentimiento de identidad y continuidad y contribuyendo así a promover el respeto de la diversidad cultural y la creatividad humana. (UNESCO 2003, 2)

Esta convención fue ratificada por Ecuador a través del Decreto Ejecutivo 871 del 2008. La investigación se realizó entonces tomando como parámetros lo indicado por una organización internacional que busca preservar estos conocimientos. Sin embargo, si bien la conservación de las medicinas es un objetivo necesario para asegurar que continúen sus conocimientos ancestrales, el enfoque solo se limita a protegerla como un objeto cultural más, restándole el rol que tiene en la salud de la población. En efecto, más allá de la investigación realizada y de la premiación a algunos terapeutas, el objetivo de integrar a estas medicinas al sistema de salud no está contemplado.

En el caso de la investigación realizada por la Secretaría de Inclusión del Distrito Metropolitano debo destacar lo valioso de los datos recogidos en los talleres que se organizaron para hacer el estudio, además que su intención por “instituir un sistema nacional de salud intercultural” (Guerrero y Herrera 2011, 12). Sin embargo, las dos críticas que hago a esta iniciativa son que considera a estas medicinas y sus terapias solo de procedencia indígena ecuatoriana, cuando en realidad las hierbas incorporan otras técnicas que pueden venir de diversos sectores de conocimiento de la salud. Este enfoque indígena hace que el de la medicina popular urbana pierda su particularidad y se diluya en lo indígena, por lo cual casi no hay referencia alguna al uso de productos que no son considerados tradicionales. Además, más allá de haber sido un espacio de recuperación de saberes y diálogo entre terapeutas, esta actividad tampoco tuvo continuidad ni una réplica en la Secretaría de Salud del Gobierno Municipal.

¹ El subrayado es mío.

3.4 Las hierbas en el borde de la zona gris

El interés por las medicinas tradicionales y, en ciertos casos, por la medicina popular urbana no significa que estas gocen del total reconocimiento por el sistema de salud pública del país. Como mencione anteriormente, el Ecuador ha tenido transformaciones en su legislación que buscan integrar a las medicinas ancestrales a la salud pública, planes que también se reflejan en los lineamientos de las organizaciones internacionales vinculadas a la salud. Sin embargo, la salud popular urbana de hierbas en los mercados de Quito está lejos de formar parte de este sistema y, aun más, se encuentra en una *zona gris* que recibe atención del Estado pero que a la vez no está al margen de este.

Mi pregunta tanto a hierberas como a los administradores de los mercados fue ¿Quién autoriza cuales hierbas pueden venderse y cuáles no? Ante lo cual me miraban con algo de estupefacción antes de contestarme porque la pregunta era tramposa y la respuesta una perogrullada: nadie lo hace porque equivaldría a preguntar quién autoriza a que se venda una verdura cualquiera. Por supuesto, hay ciertos estándares que se deben observar, por ejemplo, que el producto no este en mal estado, pero eso no significa que se tenga que preguntar si se puede o no traer manzanas, tomates o cualquier otro vegetal. De esta forma, las hierberas traen y venden sus productos porque, como dijo Galo Moreno, uno de los inspectores del mercado San Roque, estos productos son tradicionales y son vendidos porque la gente sabe para que sirve. Al igual que un tomate o una manzana (continuo con el ejemplo) la gente que vende y la que consume sabe para que se usa un determinado producto, por tanto, no se hace necesario que exista alguien que observé que productos se ofrecen.

En una entrevista colectiva que hice en la Dirección de Salud Intercultural del Ministerio de Salud Pública me explicaban que sí existe un control, pero éste ocurre cuando el producto es procesado. Aquellos productos que sufren alguna transformación deben contar con un registro sanitario para poder ser comercializados, caso contrario los que los producen corren el riesgo de ser multados. En el caso de las hierbas, sus plantas no tienen ningún proceso y las recetas que combinan varias hierbas o las formas de preparación (infusión, emplasto) no se consideran como procesos que necesiten contar con un registro sanitario. Los otros productos que usan, como jabones y aceites, no son procesados por ellas, sino que los compran y ya tienen registro sanitario, aunque provengan de otros países. Como vemos, sobre las terapias con hierbas que hacen estas mujeres no necesitan de ningún control directo el Estado.

Mi siguiente pregunta a los administradores era ¿Qué pasa cuando se introducen nuevas hierbas? ¿Quién vigila eso? En general se me contestaba que eso no era un problema, porque las mujeres ya saben usar las hierbas, gracias a sus conocimientos ancestrales. Además, se me aclaraba que ellas están conscientes de que hierba pueden o no vender, es decir, dando un ejemplo un poco extremo: una hierbera no vendería marihuana, porque sabe perfectamente que eso es ilegal. Esta última idea también se presentó cuando hice la pregunta a las hierberas, porque me decían que ellas conocen las hierbas que venden, que las nuevas que introducen es porque las piden los clientes y que en ocasiones algún vendedor las ofrece, previa explicación de sus propiedades. Quizás un ejemplo de esto es la *chia*, semilla originaria de Centroamérica que ha cobrado notoriedad en los últimos años por las propiedades alimenticias de sus semillas.

De esta forma, la administración de los mercados vigila que las hierberas utilicen el uniforme, que no excedan los límites de sus puesto, que tengan los pasillos despejados, que mantenga la limpieza del *puesto* y que los productos a la venta estén frescos. Estos requisitos tendrán mayor o menos exigencia dependiendo del mercado, por ejemplo, en San Francisco y Central hay un mayor control sobre estos aspectos, mientras que en San Roque es menor. Pero en sí, no hay un control directo sobre las hierbas que usan las mujeres en sus terapias, porque se considera que ellas saben usarlas gracias a sus conocimientos ancestrales.

Cuando pregunté sobre otras terapias, por ejemplo, el uso de cuy, los baños o las combinaciones de hierbas que se preparan, la respuesta fue casi la misma: son tradiciones que se hacen por generaciones, por lo tanto no es necesario un control. Sin embargo, esto no quiere decir que no exista cierta regulación que por su ambigüedad no tiene efecto aparente. La Ordenanza Metropolitana 0253 en su artículo 29, inciso i, menciona que la suspensión temporal ocurre n por “Practicar ritos, magia o hechicería en el puesto o en las instalaciones del mercado, exceptuándose las prácticas de medicina natural en puestos autorizados para el efecto.” (Municipio 2010, 26). Cuando pregunté a Fabián Sevilla, funcionario de la Dirección de Mercados, Ferias y Plataformas del Distrito Metropolitano de Quito, si las *limpias* no entran en estas categorías no supo responderme y mencionó la dificultad para aplicar este artículo. En todo caso, esta norma puede ser una amenaza por no aclarar cuales son estas prácticas que deberían ser penalizadas. Sevilla también dijo algo que aclara porqué las hierberas están en una *zona gris*: se las considera vendedoras como cualquier otra, por lo cual el municipio les da permiso para que vendan productos.

A nivel estatal, la Dirección de Interculturalidad en Salud del MSPE es la encargada de ejecutar acciones y establecer políticas para integrar a las diferentes tradiciones médicas al sistema de salud público del Ecuador. Sin embargo, no me mencionaron ningún proyecto específico que incluya a las mujeres terapeutas de los mercados ni tampoco coordinaron acciones con alguna de las instituciones que si lo hicieron en algún momento como el INP. De hecho, según me comentó uno de sus funcionarios, la oficina no trabaja en el ámbito urbanos, aunque considera que ese sería uno de los campos para intervenir en el futuro.

En general, la *Dirección de Interculturalidad en salud* tiene como uno de sus principales temas de intervención en la *adecuación cultural de la atención del trabajo de parto, parto y posparto* lo cual significa que en algunos hospitales atiende una partera como alternativa al parto biomédico. Estos procesos presentan problemas y desafíos como señala una consultoría de diagnóstico donde se observa que falta personal capacitado, infraestructura propia para los partos interculturales y desinformación en la ciudadanía sobre este servicio. Este diagnóstico resalta, sin embargo, que hay experiencias que destacan para ser tomados como ejemplos como el Hospital de Otavalo, el Centro de salud-materno infantil Francisco Jácome o el Centro de salud N1 ubicado en el Centro Histórico de Quito (Brandao y Moral 2014).

Esto significa que en la interculturalidad en salud del Ecuador es un proceso con diferentes relaciones. Por un lado, están las prácticas como la de las parteras que están en el proceso de legalización formal, es decir, que atraviesa por ajustes reglamentarios en sus terapias para poder funcionar dentro de los centros de salud públicos; mientras que otras medicinas como la de las hierbas ni siquiera han logrado un reconocimiento jurídico. En este sentido, se explica por que pese a la cercanía del Centro de salud N1 a San Francisco y San Roque, ninguna hierba este atendiendo en un centro de salud.

La posibilidad de que las hierbas pudiesen integrarse a la biomedicina como el caso de las parteras en el Centro de salud N1 supone hacerse algunas preguntas como ¿Les permitirían hacer las *limpias*? ¿Se podría utilizar el cuy teniendo en cuenta que un hospital debe velar por su asepsia? Posiblemente ambas terapias que también son distintivas de esta tradición no serían posibles, porque la biomedicina es la que finalmente tendrá la última palabra sobre las terapias que consideraría válidas. De esta manera, no es extraño que la medicina popular

urbana tenga la categoría de patrimonio cultural, pero no de opción de tratamiento válido para el sector público de salud.

La exclusión también se da desde la propia medicina tradicional, pues incluso se condena la competencia y conocimientos de las hierbas y otras medicinas populares urbanas desde aquellos conocimientos de medicina que provienen de lo indígena. En una visita que hice a la Fundación Jambi Huasi en sus oficinas en el centro de Quito, pude conversar con el *taita* José Naula que recibió un reconocimiento del Municipio de Quito por la investigación que hizo el INP. El *taita* José habla con una solemnidad que no deja indiferente a nadie, así que por ello su respuesta me dejó perplejo me dejaron perplejo. Cuando le pedí su opinión sobre las otras personas que recibieron reconocimiento por ejercer medicina tradicional en Quito me contestó:

Esta gente, toda esta gente ¿Qué entienden de cultura? ¿Qué entienden de cosmovisión andina? ¿Qué entienden de las técnicas ancestrales de curación? ¿Qué entienden? ¡Ellos no entienden nada!... Ésta [curandera] fue socia de la fundación, de aquí de la fundación. Ella lo que hace de primerito es de mezclar ‘que el diosito, que a través lo del diosito nos da. A través de los diositos que están’. Entonces nuestra cultura, primerito para hablar de la cultura debo saber la historia, si es que yo debo *para curar debo tener ese don, esa herencia genética desde el vientre de mi madre*², ahí me meto a hacer. (...) Este ciudadano ni el mismo puede curarse del nervio, está temblando totalmente ¿Entonces cómo puede curar? ¿No es cierto? Entonces toda esta gente, esta gente (...) ¿Qué entiende de nuestra cultura? (José Naula, en conversación con el autor, 10 de junio de 2015).

De esta manera, el *taita* condena a otros terapeutas por no poseer los conocimientos ancestrales requeridos, los cuales cree que se transmiten genéticamente. Puede verse entonces que desde la propia medicina tradicional puede surgir también una exclusión hacia la medicina popular urbana, pues no reconoce la validez de sus conocimientos y la competencia terapéutica de sus practicantes. La fundación Jambi Huasi esta reconocida mediante el Acuerdo Ministerial No 0144, tiene sedes en varias ciudades del Ecuador donde realiza actividades como baños de purificaciones, ceremonias y encuentros entre médicos tradicionales. Es una institución que trabaja muy de cerca con el Estado, de hecho el MSPE ha

² El subrayado es mío.

certificado a 700 curadores relacionados a esta fundación³. Evidentemente no es la única institución o medicina tradicional que tiene mayor relación con el Estado, por ejemplo, el pueblo Tsáchila cuenta con un *Reglamento para al práctica de la medicina ancestral Tsáchila*.

