

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA
SEDE QUITO

CARRERA: ANTROPOLOGÍA APLICADA

**Tesis previa a la obtención del título de: LICENCIADO EN
ANTROPOLOGÍA APLICADA**

TEMA:

**LA MEDICINA POPULAR EN LAS PARROQUIAS RURALES DE QUITO.
PERSPECTIVAS Y PRÁCTICAS DE LOS PACIENTES DE LA
PARROQUIA DE LLOA**

AUTOR:

EDWIN VADIM GUERRERO ALEMÁN

DIRECTOR:

LUIS HERRERA

Quito, mayo del 2013.

DECLARATORIA DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIZACIÓN DE USO DEL
TRABAJO DE GRADO

Yo, Edwin Vadim Guerrero Alemán, autorizo a la Universidad Politécnica Salesiana la publicación total o parcial de este trabajo de grado y su reproducción sin fines de lucro.

Además declaro que los conceptos y análisis desarrollados y las conclusiones del presente trabajo son de exclusiva responsabilidad del autor.

Quito, mayo del 2013.

Edwin Vadim Guerrero Alemán.

CI: 1718926304

DEDICATORIA

A aquella profunda luz que cada día me llena de esperanza y fortaleza, mi Madre.

A la memoria de mi Padre.

A la memoria de mi Abuelita “Momo”.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi director de tesis, Luis Herrera, por el apoyo y acompañamiento a lo largo de la investigación.

Mi más profundo agradecimiento a todas aquellas personas de la parroquia de Lloa, que permitieron que esta tesis sea posible.

Un agradecimiento especial a Jorge Lara, y a todo el personal de la Junta Parroquial de Lloa. De igual manera, al personal del subcentro de salud de Lloa.

ÍNDICE

Introducción	1
CAPÍTULO 1	
MARCO TEÓRICO	
1.1 El estudio de los sistemas de salud desde la Antropología	11
1.1.1 El estudio de los temas médicos culturales en los inicios de la Antropología	11
1.1.2 El nacimiento de la Antropología Médica	14
1.2 Principales enfoques en Antropología Médica	15
1.2.1 Enfoque interpretativo	15
1.2.2 Los enfoques críticos	17
1.2.3 El enfoque relacional	18
1.3 Los modelos médicos	19
1.3.1 El modelo médico hegemónico	21
1.3.1.1 La conformación de la biomedicina	21
1.3.1.2 Del acusamiento al aprovechamiento de la medicina tradicional	23
1.3.1.3 El biologicismo de la medicina occidental. Menosprecio a los determinantes sociales y económicos de la enfermedad	25
1.3.1.4 La medicalización	27
1.3.2 El modelo médico subordinado	32
1.3.3 Modelo de autoatención	38
1.4 Salud intercultural	42
1.4.1 La salud intercultural en el Ecuador. Marco jurídico y experiencias	46
1.4.2 La autoatención como eje de la salud intercultural	54
CAPÍTULO 2	
LLOA	
2.1 Consideraciones generales de la parroquia de Lloa	59
2.1.1 Geografía	59
2.1.2 Demografía	59
2.1.3 Economía	60

2.1.4 Servicios básicos	61
2.1.5. Salubridad	63
2.2 Breve historia de la conformación de la parroquia de Lloa	64

CAPÍTULO 3 LOS MODELOS MÉDICOS EN LLOA

3.1 El modelo médico hegemónico en Lloa	70
3.1.1 La implementación del subcentro de salud de Lloa	70
3.1.2 La biomedicina en Quito	73
3.1.3 Las primeras experiencias de los pacientes lloanos con los servicios biomédicos de Quito	75
3.1.4 Mecanismos de control de la biomedicina en Lloa	77
3.2 El modelo médico subordinado de Lloa	81
3.2.1 ¿Existen agentes de salud tradicional en Lloa?	81
3.2.2 El debilitamiento de la función social y de los conocimientos médicos de los curadores extra familiares	87
3.2.3 El reemplazo de los curadores extra familiares	91
3.3 El modelo médico de autoatención en Lloa	96
3.3.1 La cosmovisión médica tradicional de la comunidad de Lloa	96
3.3.2 Los cambios en el modelo de autoatención	100
3.3.2.1 Cambios dentro del discurso sobre la salud y la enfermedad	101
3.3.2.2 Cambios en las prácticas de autoatención	106

CONCLUSIONES	115
---------------------	-----

RECOMENDACIONES	120
------------------------	-----

LISTA DE REFERENCIAS	124
-----------------------------	-----

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1. Actividades económicas generadoras de empleo	60
Tabla N° 2. Empleo	61
Tabla N° 3. Cobertura de Servicios Básicos	62
Tabla N° 4. Enfermedades más comunes en Lloa	63
Tabla N° 5. Población de la parroquia de Lloa 1950-2010	68
Tabla N° 6. Número de estudiantes de la escuela Pichincha. 1980-2004	69
Tabla N° 7. Forma de atención de partos, 1960-2010	71
Tabla N° 8. Forma de atención de partos, 1970-1980	72

RESUMEN

Lloa es una comunidad marcada por el contraste entre el campo y la ciudad. Las relaciones que ha ido tejiendo con Quito, así como su pasado predominantemente rural, ligado al sistema de hacienda, han producido una sociedad híbrida, donde se suscitan fenómenos culturales propios de la tensión entre la modernidad y la tradición. Dentro de este contexto, coexisten la medicina occidental y la medicina tradicional lloana, entre las cuales se han tejido relaciones de poder, caracterizadas sobre todo por el intento de la medicina occidental de posicionarse como el modelo médico hegemónico, y a su vez subordinar a los “otros” sistemas médicos.

Los pacientes de Lloa han sido, históricamente, los principales protagonistas y constructores de su propia medicina tradicional. De allí que el modelo de autoatención tenga una importancia particular dentro de esta comunidad. Es por esa razón que los esfuerzos por la hegemonización de la biomedicina se expresan sobre todo en el intento de controlar los imaginarios y las prácticas médicas de los pacientes. En la presente investigación se analizará cuál ha sido la respuesta de los pacientes, determinando si está favorece o no a los intereses hegemónicos de la biomedicina, y a su vez visualizando cuáles pueden ser las opciones para la construcción de la interculturalidad dentro del modelo de autoatención.

ABSTRACT

Lloa is a community marked by the contrast between the countryside and the city. The relationship that has been woven with Quito as well as its rural past, linked to the system of finance, have produced a hybrid society, where cultural phenomena of the tension between modernity and the modernity arise. Within this context, biomedicine and traditional medicine Lloana, power relations, characterized primarily by the attempt of biomedicine to position as the hegemonic medical model, and in turn subordinate to the "other" medical systems have woven between them coexist.

Lloa patients have been the main protagonists and builders of their own traditional medicine. From there you self-care model may have particular importance within this community. It is for this reason that efforts by the hegemonization of biomedicine are expressed above all in the effort to rein in the imaginaries and medical practices of the patients. This research will consider what has been the response of patients, by determining whether it is favours or not to the interests of the hegemony of biomedicine, and at the same time showing which may be options for the construction of the interculturality within the self-service model.

INTRODUCCIÓN

En mi niñez y en mi adolescencia, fueron varias las ocasiones en que, prácticamente obligado por mi familia y por la sociedad, tuve que acudir a consultorios y clínicas médicas. Nunca me gusto ir hacia allá, no solo por el miedo a las agujas, a las tijeras quirúrgicas y demás, sino también por la actitud arrogante, hostil y mecánica de gran parte del personal de salud, quienes casi siempre ignoraban o menospreciaban los relatos sobre mi experiencia con la enfermedad. A medida que fui creciendo me fui resignando sobre esa situación, y poco a poco dejé de esforzarme por comprender y explicar (en mis propios términos claro está) mi experiencia con la enfermedad; a la final los médicos poco o nada se interesarían en ello, y la terapia sería como siempre, diseñada unilateralmente por los “expertos” de la salud.

Ya una vez dentro de mi proceso de preparación en la carrera de antropología, y específicamente mientras estudiaba a Bourdieu, Foucault, Gramsci, entre otros, comprendí que gran parte de las relaciones sociales, entre ellas la relación médico-paciente, se dan en términos de poder, donde una parte (el médico) emprende una serie de estrategias, muchas veces inconscientes, encaminadas a subordinar el papel de la otra parte (el paciente) en su contexto de relación (el proceso de curación). A partir de ese momento, me empecé a interesar en develar los juegos de poder de la relación médico-paciente, por lo que en cada cita médica a la que acudía, intentaba realizar toda una “investigación etnográfica”. De hecho, muchas de las tareas que giraban en torno a la temática de las relaciones de poder, las realicé teniendo como base empírica, la relación médico-paciente, de la que yo mismo participaba.

De esta manera, pude darme cuenta que, la subordinación de los saberes del paciente no responden a intereses exclusivamente médico-científicos, sino sobre todo a intereses económicos, políticos e ideológicos de la medicina occidental. Esto me hizo pensar en la necesidad de replantear la actitud sumisa y pasiva a la que se nos ha impuesto, no solo como una medida contrahegemónica o de insubordinación frente a la medicina occidental, sino también como un proceso de autodeterminación, en el afán de recuperar el derecho que tenemos los pacientes a conocer y controlar consiente y activamente nuestro propio cuerpo.

A su vez, la comprensión del principio de la diversidad cultural, despertó mi curiosidad, sobre los sistemas médicos no occidentales, y particularmente sobre la

medicina andina. Luego de leer varias etnografías y artículos al respecto, me llamó la atención de sobre manera el hecho de que en casi todos estos escritos, el tema de los curadores tradicionales andinos era el predominante, al punto de que, en varios libros se entendía la “medicina andina” a través de lo que decían o practicaban exclusivamente los curadores tradicionales. Y, en las pocas ocasiones en que eran recogidas las perspectivas de los pacientes, éstas no eran analizadas a profundidad, y más bien servían para confirmar algún dato referente a los curadores tradicionales.

Tuve la sospecha de que, muchos de estos autores estaban tratando de entender a la medicina andina, desde los postulados de la medicina occidental. Parecía que “transportaban” varios de los principios de funcionamiento del sistema médico occidental a la interpretación de los “otros” sistemas médicos. Se presentaba por ejemplo, a los curadores tradicionales, a imagen y semejanza de los médicos occidentales, es decir con niveles de especialización, dentro de una escala jerárquica, entre otros rasgos estructurales. Y, a los pacientes, con características muy parecidas a los pacientes occidentales, es decir ejerciendo un rol marginal y pasivo frente a la salud y la enfermedad y sumidos en una relación con los curadores, muy parecida a la relación médico-paciente del sistema médico occidental, es decir donde es el médico o, en este caso, el curador “el que sabe”, y el paciente “el que no sabe”.

En los últimos semestres de mi carrera me interesé por la antropología médica. En primer lugar, me pareció muy importante que, dentro de esta especialización, se reconociera y se de mucha importancia a los saberes y las prácticas médicas de los pacientes, al punto que desde algunos enfoques teóricos, se hablaba de la “medicina popular” (Kleinman , 1980), o del “modelo médico de autoatención” (Menéndez, 1981) de acuerdo al énfasis puesto en determinada característica de los saberes y prácticas de los pacientes. Particularmente me interesé por el enfoque relacional, encabezado por Eduardo Menéndez, ya que desde ahí se estudiaba a los saberes y prácticas médicas de los pacientes (modelo de autoatención) en relación con los otros sistemas médicos, sobre todo con la medicina occidental y con la medicina tradicional. Además, su forma de análisis se caracterizaba por enfocarse en las relaciones de poder entre los diversos modelos médicos. Era por lo tanto, un enfoque con el que compartía muchas de las creencias que había construido a lo largo de mi carrera.

Unos meses antes de egresar, tuve la oportunidad de conocer la parroquia de Lloa. Me sorprendió ver que, a pesar de estar a tan solo 4 km de una de las zonas más pobladas y bulliciosas de Quito (zona de la Mena 2), esta parroquia mantenga un aire típico de ruralidad. Aparentemente se parecía mucho a los pueblos campesinos recónditos de la sierra ecuatoriana. Sin embargo, pronto me di cuenta que habían varios mecanismos que unían a este pueblo con el mundo urbano. No solo los buses que iban y venían cada media hora, sino también el teléfono celular, la televisión y la radio son algunos de esos mecanismos. Como bien concluye el antropólogo Luis Páez, basándose en su investigación etnográfica sobre Lloa: “este pueblo desarrolla sus actividades en medio de dos mundos: uno relacionado a la ciudad y a la influencia que ésta emana, y otro vinculado al ámbito rural, el cual ha marcado de manera considerable los patrones culturales de los habitantes de la parroquia” (Páez, 2010, pág. 361). Por tales razones, me pareció una comunidad indicada para estudiar las relaciones de poder entre el campo y la ciudad. Me pregunté si sería también una comunidad adecuada para estudiar las relaciones de poder entre el modelo de autoatención y los demás sistemas médicos existentes.

En las primeras conversaciones que tuve con los habitantes de Lloa, tuve la impresión de que la medicina tradicional está desapareciendo, ya que las personas consultadas no ubicaban a los curadores tradicionales de su parroquia. Sin embargo, luego de algunos días, conversé con una sabia señora quien me dijo “aquí no hay curadores tradicionales como usted dice, porque aquí todos sabemos cómo curar” (González E. , 2012), lo cual me trajo varias dudas acerca del funcionamiento de la medicina tradicional: ¿Cómo se organiza internamente la medicina tradicional de Lloa? ¿Existe una demarcación rígida entre paciente y curador en la medicina tradicional lloana? ¿Qué implica el hecho de que “todos sepan curar”? ¿En qué medida los pacientes de Lloa son portadores o practicantes de la medicina tradicional?

Supe que tenía que responder estas preguntas antes de pasar a analizar las relaciones de poder entre los diversos modelos médicos existentes en la parroquia. Sin embargo, esta aparente complejidad y particularidad del sistema médico tradicional de Lloa, frente a la que me encontraba, me llamaba mucho la atención y de hecho fue una de las mayores razones para elegir a Lloa como el lugar para emprender mi investigación.

Por otro lado, desde las primeras visitas a Lloa, pude darme cuenta que, efectivamente había un cambio en las prácticas médicas de la parroquia. La utilización de medicamentos había suplantado gran parte de la utilización de los remedios tradicionales, igualmente muchas personas prefieren optar por los servicios de la biomedicina (ya sea pública o privada) en lugar de las terapias médicas tradicionales. Sin embargo, pronto supe que el acceso de la población hacia la medicina occidental, se comienza a dar a partir de los años 70s. ¿Por qué, entonces, se había dado este, aparentemente, rápido y brusco cambio en las prácticas médicas de los pacientes? Y además ¿Cuáles son los mecanismos y las estrategias de la biomedicina en su afán de consolidarse como modelo médico hegemónico? ¿Cuál ha sido el impacto de la biomedicina en los saberes y prácticas médicas de los pacientes de Lloa? ¿Existe un desplazamiento de las prácticas y de los saberes médicos tradicionales dentro del modelo de autoatención? Y por ende ¿Se puede hablar de una legitimación por parte de los mismos pacientes de Lloa hacia la biomedicina como modelo médico hegemónico?

De tal manera, los objetivos de la presente investigación son:

Objetivo general

- Develar y analizar las relaciones de poder entre la biomedicina y la medicina tradicional lloana, dentro del modelo médico de autoatención.

Objetivos específicos

- Determinar cuál es el funcionamiento de la biomedicina, en su afán de legitimarse como modelo médico hegemónico.
- Determinar cuál es el funcionamiento y la organización de la medicina tradicional lloana.
- Determinar cuál ha sido el impacto de la biomedicina en las prácticas y conocimientos médicos de los pacientes de Lloa.
- Determinar qué papel cumple actualmente la medicina tradicional en las prácticas y conocimientos médicos de los pacientes de Lloa.
- Proponer las bases para la construcción de un modelo de salud intercultural, basado en la autoatención.

La biomedicina, en su afán de consolidarse como el modelo médico hegemónico, intenta constantemente subordinar los sistemas médicos diversos, entre ellos el modelo de autoatención, y de esta manera hacerlos funcionales a sus objetivos. En ese sentido, el control sobre los cuerpos de los pacientes, llevado a cabo sobre todo a través del proceso de medicalización, así como también la reproducción de los valores e ideologías de la biomedicina dentro de los imaginarios de los pacientes, constituyen condiciones imprescindibles para el establecimiento de la hegemonía de la biomedicina.

Es importante entender que la hegemonización de la biomedicina está enmarcada dentro de un proceso más amplio, el de la hegemonización del capitalismo. Es por ello que, además de la biomedicina, existen múltiples instituciones que ejercen estrategias encaminadas a consolidar a la biomedicina como modelo hegemónico. La educación, las leyes, el gobierno, ONGs, entre otras instituciones, promueven de alguna manera los fines de la biomedicina. En gran parte, como producto del accionar de este aparato institucional, el modelo de autoatención, es decir las prácticas y las representaciones médicas de los pacientes, en la gran mayoría de sociedades capitalistas funciona en favor de la biomedicina, y por ende, en favor del capitalismo

Sin embargo, creemos que es posible la construcción de un modelo de autoatención, que replantee las relaciones de poder que la biomedicina trata de imponer. Ya que este modelo, constituye en gran parte una mezcla de saberes y prácticas de diversas fuentes médicas, serán los principios organizativos de estos saberes y prácticas, los indicadores de si la autoatención contribuye o no a la hegemonía de la biomedicina. En este sentido, un modelo médico de autoatención que se base en los principios de la interculturalidad, generará la apropiación consiente y fundamentada de los saberes de las diversas fuentes médicas, sin sucumbir en una de ellas en particular, ya que serán los mismos pacientes, a partir de sus propias experiencias y necesidades, quienes construirán y direccionarán el modelo de autoatención. Es por ello que, un modelo de autoatención basado en los principios de la interculturalidad, constituye una forma de replantear las relaciones de poder entre la biomedicina y las demás fuentes médicas pero sobre todo una manera de descolonización a nivel personal y social.

Valga precisar que, la presente investigación se enfocará principalmente en develar y analizar las relaciones de poder entre la biomedicina y la medicina tradicional, ya que esto constituye la condición necesaria para plantear propuestas interculturales de salud. Si bien, se presenta una propuesta sobre un modelo de autoatención intercultural, la construcción de una propuesta holística de salud intercultural, escapa a los fines de esta tesis. Sin embargo, creemos que tanto el marco teórico como los resultados de la presente investigación pueden servir de insumos para tan importante y compleja empresa.

En el primer capítulo se construirá el marco teórico. Para ello primeramente realizo una breve reseña histórica acerca de la visión que ha tenido la antropología, desde sus inicios, sobre los temas médico culturales. Luego, expongo las principales corrientes teóricas de la antropología médica, y a partir de la propuesta del enfoque relacional, presento las características de cada uno de los modelos médicos existentes (modelo médico hegemónico y modelo médico subordinado y modelo de autoatención). Por último presento un debate en torno a la llamada “salud intercultural” y planteo las bases para una propuesta de salud intercultural que tenga como eje principal el modelo de autoatención.

En el segundo capítulo presento una descripción general de la parroquia de Lloa. Expongo brevemente aspectos de su economía, organización política, demografía, servicios básicos, entre otros, en especial aspectos que tengan de alguna manera relación con el tema de nuestra tesis. Luego presento la historia de la parroquia, poniendo énfasis sobre todo en las relaciones que ha tejido con Quito y con la migración, ya que esto dará pistas para entender las relaciones de poder existentes entre Lloa y la capital.

En el tercer capítulo expongo los resultados del trabajo de campo. Este capítulo lo he organizado de manera similar al marco teórico; es decir presentando las características de los modelos médicos existentes en la parroquia. En el subcapítulo dedicado al modelo médico hegemónico, presento los mecanismos y las estrategias de las diversas instituciones de la parroquia de Lloa que tienen como finalidad posicionar a la biomedicina como modelo médico hegemónico. También analizo las relaciones entre la biomedicina y la comunidad de Lloa, poniendo énfasis en la demanda de la población lloana hacia los servicios de salud biomédicos. En el

próximo subcapítulo, analizo las características del modelo médico subordinado en Lloa. En este subcapítulo contrasto las funciones y roles ejercidos por los médicos tradicionales especialistas de la parroquia, antes y después de la instauración de la biomedicina en Lloa. Además, analizo la pertinencia del concepto de “agentes de salud tradicional” así como de “modelo médico subordinado” en la realidad de la parroquia. En el tercer y último subcapítulo, analizo el modelo médico de autoatención. Empiezo describiendo la cosmovisión médica tradicional de Lloa, enfocándome sobre todo en los principios que la guían, como son la lógica de frío-caliente, y la dualidad fuerza-debilidad. Luego, analizo los cambios, tanto a nivel de los discursos como de las prácticas, que se han dado dentro del modelo de autoatención.

Por último presento las conclusiones de la investigación así como también unas recomendaciones en el afán de construir un modelo de autoatención basado en los principios de la interculturalidad.

Como se ha dicho anteriormente, uno de los intereses fundamentales de esta investigación consiste en recopilar información acerca de los significados que tiene el proceso de salud-enfermedad-atención para los pacientes de la parroquia de Lloa. Para ello ha sido imprescindible analizar las narrativas o discursos que dichas personas construyen para expresar sus opiniones y creencias, por lo cual la entrevista a profundidad resultó ser una útil técnica de investigación ya que justamente “promueve la apertura de relatos, recuerdos, sentimientos y experiencias subjetivamente relevantes para las personas entrevistadas” (López, 2008, pág. 208). Se puede considerar a la entrevista entonces, como un mecanismo operativo del concepto de “experiencia próxima” (Geertz, 1994, págs. 74-75), es decir del “punto de vista del autor”, ya que permite ingresar activamente en la situación bajo estudio y, de manera particular, informar sobre las definiciones del mundo que construyen los sujetos de estudio.

Las entrevistas a profundidad fueron realizadas a actores sociales claves, dentro de los temas de interés de la investigación. Ya que cada informante está ubicado en una determinada posición social, y de tal manera, sus comunicaciones son pertinentes a dicha posición y no pronunciadas omnicomprendivamente desde la totalidad (Guber,

2004), ha sido necesario entrevistar a informantes clave que, perteneciendo a distintos círculos sociales, tienen perspectivas diversas sobre la temática salud-enfermedad-atención. El análisis de las diferencias así como de los puntos de encuentro entre estas diversas narrativas ha sido crucial para extraer las conclusiones, sobre todo con respecto a la temática del cambio dentro del modelo de autoatención, donde las perspectivas de los jóvenes, con la de los adultos difieren significativamente.

Como cualquier otro método de investigación, si bien la entrevista nos abre nuevos campos de observación y análisis, simultáneamente nos cierra otros, puesto que ningún método por sí mismo podrá capturar todos los rasgos relevantes de la realidad estudiada (Goetz & LeCompe, 1988). En el caso específico de la entrevista, ésta no resulta idónea para analizar, por ejemplo, los comportamientos no verbales frente a la enfermedad y la interacción social entre el paciente y los curadores (tradicionales u occidentales), de manera que estas otras dimensiones se abordaron a través del trabajo de campo y, fundamentalmente, mediante la observación in situ.

La observación in situ, o no participante, definida como un “método no interactivo, caracterizado por reducir al mínimo las interacciones con los participantes y centrar la atención no intrusivamente en el flujo de los acontecimientos” (Goetz & LeCompe, 1988, pág. 153), constituye una técnica apropiada para estudiar las prácticas y las interacciones, en la medida que “nos ayuda a acercarnos a las personas en sus propios términos y contextos cotidianos” (López, 2008, pág. 209). La observación no participante se encuentra vinculada con el concepto de “experiencia lejana” (Geertz, 1994), es decir con el “punto de vista del analista”.

Es importante agregar que tanto la experiencia próxima como la experiencia lejana, no constituyen categorías contrapuestas, sino más bien complementarias, a pesar de que en ciertas temáticas se pueda evidenciar incongruencias entre el nivel de las nociones y presentaciones con el nivel de las prácticas, o como dice Rosana Guber “entre lo que la gente dice que hace y lo que realmente hace” (Guber, 2004, pág. 93). Estas incongruencias, no son tomadas como diferencias ilógicas o erráticas, sino como diferencias que ocultan aspectos difíciles de aceptar socialmente, como tabúes por ejemplo (Guber, 2004, pág. 93), es por ello que son precisamente puntos de análisis muy relevantes.

El trabajo de campo fue realizado entre junio del 2012 y marzo de 2013. Durante este tiempo además de conversar y realizar entrevistas a varios actores, he observado y registrado la actividad dentro del centro de salud, enfocándome sobre todo en la relación entre los pacientes y los médicos. También ha sido de mucha utilidad estar presente en los “controles comunitarios”, donde el personal médico del sub centro de salud visita una comunidad para realizar controles y tratamientos médicos. Ha sido muy fructífero observar a los pacientes antes, durante y después de la intervención médica, así como conversar informalmente con ellos durante tales periodos.

Adicionalmente, se han realizado dos talleres de investigación, donde además de recoger relatos y narrativas sobre determinadas temáticas claves, se pudo constatar en parte, la relación entre los pacientes y los curadores tradicionales de Lloa. Lastimosamente, a pesar de los intentos, no pude presenciar ningún acto de curación tradicional, ya que actualmente se los realiza esporádicamente.

Por último, a diferencia de la teoría fundamentada (grounded theory), que postula la construcción de teoría a partir de los datos recopilados de campo (Strauss & Corbin, 2002), en la presente investigación se parte del supuesto que el investigador no llega en blanco a esta fase, sino que echa mano, en primera instancia, de su bagaje de conocimientos y experiencias, aun cuando sus conceptos, hipótesis y el diseño de sus instrumentos de investigación iniciales mantengan una consistencia nebulosa. Sin embargo considero también que, a medida que el investigador va profundizando en su trabajo de campo, su bagaje teórico, y también su subjetividad, van cambiando, reajustándose y adaptándose, para de esta manera estar más acorde a la realidad estudiada. Por ello que abogó por un marco teórico flexible, que no limite excesivamente la mirada hacia un ámbito de la realidad, sino que esté presto a ser cuestionado y modificado si los datos así la ameritan.

De tal manera, es necesario indicar que, el marco teórico que presento a continuación está realizado en un momento determinado del proceso de investigación, y que a medida que he profundizado en el trabajo de campo, he identificado ciertos vacíos o incongruencias dentro de nuestro propio marco teórico. Ya que la presente investigación, tiene también un fuerte interés teórico, justamente porque creo que el

campo de la antropología médica y particularmente el tema de la salud intercultural necesita de un mayor debate, considero que es mucho más fructífero presentar tales vacíos e incongruencias teóricas a medida que describo y analizo los datos de campo que hemos conseguido; es decir en los capítulos posteriores al marco teórico. Con ello se podrá ver claramente cómo el marco teórico es cuestionado y reelaborado a partir de los datos encontrados, y no al revés, como lastimosamente muchas veces se lo hace dentro de la producción antropológica.