Vemos así que la interculturalidad en salud excluye, pese a que habla de incluir, porque es una concepción que se desarrolla dentro de un modelo médico hegemónico basado en al biomedicina, el cual forma parte de los lineamientos que dicta una salud global que a su vez esta inserta en una economía-mundo capitalista. En el caso de las hierbas hay apenas un *reconocimiento* de esta tradición médica cuando otras ya se encuentran en procesos de incorporación y formalización legal. Este reconocimiento se trata más de valorar su rol como patrimonio de la ciudad, como curiosidad de la ciudad, pero no su contribución a atender la salud de la población. De esta manera, es como se delimita la *zona gris* desde afuera de esta medicina, asignándole una posición en el entramado de la interculturalidad en salud lo cual, como mostraré a continuación, le obliga a tener sus propios desafíos y reinversiones.



Luz María Pallo en su puesto en San Roque. Fuente: Archivo personal

³ “Promueven enseñanzas ancestrales”. El Mercurio, diario independiente de la mañana, 28 de abril de 2014, <http://www.elmercurio.com.ec/428709-escuela-de-medicina-ancestral-en-azuay/>

Capítulo 4.

Reinventando la medicina popular urbana

En el anterior capítulo mencioné a la *zona gris* como un espacio de exclusión que hacen las políticas de interculturalidad en salud del Ecuador sobre algunas medicinas tradicionales. Mientras que unas tradiciones médicas están atravesando por una etapa de *incorporación* hacia una de *legalización*, otras como la terapia de las hierbas apenas están en una etapa de *reconocimiento*. Sin embargo, este reconocimiento es ambiguo, pues no se le da la suficiente relevancia como parte de la atención sanitaria en Quito, sino que se relativiza su papel al ser considerada como un objeto cultural más que forma parte del patrimonio de la ciudad.

El concepto de zona gris, sin embargo, es mucho más complejo que hablar de la exclusión a la que está sometida esta medicina, pues no es suficiente para explicar lo que ocurre dentro de ese espacio de exclusión, es decir, dentro de esta medicina popular urbana de las hierbas. En este espacio ocurren procesos de adaptación, de entrecruzamiento de terapias, de flexiones; mostrando el dinamismo de este tipo de medicina. Esta característica es solo posible por su posición dentro de la *zona gris* que le permiten gozar de clandestinidad ante los embates de las políticas de interculturalidad en salud y, por tanto, de la salud global.

En este capítulo mostraré lo que ocurre dentro de esa zona de exclusión, aunque para ello primero tendré que desarrollar de forma muy breve el concepto de *zona gris*, resaltando sus posibilidades para el análisis de un caso concreto relacionado a la salud.

4.1 Repensando el concepto de la zona gris para la medicina popular urbana

El escritor Primo Levi publicó en 1947 el libro *Si esto es un hombre* donde contaba su testimonio como preso judío en los campos de concentración nazi en Auschwitz. En adelante publicaría varios libros tratando de entender aquellos infames lugares donde miles de vidas eran segadas a diario. En 1986, en un ensayo titulado *Los hundidos y los salvados* dedicaría un capítulo a hablar sobre aquellos prisioneros judíos que eran reclutados por los nazis dentro de los campos de concentración para dedicarse a las tareas que ni ellos mismos querían realizar: llevar a los prisioneros a las cámaras de gas, recoger los cadáveres de las cámaras, incinerar los cuerpos en los hornos y recoger las cenizas. Estos hombres que se denominaron *sonderkommandos* (unidad especial) tenían algunos privilegios mínimos con los nazis y

gozaban de poder, porque también tenían la tarea de cuidar la disciplina de los prisioneros, lo cual hizo que se comentaran muchos abusos entre los propios prisioneros.

Levi llamaba a este espacio donde los propios prisioneros se convertían en verdugos de otros como una “zona gris, de contornos mal definidos, que separa y une al mismo tiempo a los dos bandos de patrones y de siervos” (Levi 2013, 6779). Sin embargo, Levi trataba de entender esta situación límite y señalaba que los abusos entre los propios judíos se explicaban por la situación-límite en la que estaban, donde la opresión era tan fuerte que condicionaba al prisionero para cometer actos que jamás habría hecho en su vida:

[C]uando más dura es la opresión, más difundida está entre los oprimidos la buena disposición para colaborar con el poder. Esa disposición está teñida de infinitos matices y motivaciones: terror, seducción ideológica, imitación servil del vencedor, miope deseo de poder (...), vileza e incluso, un cálculo lúcido dirigido a esquivar las órdenes y las reglas establecidas. (Levi 2013, 6795).

A pesar de que la conceptualización de *zona gris* surgió de una situación tan aberrante como lo fueron los campos de concentración, algunos autores se percataron de la utilidad que tenía la noción de Levi para entender otras situaciones de la realidad social. Agamben en su obra publicada en 2002 “Lo que queda de Auschwitz. El archivo y el testigo” (citado en Molinares 2012, 28) considera que la *zona gris* no es un fenómeno exclusivo de los campos de concentración, sino que se presentan en situaciones donde no hay un límite claro entre el bien y el mal, por lo cual son más habituales de lo que pensamos en nuestra vida cotidiana.

Javier Auyero utilizó también este concepto que permitía evitar “dicotomías demasiado rígidas” (Auyero 2007, 54) para su análisis sobre los disturbios ocurridos en la Argentina en el año 2001, donde observó que saqueadores y fuerzas del orden se confundían dadas las características particulares que adquirió la coyuntura política y social de la Argentina. Para Auyero el concepto no solo se constituía en una herramienta de análisis, sino que resaltaba que eran situaciones objetivas, por ello señalaba que “concibo la zona gris como un objeto empírico, a la vez que como una lente analítica que conduce nuestra atención hacia un área borrosa donde los límites se disuelven (...)” (Auyero 2007, 54).

El uso que deseo dar al concepto de *zona gris* en este texto no busca vaciar o negar los horribles hechos que detalla Levi y en los cuales se basó para crearlo. Sencillamente, al

igual que Agamben y Auyero, apunto hacia un fin más modesto: utilizar este concepto como herramienta de análisis para el caso de la medicina popular urbana basada en hierbas. Como mostraré más adelante, este concepto adquiere características particulares al ser utilizado en este estudio de caso, motivo por el cual también podrá servir para analizar otros casos. Sin embargo, requiero hacer previamente una reflexión previa del concepto apoyándome en otros autores.

Delimité en el anterior capítulo la *zona gris* como aquello que queda fuera del reconocimiento legal, tanto de las leyes del Estado como de las de la biomedicina. En este contexto, la medicina con hierbas está ubicada en un interregno delimitado por fronteras simbólicas, pero también físicas. Las fronteras *simbólicas* serían el reconocimiento ambiguo que se da a esta medicina, como patrimonio cultural mas no como actor del sistema sanitario. Las fronteras *físicas* son establecidas por la ciudad que subordina estas medicinas a los mercados o sus zonas aledañas¹ y no, por ejemplo, dentro de los centros de salud. Por tanto, al igual que mencionaba Auyero en su estudio, debemos considerar a las *zonas grises* como objetos empíricos que podrán ser analizados (Auyero 2007).

Michel de Certeau destacaba la creatividad humana que se despliega cotidianamente para evadir a la vigilancia que se nos impone. Donde Foucault insistía en el despliegue de dispositivos minúsculos que aseguraban el poder, Certeau hablaba de procedimientos populares minúsculos y de la cotidianidad que resistían la disciplina impuesta, es decir, “manera de hacer [que] constituyen las mil prácticas a través de las cuales los usuarios se reapropian del espacio organizado por los técnicos e la producción sociocultural.” (Certeau 2010, 44). Para este autor, la ciudad era un espacio que, a pesar de estar inserta dentro de un discurso urbanístico decadente fundado en la organización racional, era un espacio donde se desplegaban estas prácticas que al estar insertas en las propias redes de vigilancia se constituían en “(...) regulaciones cotidianas y creaciones subrepticias” (Certeau 2010, 108).

¿Pero es realmente posible que prácticas como las que menciona Certeau puedan integrarse en los dispositivos de poder y trocarlos hacia sus propios objetivos? Si prestamos atención a lo que James C. Scott propone podemos responder afirmativamente a esta cuestión. Scott afirma

¹ Existen negocios de hierbas no solo dentro de los mercados, sino en calles aledañas a estos. Sin embargo, estos lugares aún siguen ligados a los mercados y es difícil imaginar estas terapias en otros lugares, más aún con el difundido discurso de ser parte del patrimonio de la ciudad.

que en cualquier estructura de dominación surgen procesos de resistencia que pueden presentarse de forma clandestina, como tácticas y estrategias que se resisten a la dominación (Scott 2000). Los grupos subordinados producen discursos ocultos que se oponen al discurso dominador, haciendo a sus espaldas una *resistencia discreta* con forma indirectas de expresión que permiten conservar el anonimato como rumores, chismes, cuentos populares que hablan sobre el dominador (Scott 2000, 42). Scott denominó acertadamente a todo esto como la “infrapolítica de los desvalidos” (Scott 2000, 21).

La medicina popular urbana de los mercados de Quito se encuentra en una *zona gris* a la cual es relegada por el discurso y la práctica de una interculturalidad en salud que se desarrolla dentro de un sistema de salud global. Sin embargo, esta medicina aprovecha esta condición en este espacio, porque así evita la creciente formalización de los procesos de las terapias tradicionales que pretende hacer el Estado. La medicina de las hierbas no esta totalmente al margen de la normativa del Estado, pero si lo esta de sus políticas de interculturalidad en salud, lo cual le da un margen para sus propias “formas de hacer”. No enfrentan directamente a la dominación de la biomedicina, pero si cuentan con prácticas y discursos ocultos que constantemente deslegitiman su hegemonía.

A continuación ilustraré estas “formas de hacer” que luchan por insertarse de a poco en la regulación del Estado, a través de sus prácticas médicas y discursos como valorizar el aspecto turístico de sus terapias. Señalaré tres de estas prácticas: la adaptación a las demandas de los usuarios, las interrelaciones que establece esta medicina y la flexibilidad de las terapias.

4.2 Los conocimientos tradicionales se adaptan a los tiempos

Uno de los principales errores cuando se busca analizar la medicina tradicional es que son terapias que continúan inalterables en el tiempo. En el caso de las medicina de las hierbas los cambios que sufre son evidentes, tal cual se mencionó por un usuario en un grupo focal:

Por lo menos de lo que yo conozco desde niño íbamos al mercado con mi hermana, con mi mama. Se daba el caso que vendían las hierbas para curaciones y todo eso, curaban cierto tipo de enfermedades, pero no usaban el cuy. Usaban netamente las hierbas, así que ese aprendizaje del cuy debe ser no de hace mucho tiempo (...) Al principio era la venta de las hierbas obviamente para diferentes enfermedades de acuerdo al uso que le iban a dar. Pero poco a poco, por ejemplo, una vez que me fui al mercado ya vi que vendían hasta los frasquitos con

pócimas para el amor, pócimas para ese tipo de cosas. Eso a mi forma de ver es una copia con algún otro sitio que no tenía nada que ver (Grupo focal, en conversación con el autor, 8 de junio de 2015)

En la conversación se pone en evidencia que el entrevistado observó cómo con el paso de los años las hierberas incorporaron nuevos productos y terapias a su labor. Llama la atención la opinión sobre el uso del cuy, porque si bien esta terapia es parte de la medicina indígena, su introducción en los mercados es relativamente reciente. Las hermanas Chicaiza son las que lo hacen en San Roque y me comentaron que aprendieron hace unos 15 años atrás, con diferentes personas. Gloria fue la que más detalles me dio sobre su aprendizaje, pues acompañaba al *taita* al que llama “quién es más que una” a recoger hierbas a la montaña y aprendió con él a utilizar el cuy. De la misma forma, la introducción de los productos esotéricos es relativamente reciente, las hierberas calculan que muchos de ellos se utilizan desde hace diez años o un poco menos.