CAPÍTULO 1

MARCO TEÓRICO

1.1 El estudio de los sistemas de salud desde la Antropología

Cada sociedad, en su objetivo de asegurar su reproducción biológica y sociocultural, desarrolla un conjunto de conocimientos, valores, ideologías y prácticas en torno a la salud y la enfermedad. La organización y el funcionamiento de este conjunto de saberes y prácticas médicas, es lo que, desde la antropología sociocultural, se denomina “sistema de salud” (Alarcón, Vidal, & Neira, 2003).

Vale acotar que, además de que la forma en que los sistemas médicos se organizan internamente depende del modelo sociocultural en que se desarrollan, estos sistemas mantienen relaciones estrechas con otros ámbitos de la sociedad: con la religión, la política, la economía, y demás. Es por esta razón que constituyen a la final construcciones socioculturales, que al igual que la sociedad y los ámbitos de ésta, van cambiando, reconstruyéndose y adaptándose ante nuevos contextos y realidades.

A la par del desarrollo y especialización de la antropología, el interés en estudiar los sistemas de salud de las diversas sociedades se ha ido incrementando, generando enfoques cada vez más especializados en estudiar este ámbito, lo cual ha dado paso a la conformación de la antropología médica. Los temas médico-culturales, han sido directa o indirectamente estudiados desde los inicios de la antropología, sin embargo, la valoración hacia estos temas y la forma de abordarlos, han cambiado rotundamente a lo largo de la historia de esta disciplina.

1.1.1 El estudio de los temas médicos culturales en los inicios de la antropología

Dentro de la mayoría de estudios antropológicos de enfoque evolucionista y difusionista, las prácticas médicas indígenas no fueron reconocidas como sistemas específicos. Eran vistas simplemente como un engranaje de aquel turbio ámbito mágico-religioso de las sociedades supuestamente atrasadas (Comelles & Martínez, 1993). En palabras de uno de los principales expositores y fundadores del evolucionismo “el aborígen no es capaz de discernir entre magia, medicina y

religión” (Tylor, 1871, pág. 145). Y como para estos dos enfoques teóricos, la magia no era otra cosa que “una aplicación errónea del más simple y elemental proceso mental, el de asociación de ideas gracias a la similitud o la contigüidad” (Frazer, 1965, pág. 55) y se referían a ella como “esa hermana bastarda de la ciencia” (Frazer, 1965, pág. 51), el agregado ecléctico *magia-medicina-religión* fue simplemente tachado de irracional, y generalmente ignorado (Comelles & Martínez, 1993).

El primer estudio sistemático sobre la medicina indígena, y que además se basaba en un largo trabajo etnográfico de primera mano, fue la investigación de Rivers realizada entre 1894 y 1905 en el Estrecho de Torres. En su obra denominada *Medicine, Magic and Religion*, publicada póstumamente (1924), presentó a la medicina indígena como un sistema, con relaciones coherentes y funcionales con la magia y la religión. Y se propuso un estudio comparativo entre los sistemas médicos de las distintas sociedades. Sin embargo, a pesar de las innovadoras propuestas de Rivers, estas no influyeron mayormente en la antropología de esa época; cuestión un tanto paradójica si se tiene en cuenta que una parte significativa de los pioneros de la etnología como Seligman, Haddon, y el propio Rivers, procedían de la medicina, la psicología o la biología (Loudon, 1976).

El único tema relacionado con el ámbito médico, que fue estudiado por los evolucionistas y difusionistas fue el papel que jugaban los llamados “*medicine men*” en la reproducción de la estructura social tribal. Por “*medicine men*” se entendían a los agentes de salud tradicional que a su vez eran líderes políticos o religiosos dentro de sus respectivas sociedades. El interés que había en estudiar a estos actores sociales, no era precisamente académico o etnomédico, sino político.

Como bien se sabe, los comienzos de la antropología están estrechamente relacionados con los objetivos colonialistas de los países europeos. En este sentido, los *medicine-men* al ser instituciones muy importantes dentro de las sociedades mal llamadas “primitivas”, fueron blancos que el colonialismo necesitaba erradicar, o en todo caso, aliarlos para desde allí facilitar la sumisión de los pueblos (Comelles & Martínez, 1993).

Por otra parte, en los Estados Unidos, se constituyó a principios del siglo XX, la influyente corriente antropológica del particularismo histórico, encabezada por Franz Boas. Esta escuela se opuso a la tendencia teleológica del evolucionismo, y

evidenció el etnocentrismo inherente a la propuesta “salvajismo-barbarie-civilización” de Morgan y del evolucionismo en general. Demostrando empíricamente que la raza, la lengua y la cultura son aspectos independientes de la condición humana, evidenció la complejidad de las culturas no occidentales, e hizo decaer el paradigma evolucionista de la supuesta imposibilidad de entender la “irracionalidad” de los pueblos indígenas (Rutsch, 1984).

De esa manera, fueron superados algunos de los estereotipos que el evolucionismo había tenido frente a la medicina indígena, y con ello se abrió la puerta hacia el estudio de algunas temáticas médico-culturales, particularmente el shamanismo y la farmacopea indígena. Sin embargo, y a pesar de los abundantes datos etnográficos recogidos por el particularismo histórico, esta corriente fue poco fructífera en cuanto a producción teórica conceptual. No se llegó a analizar profundamente el enorme acumulado de tales datos médicos, y esto más bien condujo al surgimiento de la etnomedicina y al fortalecimiento del folklore médico (Comelles & Martínez, 1993).

La premisa de la racionalidad y coherencia de los sistemas médicos indígenas, implantada por el Particularismo Histórico, favoreció a que, desde los años 30s, diversas corrientes antropológicas profundizaran en la descripción y el análisis de este ámbito sociocultural. En las etnografías realizadas primero por funcionalistas y en un segundo momento por estructuralistas, se puede evidenciar que el estudio de la cosmovisión y de las prácticas de los agentes de salud tradicional fue prácticamente ineludible. El estudio de las llamadas “enfermedades tradicionales” y sus formas de curarlas, así como la eficacia simbólica de los rituales shamánicos, y la relación de los sistemas médicos indígenas con el sistema social en general, fueron avances significativos en lo que respecta al estudio del ámbito cultural de la salud.

Sin embargo, y como acertadamente lo afirman Comelles y Martínez “Hasta los setenta, buena parte de la tarea antropológica en cuestiones de salud no revirtió en la delimitación de un objeto de estudio y de un corpus teórico-metodológico, sino que empleó la salud como una excusa para explorar otros mundos” (Comelles & Martínez, 1993, pág. 47). Así por ejemplo, los datos etnomédicos recogidos por Robert Redfield tuvieron un interés meramente tangencial, ya que su objetivo era verificar con ellos, hipótesis sobre los procesos de transición y cambio social en la

península de Yucatán. De igual manera, el estudio de la enfermedad en los Zandé realizado por Evans Pritchard sirvió fundamentalmente para teorizar acerca de la brujería, hechicería, magia y religión.

1.1.2 El nacimiento de la antropología médica

Justamente, es a partir de los años 70 cuando la forma de abordar los problemas médico-culturales empieza a cambiar. Una de las razones de este cambio fue la integración del estudio del paciente como agente importante en el proceso de salud-enfermedad. Para ello, la antropología se nutrió de algunos aportes de la microsociología, particularmente de la noción de “carrera moral” de Erving Goffman (Goffman, 1961), y de las ideas de Edward Suchman en torno al “comportamiento frente a la enfermedad” (Suchman, 1965).

Como se puede notar, ya desde hace varios años atrás, la sociología había abordado el estudio del paciente (Goffman, 1961) (Parsons, 1951) (Suchman, 1965); sin embargo el aporte particular de la antropología al respecto, fue demostrar que el inicio del proceso de búsqueda de la salud por parte del paciente no se basa en los síntomas (como lo sugería la micro-sociología) sino en la valoración que se hace de ellos (Zola, 1973). De tal manera, la naciente antropología médica problematizó la cuestión de los “síntomas” y determinó que las sensaciones biológicas son también “señales” con significados construidos socioculturalmente, en el marco de la manera de entender la salud y la enfermedad de nuestro grupo social (Perdiguero, 2006).

En este mismo sentido, la enfermedad también fue problematizada, y se determinó que la misma no es única y exclusivamente una entidad biológica natural, sino también una realidad socio-histórica. Al respecto, el antropólogo Horacio Fábrega (1972) propuso la distinción entre dos dimensiones de la enfermedad: “*disease*” y “*illness*”. La primera categoría “designa estados corporales alterados o proceso de desviación de las normas establecidas en la ciencia biomédica occidental” (Fábrega, 1972, pág. 213). La segunda “designa que alguien está enfermo, pero los criterios son sociales y psicológicos y lógicamente separados por aquellos empleados por la medicina occidental” (Fábrega, 1972, pág. 213).

Sin embargo, y a pesar de estos notables desarrollos epistemológicos, para la descripción y el análisis de los sistemas médicos indígenas (incluyendo los saberes y prácticas de los pacientes) se continuó utilizando categorías y prioridades de la biomedicina. Tal posición “médico-céntrica” (Comelles & Martínez, 1993) de la naciente antropología médica no permitía el desarrollo de una visión que englobara, en sus construcciones teóricas, a todos los sistemas médicos, particularmente al occidental.

Esto cambió, cuando a finales de los años 70s, el antropólogo y psiquiatra Arthur Kleinman, basado en el concepto de sistema cultural de Geertz, permitió el análisis de la biomedicina como cualquier otro sistema médico sociocultural, con sus propias reglas de juego, valores, prácticas y creencias institucionalizadas que configuran su papel en el contexto social general.

Esto sirvió de base para que la antropología médica empiece también a enfocar su atención en las enfermedades biomédicas y no únicamente en los llamados síndromes o padecimientos delimitados culturalmente (como el empacho, mal de ojo, susto, entre otros). En este contexto, la antropología médica empieza a ser entendida como el estudio de los diferentes sistemas médicos, pero también de los procesos de salud y enfermedad en diferentes sociedades (Comelles & Martínez, 1993).

1.2 Principales enfoques en Antropología Médica.

A finales de los años 70, la antropología médica delimitó, en gran parte, su campo de análisis. Pocos años después se empezaron a construir diversos enfoques teóricos con la finalidad de estudiar específicamente los temas médico-culturales. A pesar de que existe actualmente una gran diversidad de enfoques, se pueden agrupar gran parte de ellos en tres grandes enfoques generales. A continuación revisaremos las principales características de dichos enfoques.

1.2.1 Enfoque interpretativo

Los autores más representativos de ese enfoque pueden ser considerados Byron Good y el propio Arthur Kleinman. La propuesta de Good, se basa en el análisis de la dimensión “*illness*” de enfermedad; aplicando para ello la idea de “símbolos rituales

dominantes” de Victor Turner. Con ello, la “*illness*” puede ser analizada como símbolo central a partir del cual se desenvuelve, en forma de red semántica, un universo de valores, creencias, emociones y experiencias (Good, 1977).

El concepto de redes semánticas de Good se asemeja al de “modelos explicativos” de Kleinman, el cual se refiere a las distintas “nociones acerca de un episodio de enfermedad y su tratamiento, que son empleadas por todos aquellos envueltos en el proceso clínico” (Kleinman, 1980, pág. 105). Dentro de este proceso, se reconoce la existencia de tres distintos modelos explicativos: el profesional, formado por las nociones de los médicos y agentes de salud facultados legal u oficialmente para ejercer tratamiento; el modelo folk, formado por las nociones de los sanadores locales-tradicionales; y el modelo popular; formado por las nociones de los distintos conjuntos sociales que sin ser terapeutas especializados ejercen tratamiento sobre sus dolencias (Kleinman, 1980). De tal manera, entre los especialistas (médicos, curanderos, etc.) y la población, existe un conjunto de creencias médicas originales sobre las enfermedades y dolencias, las que pueden agruparse en tres distintos “modelos explicativos”: profesional, “folk” y “popular”, según sean los profesionales, los practicantes de la medicina tradicional, o bien los pacientes o sus familiares los que interpretan o explican las enfermedades o dolencias (Pedersen, 1989).

Pero contrariamente a lo que se podría esperar de esta propuesta “el tratamiento que hace Kleinman de los modelos explicativos, es fundamentalmente clínico aunque, eso sí, orientado hacia el interpretativismo” (Comelles & Martínez, 1993, pág. 61). Según Young (1982) en los “Modelos Explicativos” se atisban reminiscencias de la idea de Geertz de que la cultura provee simultáneamente formas de pensar que son modelos de y para la realidad, pero en este caso el modelo de Kleinman adquiere capacidad pragmática al poder ser aplicado al análisis de la comunicación clínica, orientación bastante alejada de las tendencias interpretativas de la Antropología cultural actual.

Desde distintas posiciones epistemológicas se ha criticado al enfoque interpretativo de caer en un excesivo subjetivismo, interpretativismo, culturalismo y “de ser proclive a la aplicación clínica e individualizada, además de la utilización de la asociación libre y de otras técnicas hermenéuticas que este enfoque propugna” (Comelles & Martínez, 1993, pág. 61).

El propio Kleinman en 1995 decía que la perspectiva de su más influyente libro *Patients and healers in the context of culture* “overcodes one side of experience at the expense of all else and (...) fits too neatly into rational choice models that I reject” (Kleinman, 1995, pág. 6)

1.2.2 Los enfoques críticos

A pesar de que este enfoque es bastante heterogéneo, las distintas posiciones teóricas de la llamada “Antropología Médica Crítica” se articulan en relación a una misma cuestión: la crítica al individualismo y subjetivismo del enfoque interpretativista y su orientación más sociológica y centrada en las prácticas y en determinados contextos sociales que condicionan o se generan a través de la enfermedad.