El uso y ampliación hacia nuevas terapias puede explicarse porque los conocimientos de las hierberas es un acervo que no solo se transmite de generación en generación, sino que éste se va ampliando. Las hermanas Chicaiza, por ejemplo, aprendieron el uso de hierbas de su madre, Luz María Pallo, que a su vez me dijo que aprendió a usar las plantas con su suegra, antigua vendedora en San Francisco que emigró del campo:

Esto aprendí porque yo me casé con un marido que mi suegra había sido antigua vendedora de cosas. [¿Y ella ya usaba hierbas?] ¡Todo! Mi suegrita era de San Francisco, tenía puesto. Ella se murió recién hace veinte años, ella me enseñó yendo al cerro, hasta los líquidos, de todo me enseñó. (Luz María Pallo, en conversación con el autor, 14 de abril de 2015).

La señora Luz María tiene casi noventa años y me dijo que trabaja en el mercado desde niña cuando salía para ayudar a su madre vendiendo verduras. Sus hijas hicieron lo mismo, pues salían con canastas cargadas de hortalizas, pero al mismo tiempo les fue enseñando el uso de las hierbas que con el transcurrir de los años les sirvió para ganarse la vida. En una de las muchas conversaciones que tuve con la señora Gloria Chicaiza, su hija, le pregunté si prefería que se le llame curandera o hierbera, a lo cual luego de un momento de perplejidad me respondió que prefería que se les llamase "personas que ayudan a curar con hierbas". La razón de su dificultad para referirse a su propia profesión es porque las terapias no solo incluyen el

uso de plantas, sino también rituales y productos esotéricos que fueron incorporando con el tiempo. Por ejemplo, desde hace algunos años utilizan velas, colonias y aceites peruanos y colombianos que combinan en algunas de sus terapias. Patricia me comentó cierto día que durante un tiempo ofreció en su *puesto* productos de la marca *Herbalife*, aunque después dejó este negocio.

Gloria me mostró cierto día un libro sobre hierbas medicinales editado en Argentina, el cual me dijo que leyó varias veces y aprendió algunas terapias, aunque no pudo encontrar todas las plantas, quizás porque tienen otro nombre diferente en Ecuador. Alexandra Sanbachi, de Santa Clara, me dice que a pesar de no haber hecho estudios universitarios, ella siempre investiga con las plantas y también busca información en internet. Gloria también me comentó un día que en ocasiones pide a una de sus hijas que le busque información en internet sobre alguna nueva planta, aunque reconoce que no podría hacerlo por sí sola, porque no sabe como usar una computadora. Por su parte, Patricia me dice que aprendió a leer las cartas del Tarot y que a veces lo practica, aunque le cuesta recordar el significado de tantas cartas.

Una de las características de la medicina que practican estas mujeres es que no se limitan solo a lo aprendido tradicionalmente, sino también que van incorporando nuevas hierbas, terapias y productos a su trabajo de curación. Quizás la más notable incorporación es el de productos biomédicos que si bien son medicamentos de venta libre (vitaminas, aspirina, ibuprofeno, etc.) y se administran en pequeñas dosis, son utilizadas junto a las terapias tradicionales. El uso de medicamentos de la biomedicina es un signo de que la enfermedad ha cedido y que el cuerpo va a recobrar la salud. Recordemos por ejemplo al hombre con erupciones en la piel que mencioné anteriormente, a quien Patricia le dijo que debía hacerse poner un suero para subir las defensas. En este caso, al paciente ya se le había dicho que estaba mejorando, así que ahora era tiempo de que la biomedicina vaya interviniendo en el proceso curativo.

Acudir a terapias de diferentes medicinas no debería extrañarnos. Existen algunos estudios que muestran que el uso de símbolos de la biomedicina puede elevar el prestigio del curador, por ejemplo, Abad señala en su estudio sobre los indígenas aguarunas del Perú que un grupo que fue capacitado para ser auxiliares de salud comenzó a imitar el comportamiento, vestimenta e incluso el uso de medicamentos para ganar mayor prestigio en sus comunidades (Abad 2004). Esto no es solo particular a las medicinas tradicionales, sino también a la

biomedicina donde los biomédicos también consiguen mayor prestigio por el uso de elementos como la bata blanca o el estetoscopio (Blumhagen 2009). Entonces, el recurso de utilizar estos símbolos permiten que las hierberas tengan mayor prestigio frente al enfermo, lo cual les servirá como estrategia para establecer su medicina como mucho más confiable.

En este sentido, el lenguaje también juega un rol importante. La combinación de lenguaje de la medicina tradicional y de la biomedicina podrá tener un mayor efecto sobre el paciente. Las tradicionales son, por ejemplo, aquellas relacionadas a la dicotomía frío/caliente, donde se explica la enfermedad surge porque el cuerpo no conserva el balance de su temperatura. Las explicaciones desde la biomedicina suponen que se explique que algunas enfermedades provienen del "aumento de glóbulos rojos en la sangre" o que se mencione el peligro de la falta de calcio en los huesos que puede causar osteoporosis. Una de las palabras biomédicas más utilizadas es el estrés. El uso de esta palabra es clave, porque muestra así que esta medicina tradicional puede servir para atender un mal "moderno" típico de una sociedad capitalista. De esta manera, el uso de lenguaje biomédico no solo busca mostrar a la medicina tradicional como solución a problemas contemporáneos cotidianos, sino que irrumpe en el discurso hegemónico.

Otra de las estrategias, aunque aún poco desarrollada, es la especialización. Las hermanas Chicaiza son las únicas en San Roque que curan con cuy, por lo tanto, esto les pone en situación de ventaja frente a las otras mujeres. La madre de las Chicaiza solo se limita a *limpiar* a infantes y no a mayores, lo cual hace que mucha gente sepa de ella y la visite con niños que necesitan una *limpia*. Mientras, en Santa Clara y San Francisco hay mujeres que solo se dedican exclusivamente a una actividad con diferentes resultados. En Santa Clara la señora Rosario vende solo productos esotéricos, hace cuatro años que se dedica solo a ello y es el más grande si lo comparamos con el de las otras hierberas. Por su parte, la señora Balvina Angoa solo vende hierbas en su local en San Francisco, pero no hace *limpias*. Su local es el más pequeño y poco surtido de San Francisco. Como puede verse, la especialización puede determinar el éxito de una hierbera, mientras que la no especialización puede negar oportunidades a la hierbera.

Mencioné unas líneas más arriba que hay uso de productos biomédicos y de otras tradiciones curativo-espirituales que han sido integradas a la terapia de las hierberas. Esto significa que se entablan relaciones con otras tradiciones médicas, pero también con actores que tienen un rol

en el entramado que confluye en la medicina popular urbana basada en hierbas. A continuación presentaré algunas de estas relaciones.

4.3 El centro de la telaraña: las interrelaciones de la medicina de hierbas

Narración hecha a partir de mi diario de campo: El despertador suena, son apenas las dos y media de la mañana. Me incorporó en la cama y mientras me desperezó recuerdo que estoy en el cantón de Saquisilí (provincia Cotopaxi) en la casa de Cecilia Chacha. Mi visita se debe a que en unos minutos visitaremos una de las siete ferias del cantón que se realizan los días jueves donde Cecilia acopia hierbas medicinales para llevarlas a Quito. La noche está helada y dentro de la vieja camioneta es imposible no sentir frío. Al cabo de unos cinco minutos de marcha llegamos a un gran cobertizo que está totalmente iluminado y donde ya hay varias personas descargando sacos. Nos acercamos a un grupo de personas que están sentadas en círculo, arropadas para combatir el frío de la madrugada. Son campesinos productores de hierbas medicinales y otros productos agrícolas, quienes llegan desde sus fincas para ofrecer una diversidad de productos. Cecilia camina por todo el lugar llamando a la gente por su nombre y preguntando si trajeron *ortiga negra*, si no hay *manzanilla* más fresca o si se acordaron de el *taraxaco* que pidió la anterior semana.

Mientras avanza el tiempo al mercado llega muchas más gente y ya no solo hay hierbas medicinales, sino también camiones cargados con frutas y hortalizas. Son las cinco en punto, Cecilia termina de acopiar todos los productos que llevaremos a Quito así que nos subimos al coche. Apenas tendremos tiempo para desayunar, me dice mientras enciende el coche. Para cuando llegamos a su casa sus dos hijos – el mayor de trece años y la menor de once - se levantan para vestirse e ir a la escuela. Cecilia prepara rápidamente el desayuno, un plato con abundante arroz y unos trozos de carne con verduras, alimento que a ella le servirá para aguantar el trabajo que le toca hacer durante todo el día.

Son las seis, Cecilia, sus hijos y yo comenzamos a acomodar las hierbas en el camión, luego subimos varios fardos que están guardados en una pequeña habitación que tienen detrás de la casa. La familia bromea conmigo porque por poco tomo un envoltorio con espinas, quedando en evidencia que soy una persona de la ciudad que poco o nada sabe sobre las hierbas y el campo en general. Cecilia me comenta que todos esos fardos le sobraron de una compra que hizo hace unos días en Ambato, pero que ahora los llevaremos para venderlos en Quito.

Mientras continuamos con la faena me cuenta que todos lunes se va al mercado de Ambato para acopiar hierbas medicinales, pero tiene que levantarse a la una para estar temprano, aunque en sí no tarda más de una hora en llegar hasta allá. Los jueves se levanta más tarde, a las tres de la mañana, porque la feria de Saquisilí está solo a unas cuadras de distancia de su casa. Ambos recorridos los hace todas las semanas desde hace cuatro años. Comienza a llover y tenemos que apurarnos en cargar las cosas porque si las hierbas se mojan llegarán dañadas y nadie querrá comprarlas.

Son las 7:00 y partimos hacia Quito, el viaje nos tomará cerca de dos horas, dependiendo del tráfico en el camino. Durante el trayecto preguntó a Cecilia qué es lo que hacía antes de este trabajo. Ella dice que vendía verduras en el mercado de Saquisilí y que aún conserva el puesto, aunque lo tiene alquilado. Me cuenta que decidió comprarse una camioneta con sus ahorros para poder ganar más dinero y así poder construir su casa en el terreno que posee. La casa aún sigue en construcción, pero por el momento no puede invertir más capital porque tuvo varios gastos en los últimos meses, entre ellos la compra de los útiles escolares de sus hijos. La lluvia arreciaba y Cecilia tiene que encender el parabrisas para poder ver el camino porque hay varios coches que recorren la carretera. Le preguntó si ella sabe para que sirven todas las hierbas que vende, a lo cual me responde que aprendió con su madre, pero también le enseñaron las personas que le venden los *montes*, es decir, los fardos con las hierbas medicinales. Me confiesa que le gusta su trabajo con las plantas y que algunos fines de semana ella y sus hijos van a campo traviesa para recoger hierbas medicinales que crecen en los caminos que dividen las chacras de los campesinos.

Ha pasado casi una hora y media y llegamos a Quito. Afortunadamente no hay mucho tráfico, así que pudimos llegar pronto a los mercados. Ha dejado de llover y el sol nos obliga a abrir las ventanas de la camioneta para que entre aire fresco. Cecilia dice que iremos primero al mercado de San Francisco, luego a San Roque y finalmente al Mayorista, último destino desde donde volverá hacia su casa, aproximadamente a las tres de la tarde. Dice también que los lunes va al mercado Ñaquito, para entregar pedidos especiales que le hacen. Más tarde llegamos al mercado de San Francisco, a la zona de descarga de productos. Luego de estacionar la camioneta, Cecilia sube al piso principal del mercado para anunciar que ha llegado con los productos. Al cabo de unos minutos las hierberas bajan con un saco en la mano para escoger las hierbas que comprarán. Saludo a algunas de ellas que se sorprenden al

verme con Cecilia y les digo que, como parte de mi tesis, decidí visitar uno de los lugares desde donde vienen las hierbas a Quito.

A continuación, soy testigo de la negociación que hacen las señoras para rebajar los precios o conseguir que se les aumente un producto. El principal argumento es que alguna hierba está muy seca, que se mojaron y estropearon (por eso la preocupación de Cecilia cuando comenzó a llover) o que están muy pequeñas (como la mashua). La negociación es tenaz, pero al final una de las partes debe ceder, ya sean las hierberas que aceptan el precio con un suspiro mientras dicen “Dame de una vez” o Cecilia quien, luego de decir en tono desafiante que se llevará el fardo para venderlo a otra persona, termina aceptando rebajar el dólar o los centavos que piden las señoras. Unos minutos más tarde, aparece un cargador quien se lleva las hierbas a los *puestos* de las señoras y nosotros partimos hacia San Roque donde todo este “ritual” de oferta y demanda se repite.

Al finalizar la venta allí, me despedí de Cecilia, quien se fue al mercado Mayorista a toda prisa, porque era ya la una de la tarde y tenía que volver a casa temprano para ayudar preparar la cena y ayudar a sus hijos con las tareas de la escuela. Tras despedirme, me voy hacia el puesto de las hierbas en el piso inferior de San Roque donde doña Gloria Chicaiza me dice que Cecilia les abastece de productos todos los lunes y jueves, aunque también hay otros vendedores que le dejan sus productos. Le pregunto si todas las hierberas del mercado se abastecen con Cecilia, a lo cual me responden que también se proveen en la Plataforma Primero de Mayo, ubicada frente al edificio del mercado San Roque.

Hace algunos días, visite esta Plataforma como a las nueve de la mañana, pero a esa hora habían muy pocas vendedoras. El ingeniero Fabián Cando, administrador de la plataforma, me explicó que a esa hora casi todas las vendedoras en la plataforma se marchan, porque el comercio se da en horas de la madrugada y en horarios específicos. Mientras conversábamos llegó la señora Paulina Chisauno, presidenta de la asociación, a quien le comenté que en iría a la feria unos días más tarde, durante la madrugada. Todos los martes, viernes y sábado, entre las dos y ocho de la mañana, en la Plataforma se lleva a cabo la feria donde llegan camiones con hierbas medicinales y otros productos desde diversos lugares: Riobamba, Latacunga, Otavalo, etc. Desde horas de la madrugada hay varias vendedoras que aguantan estoicamente el frío envueltas en mantas, anunciando en voz alta sus productos cuando ven que algún comprador entra en la plataforma. Abundan también estibadores acostumbrados a levantar

pesos imposibles quienes, antes de que amanezca, se sirven un copioso plato con comida en uno de los quioscos del lugar.

Tras unos minutos de viaje en el taxi llegué a la Plataforma. A pesar de que el administrador y la presidenta de la asociación me lo habían comentado, me sorprendió ver que tanta actividad esas horas. Caminé entre los *puestos*, mientras las vendedoras me ofrecían sus productos. Finalmente, me detuve para comprar un dólar de manzanilla y charlé por unos minutos con la vendedora. La señora, con una bufanda cubriéndole el rostro del frío, me comentó que sus clientes provienen de varios mercados y acuden en la madrugada. Me indicó el uso de la *manzanilla* y luego me explicó para que servían otras hierbas como la *sábila*, la *ortiga* o el *taraxaco*. Más adelante, compré ramas de *cedrón* con otra señora quien vende hierbas medicinales desde hace varios años, luego de aprender el uso con sus padres y abuelos. Le pregunté si se consideraba una hierbera como las que trabajan en San Roque, a lo cual me contestó que, aunque sabe para que sirve cada hierba, ella no receta porque las hierberas son quienes saben preparar recetas. Me despedí de ella y a continuación me acerqué al puesto de comidas de la presidenta, Paulina, para tomar un café mientras esperaba que amaneciera. Ella me aconsejó que espere a que aclare, porque la zona puede ser muy peligrosa a esas horas.

La Plataforma Primero de mayo y las vendedoras de hierbas como Cecilia, son el inicio del ciclo de salud de la medicina popular urbana de los mercados de Quito. En este caso, la relación establecida con las hierberas es una de tipo comercial que no solo se limita a las hierbas, porque también se proveen de los productos esotéricos que utilizarán para las *limpias* y *baños*. En este primer *hilo* de la red, los proveedores de hierbas suelen conocer los usos de las hierbas medicinales, como fue el caso de Cecilia o las mujeres con las cuales conversé en la Plataforma Primero de Mayo.

Las relaciones que establecen las hierberas no se limita a lo comercial, sino también a lo terapéutico. La atención de las hierberas también supone que hagan la *derivación médica* o *interconsulta*² que ocurre a nivel interno (dentro de la propia tradición médica) y también externo (con otras tradiciones médicas). El nivel interno es entre las propias hierberas y es

² Una interconsulta es aquel “procedimiento mediante el cual, a petición de un médico, otro médico revisa la historia médica del paciente, explora al paciente y realiza recomendaciones sobre asistencia y tratamiento. El médico al que se realiza la interconsulta suele ser un especialista con experiencia en un determinado campo de la Medicina”. Medciclopedia, s.vv. “Interconsulta médica”, última modificación el 1 de enero de 2008, <http://diccionario.medciclopedia.com/i/interconsulta-medica/>

menos usual porque, al fin y al cabo, están insertas dentro de una competencia comercial. Sin embargo, suele suceder que en ocasiones hay la *derivación* cuando se pide alguna terapia específica como la *limpia* con *cuy*. En San Francisco escuché a las hierberas recomendar irse a San Roque o a un par de negocios en la calle Rocafuerte para encontrar la terapia con el *cuy*, porque en San Francisco nadie sabe hacerlo. En ciertos casos también hay *derivación* hacia otra hierbera, pero sucede sobre todo cuando hay relaciones de parentesco. Por ejemplo, Doña Mercedes Correa podrá mandar pacientes a alguna de sus hijas y a la inversa.

A nivel externo, la derivación médica sucede con la biomedicina y otras medicinas tradicionales. Con la biomedicina es usual que las hierberas manden al paciente a hacerse una revisión una vez que ellas dan finalizada su terapia, aunque también pueden hacer la *derivación* mientras ellas siguen su labor. Por ejemplo, Amparo Lugmaña recomendaba a un paciente que busque leche de magnesia para purgarse antes de que vuelva para un siguiente *limpia*. Para adquirirlo le recomendó ir a la tradicional *botica alemana* ubicada en las calles García Moreno y Bolívar en el centro de Quito. De la misma forma, Gloria me decía que en la *limpia* con *cuy* se puede determinar la competencia médica adecuada para el paciente: “(...) sale hechicerías y cuando es de doctor también sale lo mismo” (Gloria Chicaiza, en conversación con el autor, 16 de abril de 20015).

La *derivación médica* sucede también con otras medicinas tradicionales, algunas de ellas dentro de los propios mercados. San Roque y San Francisco tienen otros terapeutas como *fregadores* o *parteras*. En San Roque el *fregador* trabaja como zapatero, pero atiende cuando alguna de las hierberas recomienda a algún paciente que se haga ver. Durante el trabajo de campo pude conocer también a dos parteras, una de ellas vende legumbres en la Calle Loja y la otra tiene un *puesto* de verduras en el giro de verduras de San Francisco. En ocasiones, cuando las hierberas consideran que sus habilidades no son suficientes para atender al paciente derivan al paciente con curanderos que conocen y que creen que podrán atender la enfermedad que ellas no pueden.

Como puede verse, la red de relaciones en las cuales está inserta la medicina de las hierberas es extensa, abarcando relaciones comerciales y también terapéuticas. A nivel de la salud, esto no hace más que mostrar que esta medicina es un nodo importante de todo el entramado que se forma para atender la salud de la población. Sin embargo, esto sucede de manera espontánea y no hay regulación alguna que les obligue a hacerlo, sino que prima la salud de la

persona. No es una iniciativa desde arriba promovida por el Estado, sino más bien el resultado del proceso de salud del paciente que podrá acudir a una u otra terapia en la medida en que su enfermedad lo requiera, no es la imposición de un profesional.

Por tanto, esta medicina es una forma de interculturalidad en salud que confronta en la práctica y el discurso a la del modelo médico hegemónico. La interculturalidad en salud oficial se presenta como incluyente, pero su discurso y práctica no puede dejar de rotar en torno a una biomedicina que impone sus normas a otras medicinas. Illich (2006) señalaba que la biomedicina establece un monopolio sobre la salud y sobre el cuerpo del paciente, pues determina qué es la enfermedad, quién está enfermo, quién podría enfermar y que tiene que hacer las personas para curarse. Esta situación surge debido a la delegación política que hizo la sociedad de la salud a la biomedicina, pero que ahora no puede recuperar (Illich 2006, 537).

Considero entonces que en las relaciones establecidas por la medicina popular urbana de las hierbas podemos encontrar un germen para confrontar este monopolio de la salud que tiene la biomedicina. Esto es una de las posibilidades políticas que tiene por estar justamente en la *zona gris*, lejos de la interculturalidad en salud oficial del Estado, por lo cual tiene un espacio para establecer discursos y prácticas que confronten la hegemonía biomédica. Para terminar esta sección, transcribo mi experiencia con una de las relaciones externas que tiene la medicina de hierbas con otra tradicional. En este caso, narraré mi visita a un curandero en el sur de Quito.

Tuve la oportunidad de asistir a una sesión de curación de un curandero. Doña Gloria Chicaiza me comentó que cada último viernes de mes ella asistía a casa de un curandero a las *limpias* y para recoger *encargos* que algunos clientes le hacen en San Roque. Estos *encargos* sirven para curar a las personas que han sido embrujadas y que necesitan una terapia que ya las hierbas no pueden hacer. La casa del curandero estaba en una colina en el sur en una zona donde solo hay unas cuantas casas. Llegamos como a las 8 a una pequeña casa donde habían dos ambientes. En el primero, donde esperamos por casi tres horas, había gente esperando al curandero envueltas en cobijas.