Desde este enfoque se propuso un nuevo plano de análisis que pudiera dar cuenta de las prácticas, roles y comportamientos sociales y de cómo factores como las relaciones sociales, las estructuras de rol/status y las diferencias étnicas y de clase conforman y distribuyen la enfermedad. Todo ello conformaría la dimensión social de la enfermedad o “*sickness*” (Young, 1982).

Desde este punto de vista, la antropología médica debería ser fundamentalmente un discurso sobre las dimensiones sociales de la enfermedad más que de las individuales (Young, 1982). Pero, como bien dicen Comelles & Martínez:

Esta solución no va, aparentemente, más allá de un nuevo reduccionismo en donde nociones como la de *carrera moral goffmaniana*, reconvertidas ahora en términos de *procesos de búsqueda de salud* vienen a ser una especie de versión étic de la teoría de los modelos explicativos de Kleinman o de las redes semánticas de Good (Comelles & Martínez, 1993, pág. 62).

Es decir que, si bien este enfoque devela el universo micro-social y situacional de la enfermedad, definido poco más allá de las redes personales y de un sistema de estatus, las condiciones económicas, políticas, históricas e ideológicas de la enfermedad y de sus sistemas de atención no fueron tomadas en cuenta.

1.2.3. El enfoque relacional

Desde finales de los años 70s, se empezó a construir el enfoque relacional de la antropología médica, enfoque que “sin sustraerse de aquella situacionalidad que la corriente crítica proponía para el estudio de la dimensión social de la enfermedad, la amplifica para descubrir sus estructuras” (Comelles & Martínez, 1993, pág. 62).

El enfoque relacional, encabezado principalmente por Eduardo Menéndez, constituye un intento por comprender, desde una perspectiva marxista de corte gramsciano, el problema de la enfermedad y sus formas de atención. Partiendo de los postulados gramscianos referentes a la “hegemonía cultural” entendida como “la dominación y mantenimiento de poder que ejerce una persona o un grupo para la persuasión de otro u otros sometidos, minoritarios o ambas cosas, imponiendo sus propios valores, creencias e ideologías que configuran y sostienen el sistema político y social” (Gramsci, 1962, pág. 254), Menéndez postula que la biomedicina, dentro del sistema capitalista, funciona como un modelo médico hegemónico, en el afán de imponer sus valores, principios e ideologías al conjunto de la sociedad, especialmente en los demás modelos médicos que se generan.

Según este enfoque, el establecimiento del capitalismo, conlleva el surgimiento de una serie de modelos médicos, entre los cuales se establece relaciones de poder asimétricas (Menéndez, 1981) (Mendoza, 1994). Estos modelos médicos son: el hegemónico, el subordinado, y el modelo de autoatención. La finalidad principal de este enfoque es develar y analizar las relaciones de poder que se dan entre los distintos modelos de atención (Menéndez, 1983) (Osorio, 1994).

A diferencia de los enfoques interpretativistas y críticos, el enfoque relacional sostiene que no se puede estudiar un modelo médico en sí mismo, ya que es justamente la relación que se establece con los demás modelos, el factor que le provee de sus características estructurales (Menéndez, 2001). A su vez, este enfoque se diferencia de los otros, por ser holístico, en la medida que estudia tanto los ámbitos micro como macro sociales de la enfermedad y de las formas de contrarrestarla (Comelles & Martínez, 1993).

Por último, es importante destacar que este enfoque, si bien analiza diversos escenarios de la problemática médico cultural, pone mucho énfasis en la

autoatención, es decir en los saberes y prácticas médicas de los pacientes, ya que es dentro de este modelo donde se legitima o no la biomedicina como modelo hegemónico, y la medicina tradicional como modelo subordinado (Menéndez, 2001) (Osorio, 1994).

Teniendo en cuenta los objetivos de nuestra investigación, creemos que es más apropiado que nuestra propuesta teórica parta desde el enfoque relacional. En las páginas siguientes, se irá exponiendo a detalle los postulados teóricos del enfoque relacional, a medida que vayamos explicitando los datos y construyendo nuestras propias interpretaciones.

1.3 Los modelos médicos

Conviene acotar primeramente que los modelos médicos, son en realidad un artefacto metodológico o una forma convencional de simplificar las relaciones tan complejas que se dan en la dinámica del comportamiento social e individual frente a la enfermedad, dentro del proceso de búsqueda de la salud. Como lo afirma Duncan Pedersen

Esta concepción - tan frecuente entre los administradores de salud y los científicos sociales- representa la materialización de un artefacto creado por nuestra propia organización social y que sólo existe en nuestro pensamiento occidental, por lo que no necesariamente tiene equivalencias o es aplicable como tal en otras sociedades y culturas (Pedersen, 1989, pág. 12).

De esta manera, la construcción de instrumentos metodológicos, como los “modelos médicos” (Menéndez, 1983) son útiles en la medida que posibilita explicar la dinámica de las distintas estrategias de atención a la enfermedad a las que recurren los grupos sociales en la sociedad capitalista.

Es necesario también diferenciar claramente entre el concepto de “sistemas de salud” con el de “modelos médicos”. Un sistema de salud es entendido como “un conjunto más o menos organizado, coherente y estratificado de agentes terapéuticos, modelos explicativos de salud-enfermedad, prácticas y tecnologías al servicio de la salud individual y colectiva” (Alarcón, Vidal, & Neira, 2003, pág. 46). Por su parte

el concepto de “modelos médicos” se refiere a los sistemas médicos, pero una vez que estos empiezan a funcionar de acuerdo a la lógica de las relaciones de poder propias del contexto capitalista (Menéndez, 1983).

Menéndez, basándose en la teoría gramsciana de la hegemonía, cree que el capitalismo puede mantenerse y reproducirse, en gran parte debido al éxito de su superestructura, es decir por la reproducción de todo aquel conjunto de ideologías, valores, y principios, que siendo beneficioso para las clases dominantes de la sociedad, son concebidas como “naturales”, “universales” también por las clases dominadas (Menéndez, 2002). En este sentido, Menéndez adopta el concepto de “dominación ideológica” (Macciocchi, 1977), el cual “sirve precisamente a la clase hegemónica para crear una conciencia alienada en las clases oprimidas y disimular así las contradicciones inmediatas en las que se debate la sociedad civil dividida en clases” (Menéndez, 1981, pág. 399).

Dentro del contexto capitalista, existen un conjunto de instituciones que, legitimadas entre sí, aunque principalmente por el Estado, son funcionales al sistema en cuestión, sobre todo por aportar a la implementación de las “concepciones del mundo” (Gramsci, 1962) de las clases dominantes en el conjunto de la sociedad. La biomedicina es una de las instituciones más eficaces cumpliendo tal función ideológica, precisamente porque es concebida como una institución “libre de valores”, “científica”, “inocente”. De esta manera, a la biomedicina, funcional a la dominación capitalista, el enfoque relacional la denomina “modelo médico hegemónico” (Menéndez, 1983) (Mendoza, 1994) (Osorio, 1994).

Según este enfoque, existirían tres modelos médicos dentro de cualquier contexto capitalista: el modelo médico hegemónico, el modelo médico subordinado y el modelo de autoatención. Como bien lo demuestran sus nombres, cada modelo médico se construye y reconstruye a partir de las relaciones de poder que mantiene con sus semejantes. A diferencia del concepto de sistema de salud, los modelos médicos no pueden ser explicados en sí mismos, sino únicamente en su relación con los otros.

De acuerdo a Eduardo Menéndez los modelos médicos son

aquellas construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales suponen en la construcción de los mismos no solo la producción teórica, técnica, ideológica y

socioeconómica de los “curadores” (incluidos los médicos), sino también la participación en todas esas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento (Menéndez, 1983, pág. 4).

De tal manera, con “modelo médicos” no solamente se refiere a los saberes y prácticas médicas de los curadores (sean estos occidentales, tradicionales, o alternativos) sino también de los conjuntos sociales no médicos o pacientes, pero dentro del contexto de las relaciones de poder que impone el capitalismo.

Con modelo médico hegemónico, se refiere al conjunto de saberes y prácticas de los médicos occidentales. Con modelo médico subordinado, a los saberes y prácticas de los agentes de salud tradicional y con modelo de autoatención a los saberes y prácticas médicas de los pacientes, dentro del contexto mencionado.

1.3.1 El modelo médico hegemónico

1.3.1.1 La conformación de la biomedicina

El vertiginoso desarrollo del capitalismo a partir del siglo XVI, planteó la necesidad de erradicar determinadas estructuras sociales e ideológicas feudalistas. Como dice Juan Cuvi “a la liberación del siervo para convertirlo en asalariado debía corresponder una separación del cuerpo y la razón, del mundo objetivo y subjetivo, de la naturaleza y la espiritualidad” (Cuvi, 2010, pág. 45). Entre tanto, la Ilustración allanó el camino hacia el capitalismo determinando la primacía de lo racional sobre lo natural, principio con el cual se abrieron las puertas a una relación jerárquica entre estas dos entidades, lo que permitió asignarle al sujeto la autoridad para ejercer el conocimiento, con lo cual la naturaleza, y por extensión el cuerpo humano, quedaron convertidos en objetos de dicho conocimiento (Quijano, 2000). Pudo entonces plantearse, entre otros objetivos, un modelo de salud basado en el positivismo y racionalismo que difundía la Ilustración, acorde a los intereses del capitalismo.

Y es que, por un lado, el sistema capitalista impuso unas condiciones económicas y sociales degradantes, que atentaban directamente contra la salud de los trabajadores; pero por otro lado, necesitaba que estos mismos asalariados aporten al máximo con su fuerza de trabajo y soporten su explotación. Ante esta contradicción, el capitalismo utilizó a la medicina, a la cual se le exigió:

El efecto económico de dar a la sociedad individuos fuertes, es decir capaces de trabajar, de asegurar la constancia de la fuerza laboral, su mejoramiento y reproducción. Se recurrió a la medicina como un instrumento de mantenimiento y reproducción de la fuerza laboral para el funcionamiento de la sociedad moderna (Foucault, 1976, pág. 162).

Es necesario mencionar que si bien las condiciones económicas y sociales del capitalismo fueron impuestas en todos los conjuntos sociales, el acceso a los servicios de salud fue restringido a un pequeño grupo, ya sea a trabajadores asegurados por su empresa, o a quienes podían pagar por tal servicio.

Sin embargo, cada vez más, los servicios de salud, insertos en el modelo mercantilista, aprovecharían las mismas leyes que rigen dicho modelo, para beneficiarse económicamente, hasta convertirse en un lucrativo negocio, como lo es en la actualidad. La salud, en la medida en que “constituyó un deseo para unos y un lucro para otros” (Foucault, 1976, pág. 162) pudo establecerse como un negocio cada vez más restringido a las clases acomodadas de la sociedad.

La instauración de la teoría microbiana como base de explicación de las enfermedades, a mediados del siglo XIX, constituyó un cambio de paradigma dentro de la medicina occidental, la cual a partir de entonces se legitimó como “ciencia médica”. Esta científicidad, dotó de una serie de características a la medicina occidental: universalidad, imparcialidad, y autoridad. Al mismo tiempo, se abandonó el naciente pero importante discurso político-social sobre la salud y la enfermedad que había empezado a construirse a inicios de dicho siglo, estableciéndose más bien una perspectiva dogmática sobre los procesos de salud-enfermedad, que menospreciaba los determinantes sociales de la enfermedad y sobrevaloraba los determinantes biológicos de la misma. De allí que varios autores consideren pertinente hablar del “absolutismo biológico” en la medicina (Cuvi, 2010). Todo esto, contribuyó a que la medicina, a más de acrecentar su poder, se perpetúe como un negocio lucrativo.

En 1946, la ONU estableció a la salud como un derecho fundamental de todo ser humano, y con ello, todos los países miembros tendrían la responsabilidad de garantizar la salud de sus pueblos. A partir de entonces, el derecho a la salud ha sido consagrado en varios niveles legales, como en los DESC (Derecho Económico, Social y Cultural) del Sistema de Naciones Unidas, en el Sistema Interamericano de

Derechos Humanos y en las Constituciones Nacionales de los Estados (Castañeda, 2010, pág. 99). Ciertamente, estos acontecimientos marcaron un cambio de paradigma en cuanto a la concepción sobre la salud, y pusieron en tela de juicio el negocio de la salud. Sin embargo, a pesar de tal avance epistemológico, en la práctica es poco lo que se ha logrado en cuanto a la concreción de este “derecho”, el cual más bien continúa funcionando dentro de las leyes del mercado, perpetuándose como un negocio rentable.

1.3.1.2 Del acusamiento al aprovechamiento de la “medicina tradicional”

Siguiendo la idea de combatir la ignorancia, la superstición y la tiranía, que propugnaba la Ilustración, la biomedicina, con la supuesta legitimidad que le otorgaba la ciencia, comenzó con una campaña de denuncia hacia las “otras” medicinas, considerándolas irracionales, peligrosas y sobre todo a-científicas, y paralelamente trató de imponer su ideología y su práctica entre los diversos conjuntos sociales.

Para tan difícil tarea, fue imprescindible llevar a cabo primeramente investigaciones sobre estas “otras medicinas”. Para ello varios médicos con formación etnográfica, como Giuseppe Pitré o Rodríguez López, se enfocaron en el estudio de lo que llamaban “medicina popular”. Serían justamente estos estudios los que luego darían paso a la conformación del Folclor médico (Comelles & Martínez, 1993).