Cuando ingresamos por fin a la habitación, vi que el curandero y sus ayudantes eran muy jóvenes, ninguno mayor de 22 años. La habitación tenía varias figuras de santos, de vírgenes, una cruz de madera grande, machetes y lanzas en las paredes, algunos cueros de animal

colgados, el cráneo de algún animal que no pude identificar y varios afiches que anunciaban eventos o fiestas. El lugar tenía un bombillo eléctrico, pero que fue apagado más tarde cuando comenzó el ritual. En la habitación también habían dos altares, uno en el piso con las fotos de algunos de los hechizados, una foto del padre del curandero, imágenes religiosas, pequeñas esculturas de animales y dos grandes cirios en los costados. Sobre el altar de la mesa habían algunas piedras, más imágenes religiosas, cirios y dos cráneos delicadamente tapados con una tela negra y otra roja oscura. Dentro había una computadora conectada a unos parlantes que tocaban algunas canciones de reggaetón, alternadas con boleros.

Cuando ingresábamos a la habitación, los ayudantes nos asignaron un número a cada uno (éramos como treinta y cinco personas) y luego nos sentamos en unas largas bancas dispuestas en la habitación. A continuación se nos pidió que no debíamos cruzar ni brazos ni piernas porque eso perjudicaba el fluir de las energía en el ritual. Luego de un rato, el curandero dijo que nos llamaría por los números asignados y que en ese momento debíamos entregarle las velas que llevábamos o que podíamos comprar a los ayudantes encaso de no tenerlas. Llegaron nuestros número y dimos nuestras velas, aunque en sí la mía era de uno de los clientes de Gloria al cual yo estaba representando en la casa del curandero. Nuestras velas fueron encendidas y colocadas sobre la mesa del altar detrás de las otras y a continuación el curandero comenzó a pasar la mano por encima y los costados mientras musitaba algún rezo. Más tarde pidió que le pasarán una botella con un preparado que tenía como base el alcohol llamado *puntas* y tomó un poco del líquido aunque lo mantuvo en la boca. Con la mano libre tomó una vela y comenzó a *soplar* en toda la habitación, formando grandes llamaradas color verde. Los *soplos* se repitieron varias veces durante las siguientes horas.

Mientras el curandero seguía sentado junto al altar de la mesa pasando las manos sobre las velas, pidió a algunas personas que tenían pedidos especiales que se acerquen al otro altar para poner una segunda vela. Este altar, me explicaba Gloria, era para pedir por la salud de personas que no estaban presentes, aunque las personas que las representaban llevaron una fotografía. Pude ver en una foto a una niña de aproximadamente 13 años que sonreía mirando hacía el frente. Luego de que la gente designada dejó las velas, los ayudantes ofrecieron cigarrillos a los asistentes y el curandero pidió a una de las personas que invite *puntas* al resto de nosotros. Después de un par de rondas, la tensión en la habitación disminuyó y la gente comenzó a hablar entre sí.

Al cabo de al menos una hora, el curandero anunció que nos harían pasar a la otra habitación para pedir por nuestros *encargos*. Dos de los ayudantes se llevaron los cráneos y más tarde comenzaron a llamarnos por turnos. Cuando ingresé, vi que los ayudantes estaban parados formando una especie de corredor, algunos tenían las velas en las manos y otros las lanzas de la pared. Caminé hasta el fondo, donde se encontraba ya el curandero, y pude ver que ambos cráneos estaban en una ligera hendidura en el piso. Al llegar, el curandero me dijo si veía si había algo junto a las calaveras, a lo cual respondí que no. A continuación, me invitaron un trago de *puntas* y luego volví a la habitación. Luego de algo así como media hora nos hicieron volver a pasar a la habitación contigua y junto a los cráneos en el piso habían objetos dentro de pequeñas bolsas negras. Nos invitaron nuevamente un sorbo de *puntas* y entramos por última vez a la habitación de los altares.

El curandero siguió con los *soplos*, se acercó al altar y apagó las velas mientras decía el número correspondiente para que la persona con esa cifra se acerque a uno de los ayudantes para recibir la bolsa negra con el objeto. La gente luego se acercaba a él y le entregaba la bolsa, la cual contenía un muñeco color café hecho de algún tipo de tela y relleno con algodón. El curandero miraba el muñeco y comenzaba a desgarrarlo mientras hacía un rezo en voz baja. Luego decía a la persona que estaba libre de la brujería. Como Gloria y yo estábamos con varios *encargos*, los ayudantes solo le entregaron las bolsas y ella me dijo que ella iba a encargarse de entregarlos al día siguiente en San Roque a las personas interesadas. Más tarde, emprendimos nuestro retorno, pero como eran las 4 de la mañana, Gloria nos invitó a quedarnos a dormir en uno de los sillones de su casa. Nos levantamos muy temprano, como a las 6, porque Gloria debía irse al mercado a abrir el puesto.

4.4 La inflexibilidad y flexibilidad de la organización

No existen organizaciones propias de las hierberas, solo pertenecen a las asociaciones de los mercados que están integrados por comerciantes de diferentes rubros. Esta situación es una desventaja para ellas porque gestionar capacitaciones, recursos o hacer demandas a la asociación se convierte en una iniciativa privada y no gremial. Sin embargo, esto no significa que no haya cierta organización que surge espontáneamente, ceñida a las circunstancias. Mencionaré dos casos: el autocontrol y la promoción de la profesión.

Como mencioné anteriormente, el que estas mujeres sean consideradas como vendedoras, permite que desarrollen su profesión sin una intervención del Estado, pues se confía en su manejo de conocimientos ancestrales y que no venderán productos que sean prohibidos por ley. En todo caso, lo que los administradores controlan son aspectos que nada tienen que ver con la profesión de hierbera: “No hay control específico. Es un negocio. Se busca higiene, disciplina” (Juan Cortez, administrador mercado San Francisco, en conversación con el autor, 21 de mayo de 2015). Esto no significa, sin embargo, que no haya normativa que puede llegar a incidir sobre la práctica de medicina. Mencione que una de ellas era el artículo 29 de la Ordenanza Metropolitana 0253 que prohíbe practicar ritos, magia o hechicería, aunque en la práctica no existía una definición de estos tres conceptos para poder cumplirlos. En el nivel jurídico, también hay otra regulación en el Código Orgánico Integral Penal³ donde algunos artículos podrían afectarles implícitamente por ejemplo el Art. 152 sobre *Lesiones*, algunos de la sección *Delitos contra al inviolabilidad de la vida* y de *Delitos contra el derecho a la salud*.

Ante la falta de una regulación externa surgen iniciativas de autorregulación entre las propias hierberas. Cuando visite por primera vez Santa Clara me llamó la atención que todos los *puestos* tienen un cartel visible con los precios de las terapias. Cuando pregunté a Alexandra si se ponían de acuerdo para establecer el precio de sus terapias o si lo hacía el administrador, ella me contestó que no, que cada quien ponía su precio y que no estaban obligadas a tener un precio único. Le pregunté entonces porqué los precios en los carteles eran los mismos, a lo cual contestó que eso se debía a que nadie podía aprovechar para cobrar más alto puesto que todas sabían el valor de compra de los productos.

Vi situaciones parecidas en San Roque, San Francisco y Central donde si alguien se enteraba de que en otro *puesto* se estaba vendiendo más caro, se llamaba la atención a la que estaba haciendo la venta elevada. Esto sucede espontáneamente, no es algo sobre lo que se haya llegado a un acuerdo, sino que las hierberas regulan sus propios precios tratando de no exceder el de las otras. Si bien esto tiene un criterio económico, hay también una coerción

³ Código Orgánico Integral Penal 2014, de 10 de febrero (publicado en Registro Oficial Suplemento N° 180). http://www.justicia.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/código_orgánico_integral_penal_-_coip_ed._sdn-mjdhc.pdf

social del resto del grupo para no *engañar* al cliente, porque se considera que este no volverá si descubre el timo.

En cuanto a las terapias con hierbas y las *limpias* hay también una regulación autoimpuesta como en el caso anterior. Las hierberas tratan de que el usuario se vaya conforme con la *limpia* para que regrese nuevamente. Por eso es que los precios son por lo general los mismos y tratan de que el usuario considere como buena la terapia. En general, las hierberas buscan que sus pares reconozcan su competencia con las terapias, pues de no hacerlo esto puede llevar a que el resto hable sobre su incompetencia. Como mencione, Gloria y Patricia son las únicas dos hierberas que hacen *limpias* con *cuy*. Sin embargo, me comentaron que hace algún tiempo otra de las hierberas intentó hacer la terapia, pero ellas reclamaron e incluso la queja llegó hasta administración. El argumento era que ellas habían aprendido con *taitas* mientras que la otra hierbera quería implementar la terapia de la noche a la mañana. Al poco tiempo, la mujer dejó de hacer la *limpia* con *cuy* lo cual Gloria y Patricia consideraban que sucedió porque la gente se daba cuenta que ella no sabía usar el *cuy*.

La competencia entre estas mujeres es muy fuerte. A pesar de que conviven a diario en el mercado desde hace al menos diez años, la competitividad por tener más clientes no cesa en ningún momento. Las hierberas hablan por eso de que hay mucha envidia entre ellas, incluso si son familiares. Por ello, tratan de que sus terapias no tengan queja alguna, porque están expuestas a la crítica de las otras. En todas las entrevistas que hice y en conversaciones menos formales siempre se me habló de la envidia que hay entre ellas y críticas hacia la labor de las otras, señalando que no sabían *limpiar* o utilizar las plantas. Por ello, no debe llamar la atención que Patricia tenga un cartel visible en su *puesto* donde se lee: “No envidie, trabaje” que decidió hacer justamente por problemas que tuvo con otras hierberas en el pasado.

La organización flexible se expresa también cuando se trata de lograr que la labor de curación se convierta en una actividad turística. Las diferencias que hay entre los mercados es evidente cuando uno visita estos espacios, pues las diferencias en las instalaciones se reflejan también en la presencia de grupos de turistas. San Francisco, Central y Santa Clara buscan consolidarse como lugares turísticos, mientras que San Roque está también en ese proceso, aunque en una etapa muy distinta. Los tres primeros mercados promueven la medicina con hierbas como uno de sus principales atractivos y de hecho esto es el objetivo que el Municipio

y los comerciantes comparten como parte de un nuevo modelo de gestión de los mercados⁴. Durante una de mis visitas a San Francisco conversé con el ingeniero Juan Cortez, administrador del mercado, quien resaltó la orientación turística que tiene ese centro de abasto: “Es el primer mercado turístico de Quito. Es un modelo de gestión, salubridad, higiene, mantenimiento, presentación. Se consideró su potencial por su prestigio y tradición” (Juan Cortez, en conversación con el autor, 21 de mayo de 2015).

El flujo del turismo es fundamental para las hierberas en los mercados y fue un tema recurrente que salió en las entrevistas. En el caso de San Francisco, Central y Santa Clara se resalta este aspecto para mostrar el prestigio del establecimiento o, como en el caso de San Roque, para mostrar que es proyecto a largo plazo que ayudará al mercado en conjunto y al propio negocio. Amparo Lugmaña del mercado San Francisco me dijo que desde que se impulsó el turismo en el mercado, eso les ayudó mucho para obtener ventas y potenciales clientes porque “mucha gente viene por curiosidad” (Amparo Lugmaña, en conversación con el autor, 24 de abril de 2015). Es por eso que de todos los mercados, San Francisco es el que impulsa mucho más su faceta turística que puede ser percibida desde la entrada en un cartel pueden leerse que entre los rubros está el de *medicina ancestral*. Además, en la zona donde están asentados los puestos de las hierberas una de las paredes anuncia que allí hay medicina tradicional y que se curan diversidad de enfermedades, entre ellas el *espanto*.