Uno de los instrumentos de inculcación más importantes fueron los libros de divulgación que, junto a los recetarios, iban destinados a aculturar las prácticas médicas domésticas y a combatir las creencias populares ofreciendo alternativas terapéuticas y preventivas (Rosen, 1974). Con ello se pretendió transmitir conceptos, prácticas y remedios médicos, consejos acerca del embarazo, parto, puerperio, lactancia y educación infantil, criticar el uso de nodrizas y parteras empíricas y lanzar mensajes terapéuticos que contribuyeron, a mediano plazo, a desplazar los remedios caseros por los medicamentos de farmacia en las ciudades. Al respecto Comelles y Martínez dicen acertadamente “su papel, estructuralmente comparable al de la prédica cristiana, representa la primacía de lo impreso frente a la evanescencia

de lo dicho, y cuestiona la transmisión oral de conocimientos” (Comelles & Martínez, 1993, pág. 11).

Con el apoyo de los prematuros Estados Nación, el poder de la biomedicina se acrecentó. Fue oficializada, legalizada, y con ello las “otras” medicinas pasaron a ser ilegales, prohibidas. En toda Europa, y en gran parte de América Latina, incluido nuestro país, las parteras, shamanes, hueseros, y demás, fueron ya no solo acusados por la biomedicina, sino por las instancias judiciales; prohibiéndoles el ejercicio de sus prácticas (Zalles, 2006).

Al respecto hay que acotar que este proceso fue mucho más radical en Europa, donde efectivamente se llegó a erradicar gran parte de los conocimientos médicos tradicionales, desapareciendo paulatinamente sus respectivos agentes de salud. En América Latina, a pesar de que, en los discursos oficiales se acusaba a las otras medicinas y se proponía su eliminación, pocas fueron las acciones que se llevaron al respecto. Las débiles medidas por parte de los gobiernos latinoamericanos, conllevaron más bien al surgimiento de un largo proceso de sincretismo, donde las prácticas y los conocimientos tradicionales se mezclarían con la medicina oficial. En este sentido, Eduardo Estrella considera pertinente hablar de “medicina popular” que sería “el producto de la confluencia de determinados conceptos y prácticas de la medicina aborígen, la medicina popular española y algunos elementos popularizados de la medicina científica” (Estrella, 1977, pág. 24). Este tema lo profundizaremos en un capítulo posterior.

Entre tanto, desde comienzos del siglo XX, varios gobiernos latinoamericanos constatarían y aceptarían su limitación en cuanto a generar acciones para controlar y erradicar las prácticas médicas tradicionales. Ante ello más bien, se empiezan a generar propuestas y programas, en los cuales se concibe a los agentes de salud tradicional como potenciales vehículos de las prácticas de la medicina oficial. De esta manera, se empiezan a generar varias campañas para adiestrar a los agentes de salud tradicional, sobre todo a parteras empíricas, en temáticas y prácticas biomédicas. Aunque sea un tanto obvio, vale mencionar que estas acciones se manejaban única y exclusivamente a partir de los criterios de los organismos de salud, subordinando así las prácticas e ideologías de los agentes tradicionales de salud.

Estas medidas oportunistas se potenciaron y expandieron a otros países Latinoamericanos, a partir de la propuesta de 1978 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) consistente en expandir la cobertura de atención primaria en salud a todos los sectores sociales de los países pobres. Una de las estrategias para conseguir dicho objetivo, consistió en capacitar a los agentes de salud tradicionales, para que ellos puedan ejercer atención médica en lugares donde la biomedicina todavía no podía insertarse.

A partir de esta propuesta de la OMS, se renovó el interés por parte de la medicina occidental en las llamadas “medicinas tradicionales”. Desde la propia OMS se propuso el desarrollo y fortalecimiento de estas medicinas (WHO, 1978), como también se recomendó la incorporación de recursos procedentes de la medicina tradicional como una forma válida y necesaria de incrementar la cobertura de servicios de salud entre la población. Sin embargo como bien menciona Michael Knniper al respecto, estas propuestas “parten de un contexto epistemológico que procede de la tradición occidental, y no refleja, más que de una manera superficial, el trasfondo cultural indígena” (Knniper, 2006, pág. 423).

Esta actitud “medico-céntrica” (Comelles & Martínez, 1993) por parte de los organismos internacionales de Salud y de los gobiernos se mantiene hasta nuestros días, a pesar de los importantes avances que se han dado, sobre todo con la denominada “salud intercultural”.

1.3.1.3 El biologicismo de la medicina occidental. Menosprecio a los determinantes sociales y económicos de la enfermedad

En 1978, la Organización Mundial de la Salud, elaboró la declaración de Alma Ata¹, donde propone una serie de estrategias encaminadas a la expansión de la cobertura de la atención primaria. Con ello, efectivamente se consiguió un notable desarrollo en cuanto a la cobertura de los servicios de salud en los sectores pobres de la sociedad, sin embargo esto no repercutió, al nivel que se esperaba, en la disminución de la morbilidad y mortalidad de tales sectores.

¹ Declaración que es producto de La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, llevada a cabo en 1978 en Kazajistán.

Estos resultados eran de esperar, teniendo en cuenta que el proyecto de la OMS no topaba la raíz del problema de la mortalidad y la morbilidad; a saber, las condiciones socio-económicas que el sistema capitalista impone. La explotación laboral, la carencia de recursos para la alimentación, la falta de servicios básicos, y demás factores socio-económicos que están en la base de la mayoría de problemas en la salud, fueron simplemente ignorados, y en un segundo momento, menospreciados.

A pesar de que, dentro de la medicina occidental, se habían generado corrientes como la medicina social, la salud pública y otras que cuestionaban el absolutismo biológico de la medicina hegemónica, y proponían visiones más holísticas de la salud, donde por ejemplo, el estilo de vida y el medio ambiente eran tomadas en cuenta para la explicación de la enfermedad, la tendencia hegemónica de interpretación y de intervención fue y es la biomedicina positivista. Poco a poco, desde la propia medicina occidental, se ha ido aceptando que los factores determinantes de la salud son: el estilo de vida, la biología humana, el Sistema Sanitario y el Medio Ambiente (Lalonde, 1974). Sin embargo el determinante que recibe muchos más recursos económicos, tanto desde los gobiernos como de las ONGs y demás organizaciones relacionadas con la salud, es el Sistema Sanitario, a pesar de ser el determinante que tiene menos impacto en la salud (Sanchez-Parga, 1982) (Menéndez, 1983).

Para develar las razones que están detrás de esta contradicción, debemos considerar primeramente que estamos inmersos en “un sistema económico político que ha considerado siempre más lucrativo curar enfermos que ocuparse de la salud de la población; dotar de médicos, postas sanitaria y hospitales a la nación que elevar las condiciones de vida y de salud de la mayoría de la población empobrecida” (Sanchez-Parga, 1982, pág. 138). Y es que, combatir la verdadera raíz del problema de salud, primeramente conllevaría la modificación o, según el contexto, una serie de reformas de las estructuras económicas y sociales del capitalismo. Destinar más recursos justamente a los determinantes que más afectan a la salud de la población, a pesar de ser lo obvio y lo justo, contradice a varios postulados del capitalismo, en particular a esa progresiva mercantilización de todas las cosas que este sistema impone. En este sentido, como bien dice Sánchez-Parga “es claro evidenciar que la rentabilidad del negocio que ahora constituye la salud y la enfermedad, es una de las

razones para no abogar por políticas que verdaderamente ataquen la raíz del problema de salud actual” (Sanchez-Parga, 1982, pág. 139) .

Entre tanto, es predecible el fracaso de proyectos que ponen más énfasis en el mejoramiento de la infraestructura sanitaria que en las condiciones sociales, culturales y económicas de la enfermedad. Se trata de proyectos que en su esencia, tratan únicamente de remediar las enfermedades que el mismo sistema produce. Es así como, maquilladamente, se perpetúa la función biomédica de preservar la mano de obra y no de elevar decididamente las condiciones de vida de la población. Siguiendo a Sánchez-Parga creo que “no son tanto los enfermos los que urge curar, sino el estado de enfermedad en que nacen y viven los miembros de estos grupos” (Sanchez-Parga, 1982, pág. 137)

1.3.1.4 La medicalización

Cuando se habla de la rentabilidad del proceso salud-enfermedad, no me refiero únicamente al provecho económico que la privatización de la medicina conlleva. Sino también, y muy especialmente, al poder económico, político y social que las farmacéuticas transnacionales ejercen tanto en el ámbito privado como público de la salud.

Para que la industria farmacéutica mundial, haya llegado a ser el tercer mejor negocio lícito del planeta (Cuvi, 2010), solo luego de las industrias bélicas y petroleras, ésta ha construido lazos muy fuertes con las empresas privadas de la salud así como también con los diferentes ministerios de salud. Como bien dice Cuvi, existe “una larga y compleja trama de intereses, influencias y complicidades entre la industria farmacéutica y las autoridades políticas (Cuvi, 2010, pág. 130). El negocio de la salud, no está limitado única y exclusivamente a la medicina privada, sino también, en muchos casos, a la medicina pública. Estas razones pueden dar cuenta de la ilógica distribución de recursos que los gobiernos u ONSg normalmente hacen dentro del ámbito de la salud.

Por otro lado, la biomedicina, en su afán de monopolizar el conocimiento de las enfermedades, las prácticas curativas y el cuerpo, no solo que continuamente subestima y desprecia a los modelos médico subalternos, sino que trata también de

imponer su ideología sobre lo que es normal, de lo que no, en el funcionamiento del cuerpo y por consiguiente en el comportamiento de los conjuntos sociales. Esta implícita función del modelo médico hegemónico, es conocida como la función de “control social” de la biomedicina (Foucault, 1976) (Illich, 1984) (Taussig, 1995). Según estos autores, dicha función se consigue cimentar o inducir principalmente a través de principios de educación que no permiten tomar conciencia de lo que son realmente: “normas de conducta” (Foucault, 1976) (Illich, 1984).

Gran parte de esta normalización se expresa a través del proceso de medicalización, entendida como “la extrapolación no sólo del padecimiento o enfermedad, sino incluso sobre la vida sana” (Caramés, 2006, pág. 42). De este modo, lo que era un acontecimiento corporal cotidiano, normal o natural, se lo convierte en un problema de salud, donde se cree necesario el consumo de fármacos o la intervención de un médico profesional. Ciertamente, en términos de rentabilidad, esta estrategia constituye uno de los pilares fundamentales del negocio de la salud.

En un estudio realizado en el año 2002, se señalan algunas de las estrategias utilizadas para especular con la enfermedad, las más frecuentes serían

transformar problemas comunes en problemas clínicos (por ejemplo, la caída del cabello; mostrar los síntomas leves como graves (por ejemplo, el cuadro clínico de colon irritable); tratar problemas personales como problemas médicos (por ejemplo, la timidez llevada a fobia social); utilizar los factores de riesgo como enfermedades (por ejemplo, la hipercolesterolemia y la osteopenia/osteoporosis) exagerar la magnitud de la prevalencia de un trastorno para revelar un problema médico (por ejemplo, la impotencia o disfunción eréctil masculina) (Moynihan & Henry, 2002, pág. 889)

El “éxito” económico para la industria farmacéutica, y para la biomedicina en general, que supone la expansión de la medicalización, promueve a que, desde diversos sectores, y no solamente desde la biomedicina, se trate de crear enfermedades. De allí que, en la actualidad exista una oferta interminable de tratamientos “alternativos” y biomédicos para un sin número de supuestas enfermedades. Este proceso de medicalización se va proyectando cada vez más en áreas de la vida cotidiana, lo que supone no solo una creciente expansión de la práctica biomédica y del uso indiscriminado de fármacos, sino también la creación de nuevas necesidades sociales e ideológicas de los conjuntos sociales (Caramés, 2006)

En este punto, nos parece oportuno citar a Nancy Scheper Hughes cuando habla acerca del síndrome folk “nervos” (hambre nerviosa):

La medicalización del hambre y la desnutrición infantil en las clínicas, farmacias y cámaras políticas de Bom Jesús da Mara (Brasil) supone unas relaciones políticas e institucionales deformadas. Gradualmente el pueblo hambriento de Bom Jesús ha llegado a creer que necesita desesperadamente aquello que está preparado para serle administrado (medicinas), y ha olvidado que lo que más necesita es lo que más se le niega (comida) (Scheper-Hughes, 1997, pág. 170).

Cada vez más, los conjuntos sociales creen necesitar medicinas o intervención, para acontecimientos que hasta hace poco eran considerados normales.