La orientación al turismo del mercado se hace mucho más evidente cuando se mira con atención los *puestos* de las hierberas. En el mercado Central, los puestos son amplios e iluminados, los pasillos están libres para circular y las *limpias* se hacen en el mismo lugar pues estos espacios lo permiten. En el mercado Santa Clara los puestos son reducidos, sin embargo, las hierberas acomodan sus productos lo mejor posible para que el cliente sepa que hierbas hay. Para las *limpias* cuentan con un espacio diferente al lado del estacionamiento que es utilizado por las mujeres cuando estas las requieren. En San Francisco los *puestos* son amplios, lo cual ha permitido acondicionar un espacio para realizar las *limpias*, por lo general dividiendo el espacio con algún mueble o cortina. En estos tres lugares, en especial en San

⁴ “Se potenciarán las fortalezas de los mercados”. La Hora. Lo que necesitas saber, 20 de diciembre de 2015, http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101786365/-1/Se_potenciar%C3%A1n_las_fortalezas_de_los_mercados.html

Francisco, se busca mantener los *puestos* ordenados y limpios, además de insistirse a las hierberas (y a los comerciantes en general) a usar el uniforme.

San Roque es quizás el que menos condiciones para atraer el turismo presenta, en especial para las hierberas. Mantener las condiciones de limpieza y orden en un centro de abasto con esas dimensiones es muy complicado. Los puestos de las hierberas son pequeños y cuentan con un reducido espacio no solo para sus productos, sino también para realizar sus *limpias*. Por otro lado, el barrio y particularmente el mercado han recibido atención mediática por su supuesta peligrosidad y falta de higiene (Azogue 2012, 21), lo cual ha incidido para que se hable del desalojo del mercado o su “modernización” por parte de las autoridades municipales. Esta situación continúa aún en nuestros días, lo cual ha llevado a que se forme el *Frente de defensa y modernización del mercado San Roque* que organiza una serie de actividades culturales y de reflexión pública como estrategia para resaltar el valor económico, social y cultural del mercado. En todo caso, a diferencia de los otros mercados, San Roque no cuenta en este momento con las condiciones para ser un mercado turístico.

El aspecto turístico es impulsado por notas de prensa y reportajes en los medios de comunicación e internet que salen con cierta frecuencia, además de investigaciones realizadas por instituciones y universidades, lo cual ha determinado que los mercados sean espacios concurridos no solo para el abastecimiento de productos alimenticios, sino también de provisión de salud. Las mujeres destacan el hecho de que acuden personas de todas las edades, profesiones, niveles sociales y nacionalidades a atenderse con ellas. Doña Mercedes Correa de San Francisco, por ejemplo, me dijo con orgullo que incluso algunos doctores llegan hasta su puesto para hacerse una *limpia*; mientras que Patricia Chicaiza de San Roque me comentaba que visitantes extranjeros llegan desde países de Latinoamérica, pero también de Europa y Estados Unidos. Durante las visitas que hice al mercado Central y San Francisco fui testigo de grupos de turistas que visitaban los mercados con un guía que les mostraba todas las instalaciones, incluyendo los puestos de las hierberas. Además, presencié también a algunos clientes venezolanos, cubanos y colombianos que se acercaban por los puestos de las señoras en San Roque en busca de alguna hierba o producto esotérico.

De esta manera, surgen formas organizativas espontáneas que se expresan ante la ausencia del Estado y su normativa o, al contrario, que surgen para conseguir un objetivo común, como en el caso del proyecto de consolidar un mercado turístico. En todo caso, estos son los tres

efectos que surgen cuando hay una interculturalidad en salud en el país que excluye a una medicina que tiene sus características que se forjan en un encuentro entre lo rural y lo urbano.



Productos esotéricos en los puestos de las hierbas. Fuente: Archivo personal

Conclusiones

La medicina popular urbana tiene una larga historia de presencia en la ciudad de Quito. Se manifiesta de diferentes formas, una de ellas con la venta de hierbas medicinales en los mercados de Quito, la misma que continua hasta nuestros días atendiendo las necesidades de salud de la población.

El sistema de salud del país y de Quito en particular se inició con una serie de carencias que le obligaron a tolerar la medicina indígena para poder atender las necesidades de salud de la población. De esta manera, surgió la medicina popular urbana que combinaba medicina indígena con conocimientos tradicionales traídas desde la colonia. Con el tiempo la medicina se fue modernizando, en la medida en que se insertaba en una economía-mundo capitalista. Esto supuso la modernización y adopción de la medicina científica como sistema oficial, aunque las medicinas indígenas y la popular urbana no desaparecieron. La salud basada en la biomedicina se orientó entonces a dar las condiciones de salud para los trabajadores, como medio para que los Estados se incorporen a la economía-mundo capitalista. Surgió así la salud internacional que buscaba coordinar a los Estados para dar soluciones a epidemias y problemas de salud de las poblaciones.

Con el pasar de los años se comenzó a hablar de salud global que suponía que la salud debía entenderse como un objetivo más allá de los Estados, para lo cual se necesitaba repensar el rol de estos en cuanto a la salud. Esta transición fue relativamente sencilla porque ya el sistema económico había asignado ya un nuevo rol a los Estados en el orden mundial económico. De esta forma, sobre estas bases comenzó a pensarse la salud, donde pronto surgió la idea de usar la medicina tradicional como medida que podría abaratar los gastos estatales en salud, dando paso así a que se hable sobre la interculturalidad en salud.

La interculturalidad en salud propuesta a nivel internacional surgió a partir de pensar la salud dentro de un modelo médico hegemónico basado en la biomedicina. De esta forma, a pesar de que la interculturalidad surgió como un proyecto político indígena en varios países de Latinoamérica, su adopción por el Estado supuso quitarle todo su contenido crítico y convertirlo en funcional para los sectores dominantes. En términos de salud supuso crear un discurso de interculturalidad en salud que incorpora y legaliza algunas medicinas tradicionales, mientras que apenas son tiene reconocimiento, aunque no como elementos del

sistema de salud, sino como patrimonio de la ciudad. Aquellas que integra deben someterse a los parámetros que impone al biomedicina y dejar de lado aquellos que no los cumple. Entretanto, las medicinas que no se someten a estos requisitos siguen operando conservando sus propios axiomas y mecanismos de validación. Esto hace que estas terapias operen dentro de una *zona gris*. La *zona gris* donde la medicina basada en hierbas de los mercados de Quito opera no es solo una zona de exclusión, porque adquiere características propias como una constante ampliación de sus conocimientos, convertirse en centro de una red que la integra con otras medicinas y flexibilizar su organización.

¿Cuál es la relevancia de esta zona gris? Aplicar este concepto a las medicinas populares urbanas pueden ayudarnos a comprender mejor este fenómeno. Recordemos que las medicinas populares urbanas según Press presentaban una capacidad de transformarse, lo cual mostraba que había una *agencia intersubjetiva* entre curadores tradicionales, pacientes y otros actores (por ejemplo, quienes distribuyen yerbas). La *zona gris* es precisamente un espacio que permite esta *agencia*, donde se encuentran diferentes actores ligados directa o indirectamente a los procesos de salud, impulsando así las transformaciones de esta medicina para que continúe atendiendo a la salud de la población.

Las medicinas populares urbanas presentaban también como una característica la persistencia de prácticas médicas populares. A lo largo del texto mostré que las prácticas tradicionales de las hierbas no solo persisten, sino que se van ampliando e incorporando nuevos conocimientos de diferentes tradiciones médicas. Por otra parte, esta persistencia muestra también que existen procesos de resistencia que desafían al poder de la biomedicina, que se presentan como formas de hacer, por ejemplo, con la ampliación del uso curativo de las *limpias* para tratar condiciones como el *estrés*; o también discursivamente, cuando se utiliza y terminología biomédica en la atención de las hierbas.

Considero que el hecho de que esta medicina se situó en la zona gris, con cierta autonomía del Estado, permite tener mayores posibilidades a las hierbas para llevar adelante su labor y para realizar sus propias dinámicas organizativas, más aún si en el futuro surge una organización propia que gestione esta medicina hacia el público. De hecho, algunos estudios concluyen que cuando las entidades indígenas están involucradas en la organización de la asistencia médica se observa que hay un impacto en la reducción de barreras al acceso y en el incremento de la satisfacción del usuario (Mignone, et al. 2007, 8). Por ello, permanecer en

esta zona gris puede ser beneficioso para las hierbas y cualquier otra medicina popular urbana.

En lo personal, considero que una política de interculturalidad que, como en el Ecuador, se considere encontrar de al hegemonía biomédica, debería solo iniciar procesos de *reconocimiento* y no de *incorporación* o *legalización* de las medicinas tradicionales. Se deberían establecer criterios mínimos para regular su labor, pero que de ninguna manera influyan sobre sus axiomas y formas de validación que reproducen por generaciones. Conservar las *zonas grises* debería ser en realidad una política que impulse la interculturalidad en salud, pues son precisamente en estos espacios donde estas medicinas pueden desenvolverse para continuar y mejorar la atención en la salud de la población. En todo caso, las acciones deben ir por otros rumbos, como mejorar las condiciones laborales para estas mujeres que, al igual que tantas otras, cumplen con un rol importante para la sociedad trabajando en el sector informal de la economía.

Lista de Referencias

- Abad, Luisa. 2004. "Salud intercultural y pueblos indígenas: La experiencia de un programa de salud de atención primaria con comunidades Aguarunas de la selva amazónica en Perú". En *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*, editado por Gerardo Fernández, 75-92. Quito: Abya Yala.
- Abadía-Barrero, Cesar Ernesto, y Diana Goretty Oviedo-Manrique. 2008. "Intersubjetividades estructuradas: la salud en Colombia como dilema epistemológico y político para las ciencias sociales". *Universitas Humanistica* 66 (julio-diciembre): 57-82.
- Acanda, Jorge Luis, y Jesús Espeja. 2006. *La preocupación ética. Apuntes de un curso*. La Habana: Aula Fray Bartolomé de las Casas.
- Alarcón, Ana, Aldo Vidal y Jaime Neira. 2003. "Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales". *Revista médica Chile* 131: 1061-1065.
- Arnold, David. 1993. *Colonizing the body: state medicine and epidemic disease in nineteenth-century India*. California: University of California Press.
- Auyero, Javier. 2007. *La zona gris: Violencia colectiva y política partidaria en la Argentina contemporánea*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Azogue, Abraham. 2012. "El barrio de San Roque: Lugar de acogida". En *San Roque: indígenas urbanos, seguridad y patrimonio*, editado por Eduardo Kingman, 21-36. Quito: Flacso/Heifer Internacional.
- Barentzen, Hilda. 2005. "Mano de obra indígena en las haciendas jesuitas de Ica - Perú (1767-1800)". *Universum*: 143-171.
- Barnard, Alan, y Jonathan Spencer. 2002. *Encyclopedia of social and cultural anthropology*. Londres: Routledge.
- Barrutia, Xabier, y Patxi Zábalo. 2004. "Sector farmacéutico, patentes y acceso a medicamentos en el Sur". *CIDOB d'Afers Internacionals* 64: 175-191.
- Bauman, Zygmunt. 2003. *La globalización: consecuencias humanas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- 2010. *Modernidad líquida*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Bejarano, Ignacio. 2004. "Lo culto y lo popular. Medicina letrada/medicina tradicional. Hacia una práctica unificada de los conocimientos médicos". *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales* 24 (julio): 13-22.
- Belofsky, Nathan. 2013. *Strange medicine. A shocking history of real medical practices through the ages*. New York: Perigee books.

- Black, George W. 1883. *Folk medicine: a chapter in the history of culture*. Londres: Folk-lore society. <https://archive.org/details/folkmedicineach01blacgoog>
- Blumhagen, Dan W. 2009. “The doctor coat: the image of the physician in modern America: belief and healing”. En *Understanding and applying medical anthropology*, editado por Peter Brown y Ron Barret. Nueva York: McGraw-Hill.
- Banco Mundial. 1993. *Invertir en salud*. Washington: Banco Mundial, 1993.
- Brandao, Thais, y Amaranta Moral. 2014. “Consultoría de diagnóstico de implementación funcionalidad y uso de 59 salas de zonas 1-9 con Adecuación Cultural de la Atención del Trabajo de Parto, parto y Posparto para el Ministerio de Salud Pública del Ecuador”. Informe de Diagnóstico. Quito: MSPE/UNFPA.
- Breilh, Jaime. 2012. “La subversión de la retórica del buen vivir y la política de salud”. *La tendencia, revista de análisis político*: 106-111.
- 2010. “Lo etnocultural en la determinación de la salud Entrevista con Jaime Breilh”. *Revista Anaconda internacional* 25, 4 (Abril): 19-23.
- Bretón, Victor. 2011. “Reforma agraria, desarrollo rural y etnicidad en los andes septentrionales (1960 - 2005)”. En *Estado, movimientos sociales y soberanía alimentaria en América Latina ¿Hacia un cambio de paradigma agrario?*, editado por Jordi Gascón y Xavier Montagut, 43-76. Quito: Flacso sede Ecuador/Icaria editorial/Xarxa de Consum Solidari.
- Brown, Theodore, Marcos Cueto y Elizabeth Fee. 2006. “The World Health Organization and the transition from International to Global Public Health”. *Public Health Then and now (American Journal of Public Health)* 96, 1 (Enero): 62-72.
- Bueno, Carmen. 2009. “El rol de las mujeres en los cambios y continuidades de la economía informal”. *Argumentos*, 22: 211-239.
- Calderón, Carlos. 2009. “Assessing the Quality of Qualitative Health Research: Criteria, Process and Writing”. *Forum: qualitative social research* 10, 2 (mayo). <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1294/2807>
- Calvachi, Edison. s.f. “Bibliografía médica Ecuatoriana Siglo XIX - 2009.” *Museo Nacional de Medicina. Centro de la cultura médica ecuatoriana*. <http://instituciones.msp.gob.ec/museo/index.php/escritores-medicos/122-bibliografia-medica-ecuador>
- Campos, Roberto y Luca Citarella. 2004. “Willaqkuna. Un programa en salud intercultural en Bolivia” En *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*, editado por Gerardo Fernández, 93-106. Quito: Abya Yala.

- Caramés, Mayte. 2004. "Proceso socializador en ciencias de la salud. Caracterización y crítica del modelo hegemónico vigente". En *Salud e interculturalidad en América latina. Perspectivas antropológicas*, editado por Gerardo Fernández, 31-52. Quito: Ediciones Abya Yala.
- Carrera, Larisa Ivon, Graciela Teresita Enría y Alberto Enrique D'Ottavio. 2004. "La atención primaria de la salud y la especialización médica: ¿Categorías opuestas o complementarias?" *Educación médica* VII, 4: 36-43.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132004000600010&lng=es&nrm=iso
- Certau, Michel. 2010. *La invención de lo cotidiano. I: Artes de hacer*. Vol. I. México: Universidad Iberoamericana.
- Cerón, Carlos Eduardo. 1995. *Etnobiología de los cofanes de Dureno: provincia de Sucumbios, Ecuador*. Quito: Abya Yala.
- 1998. *Etnobotánica de los Huarani de Quehueiri-Ono Napo-Ecuador*. Quito: Abya Yala.
- 1993. *Etnobotánica del Ecuador: estudios regionales*. Quito: Abya Yala.
- 1994. *Etnobotánica y diversidad en el Ecuador*. Quito: Abya Yala.
- Comelles, Josep M. 1997. "De las supersticiones a la medicina popular. La transición de un concepto religioso a un concepto médico". En *Medicina popular e antropoloxía da saúde: actas do simposio internacional en homenaxe a D. Antonio Fraguas*, de Antonio Fraguas Fraguas, and Xosé Manuel González Reboredo. Simposio internacional en homenaxe a D. Antonio Fraguas, 247-280. Santiago de Compostela: Consello da Cultura Galega.
- Conrad, Peter. 2007. *The medicalization of society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders* Conrad, Peter (2008-01-04). *The Medicalization of Society*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Cruz, Edwin. 2013. *Pensar la interculturalidad. Una invitación desde Abya Yala América Latina*. Quito: Abya Yala.
- Cuminao, Clorinda. 2012. "Construcción de las identidades de las vendedoras Kichwas y mestizas y los juegos de poder en el mercado San Roque". En *San Roque: indígenas urbanos, seguridad y patrimonio*, editado por Eduardo Kingman, 79-100. Quito: Flacso/Heifer Internacional.
- Estrella, Eduardo. 2004. *Pensamiento médico ecuatoriano*. Vol. I. Quito: Ediciones Banco Central del Ecuador/Corporación Editora Nacional.

- 1993. “Apuntes para una discusión sobre el pensamiento médico de Eugenio Espejo” En *Reflexiones sobre un método para preservar a los pueblos de las viruelas*, editado por Eduardo Estrella, 9-21. Quito: Comisión Nacional Permanente de Conmemoraciones Cívicas.
- Estrella, Ramiro. 2013. *Breve historia de la medicina del Ecuador*. Quito: Casa de la Cultura Ecuatoriana.
- Ferguson, James, y Akhil Gupta. 2002. “Spatializing states: toward and ethnography of neoliberal governmentality”. *American Ethnologist* 29, 4: 981-1002.
- Fernández, Gerardo. 2008. "Confesiones de mandil blanco. Profesionales de la salud en el altiplano boliviano". En *la diversidad frente al espejo. Salud, interculturalidad y contexto migratorio*, editado por Gerardo Fernández, 29-50. Quito: Abya Yala.
- 2004. “La llama de Tin Tin”. En *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*, editado por Gerardo Fernández, 9-15. Quito: Abya Yala.
- 2010. “Sumak Kawsay: retos y paradojas de la salud intercultural”. En *Salud, interculturalidad y derechos. Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay - Buen Vivir*, editado por Gerardo Fernández, 17-52. Quito: Ministerio de Salud Pública.
- Fernández, Iván. 1979. “Estado y desarrollo capitalista en Ecuador”. *Nueva Sociedad*, 45 (Noviembre-Diciembre): 89-103.
- Fierro, Rodrigo, Jaime Breilh y Eduardo Estrella. 1995. *Catálogo del libro ecuatoriano de medicina. Obras seleccionadas: siglo XVIII hasta 1995*. Quito: Academia Ecuatoriana de medicina/Museo nacional de medicina/Centro de Estudios y Asesoría en Salud.
- Figuera von Wichmann, Enrique de la. 2009, “Las enfermedades más frecuentes a principios del siglo XIX y sus tratamientos”. En *Los sitios de Zaragoza: alimentación, enfermedad, salud y propaganda*, editado por María Lourdes de Torres Aured, 151-171. Zaragoza: Institución Fernando el Católico.
- Flores, Juan Antonio. 2004. “Una etnografía del «año de provincias» y de «cuando no hay doctor». Perspectivas de salud intercultural en Bolivia desde la biomedicina convencional”. En *Salud e interculturalidad. Perspectivas antropológicas*, editado por Gerardo Fernández, 181-212. Quito: Abya Yala.
- Foucault, Michel. 1989. *Historia de la sexualidad: la voluntad de saber*. Vol. I. Buenos Aires: Siglo XXI.
- 2006. *La vida de los hombres infames*. La Plata: Editorial Altamira.
- 1999. *Nacimiento de la medicina social*. Vol. II, de *Estrategias de poder. Obras esenciales*, 363-384. Madrid: Paidós Iberica.

- 2006. *Seguridad, territorio y población. Curso en el College de France (1977-1978)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Franco-Giraldo, Álvaro y Carlos Álvarez-Dardet. 2009. “Salud pública global: un desafío a los límites de la salud internacional a propósito de la epidemia de influenza humana A”. *Revista Panamericana Salud pública*, 25: 540-547.
- González, Carlos. 1999. “El sector urbano informal del Ecuador: una visión de su magnitud actual y la particular situación de la mujer en este”. *América Latina Hoy*, 22 (Agosto): 43-47.
- Gramsci, Antonio. s.f. “Compilación Cuadernos de la cárcel”. *Universidad de Buenos Aires*. Departamento de ciencia política de la universidad de Buenos Aires. Edición PDF. <http://www.mabelthwaitesrey.com.ar/wp-content/uploads/Gramsci-Selecci%C3%B3n-de-Los-Cuadernos.pdf>
- Guerra, Francisco. 1988. “Origen de las epidemias en la conquista de América”. *Quinto Centenario*: 43-51.
- Guerrero, Patricio y Luis Herrera. 2011. *Por los senderos del yachak. Espiritualidad y sabiduría de la medicina tradicional*. Quito: Municipio del Distrito Metropolitano de Quito/Universidad Politécnica Salesiana.
- Gullveig, Bente y Torunn Selberg. 2001. *Folk medicine as part of a large concept complex*. Vol. V, de *News perspectives in witchcraft, magic and demonology. Witchcraft, healing and popular diseases*, editado por Biran P. Levrack, 1-24. Londres: Routledge.
- Hermida, Cesar. 2009. *Obras completas: medicina intercultural*. Vol. VII. Quito: CONESUP/UTE.
- Illich, Iván. 2006. “Némesis médica”. En *Obras completas*. México DF: Fondo de Cultura Económica.
- INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos). 2015. “Ecuador en Cifras”. *Actualización metodológica: Empleo en el sector informal y la clasificación de los ocupados según sectores*. S.l: INEC. Edición PDF. http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/EMPLEO/2015/Junio-2015/Metogologia_Informalidad/notatecnica.pdf
- Kazianka, Barbara. 2012. “¿El pluralismo médico como concepto adecuado en el contexto de la biomedicina global y la medicina indígena local? Un ensayo sobre la realidad médica de los mayas itzaes en San José, Guatemala”. *Scripta Ethnologica* XXXIV: 39-68.