Entre tanto, y como bien lo señalan varios autores (Caramés, 2006) (Illich, 1984) este proceso de medicalización sirve también para encubrir los causantes reales de gran parte de las enfermedades. Siguiendo con el caso que nos presenta Scheper-Hughes, vemos que las condiciones de extrema pobreza de los habitantes de Bom Jesus da Mata, y en particular, la importante desnutrición infantil como consecuencia del hambre crónica que padecen los niños y demás habitantes del sitio en cuestión, en primer lugar evidencian una situación estructural de desigualdad e inequidad social, así como de indiferencia y falta de voluntad política para subsanarla. Pero esta realidad se encuentra encubierta por el discurso biomédico, a través de la estrategia de medicalización: la elaboración de todo un mecanismo de culpabilización del paciente (madre) a través de configurar la creencia de que sus cuerpos son enfermos y débiles, incapaces por tanto de alimentar adecuadamente a sus propio hijos:

Cuando la leche del pecho comienza a fallar a las mujeres del Alto, enseguida ven en ello una indicación de su propia debilidad. De forma similar, cuando dicen que su leche es escasa, amarga...la leche materna está sirviendo como una poderosa metáfora que habla de escasez y aspereza de sus vidas de mujeres. A través del médium del cuerpo, las contradicciones del orden social se reproducen en la imagen inquietante de mujeres necesitadas, con hambre, dependientes, que deben negar su leche a sus bebés...La incapacidad percibida de amamantar reafirma el deterioro, ya bastante acentuado, de cualquier sentido que estas mujeres puedan tener de valor interno, autoestima, autosuficiencia, todo lo cual lo encarna el acto autónomo de dar el pecho a un recién nacido. Lo que se les ha quitado a estas mujeres es su creencia en su capacidad de dar: “no tenemos nada que dar a nuestro hijos” (Scheper-Hughes, 1997, pág. 315).

Al final, esta estrategia termina en el consumo de un preparado médico-farmacológico bastante caro para las familias de Bom Jesus da Mata: Nestógeno (leche en polvo de la casa Nestlé).

De esta manera, la estrategia de medicalización oculta el poder y la dominación que está en juego cuando se define a una población como enferma; como la propia autora señala, reconocer que el hambre, verdadera causa del problema, no es un trastorno individual sino una enfermedad social, equivaldría al suicidio político para líderes cuyo poder viene de la misma economía de plantación, principal responsable del hambre en el lugar. (Scheper-Hughes, 1997).

Medicalizar el hambre supone, por tanto, individualizar el problema, legitimar una situación de desigualdad social existente, generar lazos de dependencia hacia las industrias farmacéuticas, o multinacionales (Nestlé, en el ejemplo) y, consiguientemente, incrementar la explotación y la dependencia económica; en definitiva, ignorar la causalidad estructural del problema de salud. Por tanto se puede decir que, la función de control social de la medicina, no solo que contribuye al “éxito” económico de la industria farmacéutica y de la biomedicina en general, sino también que permite encubrir las reales causas de la mayor parte de las enfermedades, las condiciones socioeconómicas del capitalismo. Allí se puede ver claramente la complicidad que hay entre ellos.

Como se puede ver, las relaciones entre la biomedicina y el capitalismo han sido, y siguen siendo, muy estrechas. De hecho, son muchos los pensadores que consideran a la biomedicina como una de las instituciones claves para el establecimiento del capitalismo como modelo hegemónico de organización económica, política y social (Polack, 1974) (Foucault, 1976) (Illich, 1984). La biomedicina, como sistema de salud propio de la cultura occidental, conlleva en sí varios principios, valores, ideologías de la sociedad capitalista.

Resumiendo lo que se ha detallado en este subcapítulo, se puede decir que las características estructurales del modelo médico hegemónico son: a) menosprecio de los causales sociales, económicos y culturales de la enfermedad b) biologismo, ahistoricidad y asocialidad, es decir que reduce a los individuos a su dimensión física

aislándola de toda condición social, histórica y espiritual, c) concepción del paciente como una persona carente de conocimientos médico d) relación médico – paciente asimétrica, donde el médico es “el que sabe” y el paciente “el que no sabe” e) la salud – enfermedad como mercancía y tendencia inductora al consumismo médico, f) medicalización de los problemas, y g) identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otros modelos. En general, se trata de una concepción mecanicista del ser humano, que lleva, entre otras cosas, a las inconsistentes separaciones entre las partes de un todo, entre la mente y el cuerpo, y entre el individuo, la sociedad y el universo; a la búsqueda de certidumbres y de verdades absolutas; a la creencia en la causalidad lineal como única forma de relación; y a la subvaloración de la subjetividad.

Se ha detallado también que, la biomedicina, al estar escudada en todos los atributos que se le asignan a la ciencia (universalidad, objetividad, verdad, etc), y siendo legitimada por el Estado, y demás grupos de poder, se fue constituyendo en la única institución con autoridad para conocer y accionar frente a la salud y la enfermedad. Adicionalmente, la explícita exclusión y erradicación hacia las otras medicinas, en un primer momento, y la incorporación subordinada de estas, en un segundo momento, son parte de este proceso de construcción de la hegemonía de la biomedicina. Sin embargo, como bien dice Zuanilda Mendoza:

El proceso de hegemonización no se limita a ejercer la dictadura de clase como privilegio de la clase dominante, a través de la coerción y represión, sino fundamentalmente a difundir una concepción del mundo a toda la sociedad, sobre la que se construyen creencias, saberes y prácticas que son comunes a la mayoría de la población (Mendoza, 1994, pág. 5).

De tal manera, solo una vez que las clases subalternas, a través de un conjunto de mecanismos ideológicos, adquieren los principios ideológicos de la clase en el poder, o en este caso, del sistema médico en el poder, se concretiza la hegemonía del mismo (Menéndez, 2002) (Mendoza, 1994).

Pero, valga la pena puntualizarlo desde ya, los grupos subalternos no realizan una reproducción idéntica de los modelos hegemónicos, sino que los reproducen,

reinterpretan y les dan significado bajo contextos específicos; y algunos sectores, como por ejemplo los médicos tradicionales o alternativos, generan más bien una oposición frente al modelo médico hegemónico. En los capítulos que siguen analizaremos justamente estos procesos.

1.3.2 El Modelo médico subordinado

Este modelo médico se refiere al conjunto de prácticas, representaciones e ideologías que se forman en torno al proceso de salud/enfermedad, por parte de los llamados “agentes de salud tradicional”, dentro del contexto de las relaciones de poder que impone el capitalismo (Menéndez, 1983) (Menéndez, 2002).

Es importante precisar que en las sociedades en donde la medicina occidental es todavía desconocida, existe un sistema de salud que está compuesto tanto por los saberes y prácticas médicas de los agentes de salud tradicional como por la de los pacientes. Sin embargo, cuando la medicina occidental o cualquier otro modelo de atención externo se implanta en dichas sociedades, los saberes y las prácticas de los agentes de salud tradicional se insertan en un proceso de cambio muy distinto al de los pacientes, conllevando a una paulatina conformación del modelo médico subordinado por un lado, y del modelo de autoatención por otro. Es decir que a partir del apareamiento de la biomedicina en tales sociedades, habrá una bifurcación dentro del sistema de salud tradicional, lo cual dará paso a la construcción de distintos modelos médicos, unidos a través de relaciones de poder.

Ahora bien, en varias culturas, no existe una rígida demarcación entre capacidades “médicas” y “no médicas”, como lo ha demostrado Michael Knipper en su estudio entre los Napo Runas de la Amazonía Ecuatoriana (2006), por lo cual muchas personas se dedican en uno u otro momento a curar. Sin embargo, como bien lo han demostrado las investigaciones antropológicas, en cualquier sociedad el acto de curar conlleva un capital social y simbólico muy importante (Fernández Juárez, 1999) (Harari, 1982), siendo de esta manera un mecanismo de distinción social. De allí que, si bien en cada sistema de salud exista una organización particular de las instancias asistenciales, siempre existen curadores que, más allá de distinguirse por su mayor acumulación de conocimientos médicos, se distinguen por su mayor

acumulación de capital social y simbólico a partir del acto de curar (Menéndez, 2001).

En la mayoría de sociedades no occidentales, la salud y la enfermedad están directamente relacionadas con las fuerzas sobre naturales que dominan el orden del mundo. De allí que el acto de curar, no se limite únicamente a reparar lo físico, sino también lo emocional, lo espiritual y demás aspectos del ser humano en relación con su entorno. Es por ello que, en estas sociedades, el ámbito de la salud se encuentra estrechamente relacionada con el ámbito de lo mágico-religioso. De tal manera, el curador, no solo que tiene habilidades empíricas, que arreglan lo físico, sino también habilidades sobre naturales. De allí que en gran parte de las sociedades no occidentales, los curadores sean a su vez líderes espirituales, y en varios casos inclusive líderes políticos (Fernández Juárez, 1999) (Serrano, 1999). Como gran parte de las investigaciones antropológicas lo han demostrado, el acto de curar, al ser un fenómeno físico, emocional y espiritual, conlleva prestigio y poder. (Fernández Juárez, 1999) (Serrano, 1999) (Menéndez, 2001).

Teniendo en cuenta estas bases, es previsible que los agentes de salud tradicional lleven a cabo acciones contra-hegemónicas frente al intento de la biomedicina por monopolizar su dominio en el ámbito curativo. Por varias razones, en especial porque “se sigue pensando en ellos como actores pasivos y reacios al cambio de una medicina estática y a punto de desaparecer o de ser asimilada” (Globet, 1993, pág. 3), las “respuestas” de los agentes de salud tradicional, han sido poco documentadas y analizadas. Sin embargo, podemos aventurarnos desde ya a decir que toda acción de la biomedicina en contra de las “otras medicinas” ha traído respuestas y acciones contra-hegemónicas (Menéndez, 1983, pág. 201).

Existen datos que demuestran que, desde los primeros contactos entre las medicinas indígenas de Latinoamérica y la medicina española, la primera no se mantuvo pasiva ante los ataques de la naciente biomedicina. En Bolivia y Perú por ejemplo, desde inicios del periodo colonial, los agentes de salud tradicional crearon un mito sobre los médicos españoles, a quienes los llamaron Kharikhari; es decir “aquel que te saca la grasa desde lejos, sin dejar cicatriz”, en otras palabras “brujo”. A la vez, que la medicina española y demás instituciones coloniales como la iglesia intentaban desprestigiar a la medicina indígena como una práctica ilógica, oscura y

pecaminosa, los curadores tradicionales crearon y perpetuaron el imaginario del médico occidental como un hábil y misterioso ser que podía matar a las personas sin dejar ningún rastro. De acuerdo con Jaime Zalles, “dicho mito se ha constituido en un arma de rechazo y desconfianza al médico occidental por varios siglos” (Zalles, 2006, pág. 392). De hecho, en ciertos poblados andinos, todavía persiste el miedo hacia los médicos occidentales, por su supuesto poder sobrenatural de sacar la grasa de los riñones (residencia de la energía del ser humano según la cosmovisión quichua y aymara).

Gracias a la consolidación del mito del kharikhari, los agentes de salud tradicional pudieron mantener su función social y su status privilegiado. Desde la perspectiva del enfoque relacional, este acto es un ejemplo de la característica esencial del modelo médico subordinado: la oposición de los curadores tradicionales hacia la biomedicina, en el afán de mantener el capital social y político que se desprende de la función social de curar (Osorio, 1994). De acuerdo a Menéndez, en todo contexto social capitalista en donde exista contacto entre el sistema de salud occidental y el sistema de salud tradicional, hay un intento de exclusión entre ambas, lo cual desde la parte de los agentes de salud tradicional se concreta en estrategias contrahegemónicas o acciones deslegitimadoras hacia la biomedicina (Menéndez, 1983). De allí que, según Menéndez, el modelo médico subordinado, constituya en gran medida un “derivado conflictivo del modelo médico hegemónico” (Menéndez, 1983, pág. 98)

En la actualidad, las acciones excluyentes entre estos dos modelos médicos, son menos evidentes y explícitas, pero ciertamente existen. Al no cambiar el contexto de las relaciones de poder capitalistas (contexto a partir del cual los modelos médicos se relacionan), es utópico hablar complementariedad, integración, o colaboración entre los modelos médicos. Las acciones excluyentes, deslegitimadores, el conflicto y la coerción todavía siguen siendo las características fundamentales en la relación de los modelos médicos, lo único que ha cambiado es que estas características se dan ahora de una manera sutil, implícita, muchas veces enmascarada en términos como “salud intercultural”.

Varios autores han puesto en evidencia que los agentes de salud tradicional suelen incorporar prácticas y conocimientos biomédicos, aconsejar ir al médico occidental o

tomar medicinas de patente cuando la situación del paciente lo amerite (Estrella, 1977) (Rodríguez, 1992) (Herrera & Guerrero, 2011). Aparentemente estas evidencias podrían dar cuenta de un cierto intento de complementariedad por parte de los agentes de salud tradicional. Si bien, hasta cierto punto, y específicamente en contextos de interculturalidad, esto puede ser cierto; en el contexto de las relaciones de poder capitalistas, estas mismas evidencias no dan cuenta precisamente de complementariedad, sino más bien de competencia y de “legitimación excluyente” (Globet, 1993) (Menéndez, 1983).

La intención de los curadores tradicionales de nutrirse de otras prácticas médicas, principalmente de la occidental, para con ello acrecentar su saber y sus técnicas terapéuticas, puede ser entendido principalmente como un acto de poder, a través del cual pueden seguir manteniendo la identidad y la función de curadores, a pesar del embate que ciertamente representa el establecimiento del modelo médico hegemónico en una comunidad en particular. Teniendo en cuenta el poder que conlleva el acto de curar, y el privilegiado estatus social de los curadores locales en cualquier sociedad no occidental, es muy difícil que tales curadores se mantengan indiferentes hacia la arremetida del modelo médico hegemónico. Como bien indican varios autores, los curadores tradicionales tratarán de mantener su poder y su estatus, legitimando sus saberes y sus prácticas, y excluyendo las de la biomedicina (Globet, 1993) (Menéndez, 1983). Para ello, los agentes de salud tradicional han realizado varias estrategias o acciones concretas, como por ejemplo, en la actualidad, incorporar prácticas y conocimientos biomédicos, conseguir certificados de acreditación terapéutica, o demandar la legalización de sus prácticas. Por ejemplo, Veronique Globet, en un estudio realizado en Azuay en el año de 1993, demuestra que el objetivo principal de un grupo de parteras al participar de un taller organizado por el Ministerio de Salud, fue conseguir un certificado de acreditación, ya que el mismo les permitiría recuperar, en cierta medida, su estatus y rol de parteras dentro de su comunidad (Globet, 1993).

Hay que puntualizar también que, la incorporación de las prácticas y saberes biomédicos por parte de los curadores tradicionales, no se la realiza de manera desordenada ni arbitraria, sino más bien con mucho cuidado, para no perder su sello distintivo de curador tradicional. Como bien dice Eduardo Menéndez, los curadores tradicionales “tratan de mantener su propia identidad como curadores, y desde esa

perspectiva la articulación con la biomedicina se expresa a través de una cuidadosa apropiación de técnicas pero tratando de mantener la diferencia y exclusión, a través de seguir proponiendo su forma de curar como la más idónea”. (Menéndez, 2003, pág. 189). La incorporación de nuevos saberes y prácticas médicas, se la realiza dentro de los principios y bases de la cosmovisión médica de los curadores. Es por ello que, no se modifica por ejemplo, la concepción globalizadora de los padecimientos, ni la nosología de frío-caliente para las enfermedades físicas en el caso de los médicos andinos tradicionales.

A pesar de las constantes acciones contrahegemónicas del modelo médico subordinado, la biomedicina ha logrado instalarse en casi todas las sociedades actuales, y establecerse en muchas de ellas como el modelo hegemónico. Esto no quiere decir que la medicina tradicional ha desaparecido, pero sí que ha sido subordinada a los dictámenes del modelo oficial. Y es que, hay que recordar que no solamente es la biomedicina la encargada de subordinar a la medicina tradicional, sino también todas las instituciones oficiales funcionales al capitalismo, como la educación, la religión, y las instancias políticas occidentales. A continuación presentaremos el caso de la legalización de las medicinas tradicionales en Latinoamérica para aclarar y ejemplificar este último punto.

Como bien se sabe, desde los años 70s, los movimientos y organizaciones indígenas comenzaron un fuerte proceso de reivindicación política e identitaria. Dentro de sus demandas se hallaba el reconocimiento legal y desarrollo de sus sistemas médicos. Gracias a la constante lucha y al fortalecimiento de sus organizaciones, se consigue a partir de mediados de los 80s la personería jurídica de las medicinas originarias en varios países latinoamericanos, siendo Bolivia el país pionero en aprobar tal reconocimiento (Zalles, 2006, pág. 395).

A pesar de que la biomedicina había estado ya interesándose por las otras medicinas desde hace algún tiempo atrás, era inconcebible para ella aceptar tal reconocimiento jurídico por parte de los estados latinoamericanos, por lo cual se generó un fuerte proceso de lucha entre la biomedicina (representada por los colegios de médicos de los distintos países) y las medicinas tradicionales (representadas por las diversas y múltiples organizaciones de médicos indígenas), llegando incluso a instancias jurídicas. En general los estados latinoamericanos han tomado posiciones

ambivalentes y contradictorias al respecto (Navarro, 2006). En ciertos países como México por ejemplo, a pesar del reconocimiento constitucional de las medicinas indígenas, existen decretos, que han sido generados única y exclusivamente a partir del sector biomédico, que prohíben ciertas prácticas de las medicinas indígenas, a pesar de no haber existido ni siquiera el mínimo intento por dialogar, analizar y debatir con los representantes de dichas prácticas (Navarro, 2006).

El ejemplo mexicano representa de muy buena manera lo que pasa a nivel general actualmente en Latinoamérica. La biomedicina, con todo el poder que ha cosechado dentro de los Estados, ha dispuesto las condiciones y los marcos a partir de los cuales la medicina indígena podría ejercerse. La extraña incorporación de la medicina indígena, goza de una característica básica: su subordinación (Knniper, 2006) (Mendoza, 1994).

Como se puede ver, a pesar de que el modelo médico hegemónico ha logrado establecer el marco de condiciones para que el modelo subordinado funcione, este último no ha permanecido pasivo ni sumiso ante lo que dice o hace el modelo hegemónico. A lo largo de la historia de la relación entre estos dos modelos se ha podido constatar que existe sobre todo una relación de poder entre ellos, donde las acciones con fines excluyentes no solo vienen unilateralmente de parte de la biomedicina, sino también desde el modelo médico subordinado.

Por último quisiéramos referirnos a los cambios que se van generando en la relación entre el modelo subordinado y el modelo de autoatención. Como bien se sabe, el establecimiento del capitalismo conduce a una progresiva dependencia económica, y a su vez una creciente mercantilización de varios ámbitos de la sociedad. Dentro de las leyes de la oferta y la demanda, la salud justamente es un ámbito potencialmente muy rentable, al cual no solamente tratarán de sacarle provecho los médicos occidentales, sino también, como lo han demostrado varias etnografías, los médicos tradicionales (Ramón, 1982) (Menéndez, 1983). De esta manera, uno de los rasgos que generalmente incorpora el modelo médico subordinado del modelo hegemónico, es la tendencia a monopolizar los conocimientos médicos. Así como el modelo hegemónico intenta implantar el imaginario de que los médicos son “los que saben” sobre la enfermedad y cómo curarla, y los pacientes son “los que no saben”, el modelo subordinado también lo ha hecho, ya que esto beneficia en primer lugar a

mantener y reforzar la identidad de curador tradicional, así como a asegurar su función social y con ello su capital social, político y, una vez ya dentro del contexto capitalista, su capital económico.

Esta tendencia a monopolizar los conocimientos médicos, se da a través de diversas estrategias, una de las más usuales, sobre todo en las sociedades andinas, ha sido el reemplazo de las curaciones públicas por las curaciones privadas. Generalmente en las sociedades andinas no occidentales, tanto el diagnóstico como el acto de curar, es un acto público, al que asisten normalmente los familiares y amigos cercanos del enfermo, así como personas allegadas al curador. De allí que estos actos constituyan formas pedagógicas de enseñanza y socialización de los conocimientos médicos tradicionales (Ramón, 1982). Como lo han documentado varios investigadores, el advenimiento del modelo capitalista, conlleva una tendencia a reemplazar los actos de curación público por la curación privada, muy parecida a la atención biomédica (Ramón, 1982) (Harari, 1982). Con ello se intenta restringir el conocimiento médico tradicional al dominio de los agentes de salud tradicional.

Resumiendo lo que se ha planteado en este subcapítulo, se puede decir que las características del modelo médico subordinado son: a) Legitimación comunal de las actividades curativas. b) Acumulación de capital social y político por parte de los agentes de salud tradicional. c) oposición y acciones contrahegemónicas hacia la biomedicina. d) adaptación de saberes y prácticas médicas exógenas a la cosmovisión de los curadores. e) intento por mantener la identidad, función y rol de curador. f) tendencia a la exclusión de los otros a “sus saberes y prácticas médicas”. g) tendencia a la mercantilización.

1.3.3 Modelo de autoatención.

Dentro del enfoque relacional, el modelo de autoatención es entendido como:

Las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención (Menéndez, 2003, pág. 198).

La autoatención supone entonces, desde acciones “conscientes” de no hacer nada pero encaminadas a la cura, hasta el uso de equipos de determinado grado de complejidad (Menéndez, 1981).

Las representaciones que el ser humano tiene sobre su propio cuerpo, sobre sus sensaciones y funcionamiento, así como sobre los padecimientos y síntomas, son construcciones simbólicas, fundamentadas social y culturalmente. La categorización de interpretación que se hace de cada sensación corporal experimentada, a pesar de ser aparentemente un ejercicio mental autónomo e individual, se basa en las creencias básicas que la cultura, de la que se es parte, tiene sobre el cuerpo y sus sensaciones, y por lo tanto, es fundamentalmente una construcción simbólica socio-cultural. Por ello que, en cada cultura, se determine la diferencia entre lo normal de lo anormal en el funcionamiento del cuerpo, así como también lo que se considera síntoma o enfermedad de lo que no.

Sin embargo, como se ha venido constatando, la biomedicina legitimada no solo por la supuesta “universalidad” y “objetividad” de la ciencia, sino también por los gobiernos y demás sectores de poder, ha intentado convertirse en la única fuente válida de conocimiento e intervención sobre el cuerpo y las enfermedades, ha intervenido en la libertad de cada cultura de crear sus propias representaciones sobre el cuerpo, menospreciando esa “sabiduría sobre el cuerpo” que cada cultura ha desarrollado históricamente, y tratando de imponer la ideología y la práctica biomédica.

Como se ha indicado en anteriores páginas, a través del proceso de medicalización, la biomedicina ha inventado enfermedades, y para ello ha intentado violentamente imponer los estatutos a través de los cuales determinar la diferencia entre lo normal de lo anormal en el funcionamiento del cuerpo, así como la forma “adecuada” de enfrentar a la enfermedad. Ha tenido, por lo tanto, que intentar imponer la idea de que los conjuntos sociales son ignorantes en cuanto a su propio cuerpo y que necesitan de los dictámenes y de la rectoría de la biomedicina para sobrevivir. Como lo dice Cuví “el control sobre nuestro propio cuerpo ha sido escamoteado, porque supuestamente ignoramos su estructura y funcionamiento” (Cuví, 2010, pág. 35).

El modelo de autoatención ha sido entendido por la biomedicina casi exclusivamente en términos de automedicación y de esta manera se ha ignorado la complejidad que

encierra este modelo. La biomedicina, de manera superficial, ha considerado casi unánimemente que la automedicación, confundida con autoatención, es negativa o perniciosa; que es producto de la falta de educación o de la ignorancia, y tiende a identificarla como el comportamiento de los estratos sociales más bajos (Menéndez, 2003).

Más allá de estos estereotipos poco fundamentados que la biomedicina tiene sobre la autoatención, constituye un error epistémico enorme, y un obstáculo para la conformación de la salud intercultural, el hecho de confundir “autoatención” con “automedicación”, e ignorar todo lo que verdaderamente conlleva el modelo de autoatención.

Como lo ha venido demostrando la antropología médica desde hace ya varias décadas, la autoatención es estructural a toda sociedad y constituye el real primer nivel de atención a los padecimientos (Kleinman , 1980) (Menéndez, 1981). El ser humano, al detectar una anomalía en su cuerpo, tratará de enfrentarla primeramente haciendo uso de los conocimientos y prácticas terapéuticas que ha adquirido culturalmente. El mismo, o la familia nuclear, son los primeros agentes en crear una red de significaciones alrededor del padecimiento, y de poner en marcha una serie de acciones en pos de recobrar la normalidad del cuerpo. Como afirma Menéndez

La autoatención es la primera actividad que el microgrupo realiza respecto de los padeceres detectados, y esa actividad no incluye inicialmente ningún curador profesional, aun cuando pueda inicialmente consultar a algún miembro de los espacios familiares y sociales inmediatos, pero que no desempeña ninguna actividad como curador profesional (Menéndez, 2003, pág. 201).

En este mismo sentido, la decisión de consultar a determinado curador (y no a otro) también se hace a partir de esta red de significaciones sobre el padecimiento, red que a su vez, va a incidir en el tratamiento y en la relación curador/paciente. El sujeto y su grupo pueden consultar uno o más curadores y servicios, pero siempre a partir del núcleo de autoatención. Cuando un sujeto va al médico, a un quiropráctico, a una curandera o a un sanador new age, va generalmente con un diagnóstico provisional del padecimiento por el cual recurre a dicho curador. De tal manera, es a partir de este saber que se establecen las relaciones transaccionales con las otras formas de atención (Menéndez, 2003). De allí que “la autoatención no debe ser pensada como un acto que los sujetos y grupos desarrollan aislada y autónomamente, sino como un

proceso transaccional entre éstos y las diferentes formas de atención que operan como sus referentes” (Menéndez, 2003, pág. 201).

Como se ha visto anteriormente, entre el modelo médico hegemónico y el modelo médico subordinado, existe sobre todo una relación de poder caracterizada por la oposición y la exclusión entre ellos. Si bien, el modelo médico hegemónico mantiene también una radical oposición frente al modelo de autoatención, este último generalmente no se opone o excluye al modelo hegemónico ni a cualquier otro, sino más bien los integra como una de sus opciones terapéuticas a disposición.

Como lo han demostrado varios autores (Kleinman , 1980) (Pedersen, 1989) (Menéndez, 2003), los conjuntos sociales, suelen tener una tendencia a integrar las diferentes formas de atención más que a antagonizarlas, excluirlas o negar unas en función de otras. Las incompatibilidades y diferencias entre los diferentes sistemas asistenciales, suelen ser secundarizadas por los conjuntos sociales, quienes en “el camino del enfermo”, entendido este como el proceso terapéutico asistencial para recobrar su salud, recurren a diversos modelos de atención, no sólo para diferentes problemas, sino también, en ciertos casos, para un mismo problema de salud (Menéndez, 2003).

Pero esta utilización e “integración” de las diversas instancias asistenciales que se da a partir del modelo de autoatención, no solo se evidencia en el “camino del enfermo”, sino también en la propia construcción de sus saberes médicos. La autoatención se nutre constantemente de los distintos modelos médicos que tiene a disposición, recreando sus saberes y sus prácticas. Sin embargo, hay que puntualizar que estos dos procesos de integración, no se los hacen necesariamente de una manera ecléctica, desordenada, o ilógica, como varios autores de la salud pública lo consideran, sino que pueden construirse de modos diversos.