- Kingman, Eduardo. 2012. "San Roque y los estudios sociales urbanos". En *San Roque: indígenas urbanos, seguridad y patrimonio*, editado por Eduardo Kingman, 7-20. Quito: Flacso/Heifer Internacional.
- 2012. "Ciudad, seguridad y racismo". En *San Roque: indígenas urbanos, seguridad y patrimonio*, editado por Eduardo Kingman, 175-211. Quito: Flacso Ecuador/Heifer International.
- Krainer, Anita. 2010. "La educación intercultural en Ecuador: logros, desafíos y situación actual". En *Fortalecimiento de organizaciones indígenas en América Latina. Construyendo interculturalidad: pueblos indígenas, educación y políticas de identidad en América Latina*, editado por Juliana Strobele-Gregor, Olaf Kaltmeier y Cornelia Giebeler. Frankfurt: Deutsche Gesellschaft.
- León, José Luis. 2006. "Globalización, salud y seguridad. Coordenadas de un nuevo tema de la agenda internacional". *CIDOB d'Afers Internacionals*, 72: 143-159.
- León, Paulo César. 2003. "Globalización y reestructuración capitalista: cambios en el mundo y América Latina". *INNOVAR. Revista de ciencias administrativas y sociales*, 21 (Diciembre): 47-70.
- Levi, Primo. 2013. "Los hundidos y los salvados". En *Trilogía de Auschwitz*. Editado por Epubgratis.org, 6376-8855. Madrid: Edición Kindle.
- Loza, Carmen. 2008. "El laberinto de la curación: itinerarios terapéuticos en las ciudades de La Paz y El Alto". La Paz: ISEAT.
- Mendoza, Zuanilda. 2003. "Modelos médicos y la interculturalidad". En *Interculturalidad en Salud. Práctica médica con pueblos Indígenas de México*, editado por Sin compilador, *bvs.per.paho.org*. México DF: Yolpahtli.
- Menéndez, Eduardo. 1994. "El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud". *Arxiu D'etnografia de Catalunya: revista d'antropología social*, 3: 83-119.
- 1984. "Estructuras y relaciones de clase y la función de los modelos médicos: apuntes para una antropología médica crítica". *UNAM: Nueva antropología* Vol. VI, 23: 71-102. Issn: 0185-0636.
- 1982. "La crisis del modelo médico y las alternativas autogestionarias en salud". *Cuadernos médicos sociales*, 21: 1-13.
- 1994. "La enfermedad y la curación ¿Qué es la medicina tradicional?". *Alteridades* IV, 7: 71-83.
- 2010. *La parte negada de la cultura*. Rosario: Prohistoria Ediciones.

- 1983. “Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales”. En *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*, editado por Eduardo Menéndez, 97-114. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- 1988. “Modelo médico hegemónico y atención primaria”. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, Facultad de psicología de la Universidad de Buenos Aires. Abril-Mayo. http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/825_rol_psicologo/material/descargas/unidad_2/obligatoria/mode_lo_medico_hegemonico.pdf
- 2002. “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”. *Ciencia & saude colectiva*, 8: 185-207.
<https://www.scribd.com/doc/274775622/Menendez-Modelos-de-Atencion-Padecimientos-Exclusiones-Teoricas-Articulaciones-Practicas>
- Mignone, Javier, Judith Bartlett, John O'Neil y Treena Orchard. 2007. “Best practices in intercultural health: five case studies in LatinAmerica”. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine* (Biomed Central) Vol. 3, 31 (Septiembre): 1-11.
https://www.researchgate.net/publication/254421790_Best_Practices_in_Intercultural_Health
- Modena, Maria Eugenia. 1995. “Reconocimiento, incorporación, legalización: algunos riesgos de la hegemonización del pensamiento y la acción respecto a las medicinas populares”. En *Pueblos indígenas ante el derecho*, editado por Victoria Chenaut y María Teresa Sierra, 221-230. México DF: CIESAS.
- Molinares, Viridiana. 2012. *La zona gris. Imposibilidad de juicios y una nueva ética*. Bogotá: Editorial Universidad del Norte.
- Morales, Mónica Adriana. 1999. “Género, medicina científica y medicina popular, una conjunción conflictiva. El territorio nacional de La Pampa 1946-1955”. *La Aljaba* (Segunda época) Vol. IV: 167-181.
- Moscoso, Lucía. 2013. “Medicina ancestral: saberes para curar el cuerpo y el alma”. Quito: Distrito Metropolitano de Patrimonio. Edición PDF.
http://www.patrimonio.quito.gob.ec/images/libros/2014/Medicina_Ancestral.pdf
- Maria Teresa. 2007. “Médicos y antropólogos que descifran y tratan males. El desarrollo de la antropología de la medicina en Guatemala”. *Desacatos*, 23. Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social: 225-250.

- MSPE (Ministerio de Salud Pública del Ecuador). 2010. *El enfoque intercultural en las normas de salud materna en el Ecuador 1994 - 2009*. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador/UNFPA/Family Care International.
- 2008. “Ley orgánica de salud del Ecuador”. Quito: Gobierno del Ecuador, 2006.
- 2008. *Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado*. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador/Consejo Nacional de Salud.
- 2012. *Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI)*. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- Municipio del Distrito Metropolitano de Quito. 2010. *San Roque: Memoria histórica cultural*. Quito: Municipio del Distrito Metropolitano de Quito.
- OIT. 2013. *Women and men in the informal economy: a statical picture*. Ginebra: ILO.
- OMS. 2005. “Carta de Bangkok para la promoción de salud en un mundo globalizado”. *World Health Organization*. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf
- 2008. “Declaración de Beijing”. *World Health Organization*. http://www.who.int/medicines/areas/traditional/TRM_BeijingDeclarationSP.pdf
- 2013. *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014 - 2023*. Ginebra: OMS.
- 2002. *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002 – 2005*. Ginebra: OMS.
- 2008. “Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual. WHA61.21”. *World Health Organization*. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_R21-sp.pdf
- s.f. “International Regulatory Cooperation for Herbal Medicines (IRCH)”. *World Health Organization*. <http://www.who.int/medicines/areas/traditional/irch/en/>
- 2009. *Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud WHA62.13*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/4262/1/A62_R13-sp.pdf?ua=1
- 2003. *Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud. Medicina tradicional. WAH56.31*. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/80225/1/sa56r31.pdf?ua=1>
- OPS. 2008. *Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas*. Washington: OPS.
- 2007. “La renovación primaria de salud en las Américas”. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington: OPS.
- Orellana, Dante. 2003. *La salud en la globalización*. Quito: Abya Yala.

- Ortega, Fernando. 2008. "Los modelos de atención de salud en Ecuador". En *Transformaciones sociales y sistemas de salud en Latinoamérica*, editado por Betty Espinosa y William Waters, 49-64. Quito: Flacso Ecuador.
- PAHO. 1978. *Declaración de Alma Ata*. http://www1.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
- Perdiguero, Enrique y Josep M. Comelles. 2014. "Medicina popular, compromiso profesional y educación sanitaria en España". *Scripta Ethnologica*, XXXVI: 7-40.
- Ponz, Elizabeth, Griceldo Carpio y Severo Meo. 2005. *La medicina tradicional de los Tacana y Machineri. Conocimientos prácticos de las plantas medicinales*. La Paz: Fundación Pieb.rr
- Press, Irwin. 1978. "Urban folk medicine: A functional overview". *American Anthropologist* 80, 1 (Marzo): 71-84.
- Puente, Eduardo. 2005. *El Estado y la interculturalidad en el Ecuador*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar-Abya Yala-Corporación Editora Nacional.
- Rios, Montserrat, ed. 2007. *Plantas útiles del Ecuador = useful plants of Ecuador: aplicaciones, retos y perspectivas = applications, challenges, and perspectives*. Quito: Abya Yala.
- Rodríguez, Josep A. 1981. "El poder médico desde la sociología". *Revista española de investigaciones sociológicas*, 14: 95-112.
- Rodríguez, Rafael y José María Seco. 2007. "Hegemonía y democracia en el siglo XXI: ¿Por qué Gramsci?". *Cuadernos electrónicos de filosofía del derecho* 15. ISSN-e 1138-9877. <http://www.uv.es/cefd/15/rodriguez.pdf>
- Rodríguez, Xavier. 2008. *Una historia desde y para la interculturalidad*. México: Universidad Pedagógica Nacional (UPN).
- Ruiz, Edgardo. 2006. *Etnomedicina: un nuevo camino para un vivir integral*. Quito: UNESCO/OPS/OMS.
- Sassen, Saskia. 2007. *Una sociología de la globalización*. Buenos Aires: Katz.
- Sastry, Shaunak y Mohan Jyoti Dutta. 2013. «Global Health Interventions and the "Common Sense" of Neoliberalism: A Dialectical Analysis of PEPFAR.» *Journal of International and Intercultural Communication* 6, 1: 21-39.
- Scott, James C. 2000. *Los dominados y el arte de la resistencia*. México: Ediciones Era.
- Sibilia, Paula. 2009. *El hombre postorgánico: cuerpo, subjetividad y tecnologías digitales*. Buenos Aires: Fondo de cultura económica.
- Sussman, David J. 1993. *¿Qué es la acupuntura?* Buenos Aires: Kier.

- Testa, Mario. 1988. "Atención ¿primaria o primitiva? de salud". En *Segundas Jornadas de Atención Primaria de Salud*, editado por Hugo Spinelli, Carmen Ferrer, Ana Diez Roux, Alejandro Wilner, Virginia López Casariego, Luis Migueles, Mario Vinocur, Marcio Alazraqui y Paola Vaccaro, 75-90. Buenos Aires: CEDOPS. Edición PDF. <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-176.pdf>
- Tobar, Ximena Alejandra. 2011. "Tejiendo identidades a través de los saberes y prácticas medicinales en los mercados urbanos de Quito". Tesis de licenciatura. Universidad Politécnica Salesiana.
- Torres-Tovar, Mauricio. 2011. "Necesidad de una nueva epistemología para una nueva práctica de salud pública". En *La salud y la vida*, editado por Edmundo Granda, 77-92. Quito: OPS/MSPE/CONASA/Universidad de Cuenca/Universidad Nacional de Loja/ALAMES.
- Trouillot, Michel-Rolph. 2011. *Transformaciones globales. La antropología y el mundo moderno*. Popayan: Universidad del Cauca-CESO-Universidad de los Andes.
- UNESCO. 2003. "Convención para la salvaguardia del patrimonio cultural inmaterial". UNESCO. <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001325/132540s.pdf>
- Vásconez, Alison. 2009. "Mujeres, mercado laboral, y trabajo precario en Ecuador". En *Documentos de trabajo: Género y Empleo*, editado por Judith Astelarra, 55-65. Madrid: Fundación Carolian-Cealci.
- Viaña, Jorge. 2010. "Reconceptualizando a la interculturalidad". En *Construyendo interculturalidad crítica*, editado por Jorge Viaña, Luis Tapia y Catherine Walsh, 9-62. La Paz: Instituto Internacional de integración-Convenio Andrés Bello.
- Viola, Andreu. 2014 «Discursos "pachamamistas" versus políticas desarrollistas: el debate sobre el Sumak Kawsay en los Andes.» *Iconos. Revista de Ciencias Sociales*, nº 48. Flacso: 55-72.
- Wahlberg, Ayo y Nicolas Rose. 2015. "The governmentalization of living: calculating global health". *Economy and Society* 44, 1 (Febrero): 60-90.
- Wallerstein, Immanuel. 2005. *Análisis de sistemas-mundo. Una introducción*. México DF: Siglo XII.
- Wallerstein, Immanuel. 2004. "El ascenso y futura decadencia del sistema-mundo capitalista: conceptos para un análisis comparativo". En *Capitalismo histórico y movimientos antisistémicos*, editado por Immanuel Wallerstein, 85-114. Madrid: Akal.
- Walsh, Catherine. 2012. "Interculturalidad, plurinacionalidad y razón decolonial: refundares político-epistémicos en marcha". En *Lugares descoloniales: espacios de intervención*

en las Américas, editado por Ramón Grosfoguel y Roberto Almanza, 95-118. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.

Walsh, Catherine. 2002. "Interculturalidad. Reformas Constitucionales y Pluralismo Jurídico". *Aportes Andinos*, 2 (Abril). Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador - Programa Andino de Derechos Humanos: 1-6.
<http://www.uasb.edu.ec/UserFiles/369/File/PDF/CentrodeReferencia/Temasdeanálisis2/administracionyjusticiaindigena/articulos/catherinewash.pdf>