Es importante precisar que “el modelo de autoatención está en la base de los otros modelos médicos” (Menéndez, 2003, pág. 65), es decir que de él depende a final de cuentas el funcionamiento o no de las instancias asistenciales; ya que así como un médico no puede “ser” sin pacientes, un modelo médico (hegemónico o subordinado) no puede “ser” sin el modelo de autoatención. Pero además, dentro del contexto capitalista, la importancia de la autoatención sobre los otros modelos médicos (hegemónico o subordinado) es determinante, ya que tanto la hegemonía como la

subordinación se concretan y se perpetúan fundamentalmente a través de la legitimación del modelo de autoatención. Así como los intentos de la biomedicina de instalarse como modelo hegemónico, solo se concretan una vez que los pacientes incorporan los valores, ideologías y conceptos de la biomedicina, la subordinación del sistema de salud tradicional también se concreta únicamente cuando dentro del modelo de autoatención, existe la tendencia a subordinar las prácticas y saberes tradicionales.

De tal manera, el modelo de autoatención, como instancia legitimadora y determinante de los demás modelos médicos, debe ser el punto a partir del cual se replanteen las relaciones de poder entre el modelo médico hegemónico y el subordinado, y se construya la salud intercultural.

1.4. Salud intercultural

Desde principios de los años 90s, en varias partes de Latinoamérica se empezó a proponer la idea de interculturalidad. En Ecuador, este concepto nació en el seno del movimiento indígena de la CONAIE como oposición a la hegemonía política del conocimiento y como una propuesta hacia formas de pensar diferentes a la colonial (Ramírez, 2011). Se planteó el proyecto de interculturalidad como una propuesta alternativa de sociedad, proyecto que “está pensado desde la experiencia vivida de la diferencia colonial y no desde la ideología del Estado” (Walsh, 2007, pág. 179). En consecuencia, la idea de interculturalidad no se restringió tan sólo a las interrelaciones sino que también “abarcó el fortalecimiento de lo propio, aquello que consideraron subalternizado por el colonialismo” (Ramírez, 2011, pág. 46).

Al poco tiempo, el concepto de interculturalidad pasó a formar parte del discurso de los Estados Latinoamericanos y de instituciones como el Banco Mundial, la UNICEF y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Sin embargo dicho concepto fue modificado. La OPS por ejemplo, describe así la interculturalidad:

El concepto de interculturalidad involucra las interrelaciones equitativas y respetuosas de las diferencias políticas, económicas, sociales culturales, étnicas, lingüísticas, de género y generacionales, establecidas en el espacio determinado entre diferentes culturas (pueblos, etnias) para construir una sociedad justa (OPS/OMS, s/f: 30).

Como vemos, el concepto de interculturalidad se empobreció ya que el reconocimiento de la diferencia colonial (ética, política, epistémica) que los pueblos indígenas latinoamericanos propusieron, no fue tomado en cuenta, y solo se lo entendió como la relación armónica, respetuosa y fructífera entre culturas distintas. Lastimosamente, desde los pueblos indígenas no hubo reacciones fuertes para que dicho concepto sea replanteado, y recoja nuevamente el aspecto de la alteridad epistémica que originalmente se propuso.

Partiendo de este concepto limitado de interculturalidad, la OPS y los estados miembros, se comprometieron en las Metas del Decenio de los Pueblos Indígenas del Mundo (1994-2004) a trabajar con las poblaciones indígenas, en pos del mejoramiento de la salud y del bienestar de dichas poblaciones. Para ello se propuso el “enfoque intercultural de la salud”, que se materializaba en la creación de los centros de salud intercultural (Rojas, 2003).

A partir de entonces, se han construido varios centros de salud intercultural (CSI), en algunos países de Latinoamérica. En un principio, solamente se incorporó, y de manera explícitamente subordinada, a determinados curadores tradicionales, especialmente a parteras empíricas, a la oferta terapéutica del centro de salud, llamándolo por ello “intercultural”. A pesar de que todavía siguen existiendo muchos CSI con esas características, varios centros de salud han ido incorporado cada vez más elementos de las culturas donde se desenvuelven; por ejemplo en algunos CSI del estado Mexicano de Campeche, se han cambiado varias camillas por hamacas, que es el utensilio tradicionalmente utilizado para dormir en esa zona (Navarro, 2004, pág. 135). En varios Hospitales interculturales también se ha incorporado la alimentación local en vez de la alimentación comúnmente estandarizada del hospital occidental, así como también se han creado huertos comunitarios de plantas medicinales, en los jardines de varios CSI (Navarro, 2004)

Según Roberto Campos Navarro los centros de salud, y los hospitales que objetivamente pueden ser certificados como “interculturales”, deben cumplir los siguientes requerimientos:

uso cotidiano del idioma local, capacitación intercultural obligatoria del personal institucional no indígena, mayor participación indígena en la administración y organización hospitalaria, consumo de alimentos regionales como dieta normal, uso del mobiliario

regional, interrelación positiva con la medicina indígena, creación de huertos medicinales demostrativos, uso de arquitectura regional, adecuaciones en la relación médico-paciente, directivos sensibles a la interculturalidad, presencia de hospedaje a familiares de enfermos hospitalizados, entre otras (Navarro, 2004, pág. 136).

De acuerdo a Susana Ramírez, actualmente todavía son pocos los centros de salud que cumplen con todos estos requerimientos (Ramírez, 2011). En la mayoría, solamente por el hecho de que el médico occidental y el terapeuta tradicional, estén en el mismo centro, se los llama “interculturales”; a pesar de que, en la práctica, estos curadores, no suelen trabajar conjuntamente, sino más bien de manera aislada (Ramírez, 2011).

Entre tanto, estos proyectos no han repercutido como se lo esperaba, ni en los niveles de morbilidad y mortalidad de las poblaciones indígenas, ni en los niveles de participación e involucramiento de las mismas (Ramírez, 2011). De hecho, hasta varios de los centros de salud interculturales, que cumplen con la mayoría de los requerimientos que plantea Navarro, han fracasado. Por ejemplo, en el hospital Kallawaya “Shoquena Huasi” ubicado en el departamento de la Paz en Bolivia, el número de consultas desde la creación de este centro intercultural, es inferior al que se contabilizaba antes, cuando era un centro de salud convencional (Callahan , 2006). Y de estas pocas consultas que han habido, “más de la mitad de las personas eran turistas extranjeros” (Callahan , 2006, pág. 289). El hospital intercultural de Tinguipaya, en el departamento de Potosí, es otro de los hospitales que a pesar de haber sido construido y pensado de acuerdo con la definición de interculturalidad mencionada, ha tenido muy poca acogida por parte de la población del lugar, siendo sub utilizado actualmente (Ramírez, 2011).

De acuerdo a los autores que han estudiado este tema, las razones del fracaso de muchos de estos CSI son múltiples. En general, estos fracasos se han atribuido a cuestiones como la falta de recursos profesionales, económicos, o materiales; la distribución geográfica de los poblados y del centro; o el desentendimiento cultural entre los curadores tradicionales y los médicos occidentales (Callahan , 2006) (Zalles, 2006) (Fernández Juárez, 2004). Si bien estas causas pueden ser validas hasta cierto punto, y de hecho, reparar en ellas, podría conllevar a mejorar el desempeño de los CSI, no podemos atribuir a las mismas todo el fracaso de los CSI. Creo que hay causas que han sido menospreciados o ignoradas, y que ciertamente

cumplen un papel determinante en el nivel de desempeño de los CSI y en el nivel de salud de la población indígena en general.

En primer lugar, y como se ha indicado anteriormente, la raíz del problema de salud de las comunidades indígenas, y demás sectores marginados, se encuentra en las precarias condiciones de vida en que se encuentran. Cualquier proyecto de salud, que se muestre indiferente hacia esa temática, no tendrá un impacto realmente importante en el mejoramiento de los niveles de salud de la población.

Lastimosamente el “enfoque intercultural de salud” propuesto y establecido por las organizaciones formales de salud continua con la indiferencia hacia tal problemática. En el fondo, no cuestiona las estructuras socioeconómicas del capitalismo moderno que dan paso a un sinnúmero de enfermedades y padecimientos. Siendo, de esta manera, un enfoque cómplice del capitalismo, no le es posible apoyar la propuesta de la alteridad epistémica, simbólica y ética que proponen las minorías étnicas, propuesta que claramente cuestiona y combate muchas directrices del sistema económico social hegemónico.

Siguiendo a Ramírez, pienso que la visión actual de la “interculturalidad de salud” de las organizaciones internacionales de salud es una posición ingenua y romántica, equivalente a mantener y reforzar las desigualdades reales en las que se encuentran los grupos subalternos, y que impide el avance de los procesos reales de igualdad y transformación profunda (Ramírez, 2011). Las conclusiones que Jorge Viaña extrae de su análisis sobre la educación interculturalidad, son muy importantes también para el campo de la salud:

La llamada interculturalidad no es más que una manera de reorganizar y profundizar en el mecanismo de inclusión subordinada que profundizan y refuerzan los múltiples mecanismos de dominación, poniendo en escena una simulación moderna que cumple la función política de apaciguar, desorientar, desorganizar y silenciar a los movimientos sociales y al movimiento indígena (Viaña, 2008, pág. 331).

En segundo lugar, estos centros de salud intercultural, al partir de un concepto de interculturalidad empobrecido, que no recoge la idea de la alteridad epistémica, no son espacios donde las relaciones de poder hegemonía-subordinación sean replanteadas. Es más, esta relación se perpetúa, pero de manera implícita, maquillada. En estos espacios, supuestamente interculturales, todavía sigue siendo el

Modelo médico hegemónico, quien plantea los marcos sobre los cuales los demás modelos médicos pueden funcionar. Como bien indica Jacqueline Michaux, en casi todos los CSI son los médicos occidentales quienes tienen el rol de supervisar y controlar a los curadores tradicionales (Michaux, 2004). En este sentido, la autora se pregunta “¿cómo un médico, cuya competencia está orientada a controlar los trastornos fisiológicos, podría evaluar la actividad de un curador tradicional, cuya competencia es espiritual y simbólica principalmente?” (Michaux, 2004, pág. 118).

Pero este problema no solo se limita a la relación entre el Modelo médico hegemónico y el modelo médico subordinado. En estos CSI, el modelo de autoatención sigue siendo menospreciado, mejor dicho ignorado (Ramírez, 2011). En el concepto de “salud intercultural” utilizado por los Organismos oficiales de salud, no hay cabida para el modelo de autoatención, ya que simplemente es entendido como la relación armónica y fructífera entre los agentes de salud de distintas culturas, excluyendo los saberes y las prácticas médicas de los conjuntos sociales. Como bien dice Susana Ramírez:

El concepto de salud intercultural se ha extendido popularmente como la complementación en los servicios de salud de la biomedicina y de la medicina tradicional, incluido en ciertos sectores antropológicos donde estas propuestas de débil sustento teórico y metodológico tienen cabida, sin que se reconozca el pluralismo médico que existe en todas las culturas y grupos sociales actualmente (Ramírez, 2011, pág. 52).

1.4.1 La salud intercultural en el Ecuador. Marco jurídico y experiencias

Como consecuencia de la fuerte y persistente lucha de los movimientos indígenas de Latinoamérica, se ha conseguido establecer una serie de acuerdos legales, tanto a nivel regional como local, que garantizan un conjunto de derechos de los pueblos indígenas, entre ellos el derecho a la salud². Dentro de las constituciones y marcos legales de varios países de nuestro continente, existen avances significativos en cuanto al reconocimiento de la diversidad cultural, y el derecho a la

² La Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas, mejor conocida como SAPIA, así como la Declaración Universal de Derechos de los Pueblos Indígenas, particularmente los artículos 23 y 24, son algunos de los más importantes acuerdos legales internacionales que abogan por el derecho a la salud de los pueblos indígenas. Así también se han desarrollado líneas estratégicas específicas como el Plan Andino de Salud Intercultural, entre otros.

autodeterminación de los pueblos indígenas. Paralelamente han existido considerables políticas públicas encaminadas a cumplir tales derechos. Amilcar Castañeda muestra que, desde 1994 al 2006, en 18 países de América se han establecido unidades técnicas de salud sobre los pueblos indígenas en los respectivos ministerios de salud, en 19 países existen proyectos nacionales sobre la salud de los pueblos indígenas, en 15 hay políticas y experiencias en la incorporación de las perspectivas, las terapias y los medicamentos indígenas en los sistemas nacionales de salud, y en 10 hay sistemas de información, seguimiento y evaluación sanitaria que incorporan la variable de grupo étnico (Castañeda, 2010).

En nuestro país, varias de las demandas del movimiento indígena ecuatoriano, fueron recogidas sobre todo a partir de la constitución de 1998, donde se reconoce a nuestro país como multiétnico y pluricultural, y se acepta e impulsa la práctica y desarrollo de la medicina tradicional (Art. 1, 44, 84). Sin embargo, es a partir de la “Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos” del año 2004, cuando se habla por primera vez de forma oficial sobre la necesidad de integrar en la red de servicios médicos a la medicina alternativa y tradicional, dotándoles de facilidades en las instituciones públicas y potenciando sobre todo la práctica de las parteras dentro de la ley de maternidad gratuita y atención a la infancia (LMGYAI) (González & Corral, 2010). A partir de entonces han surgido algunas experiencias de integración de los modelos médicos occidental y tradicional, como el Proyecto del Sistema Integrado de Cuidado Obstétrico Esencial (SICOE) en la provincia de Tungurahua, el Hospital Cantonal de Otavalo, la Red de Salud del Área de Loreto, el Centro de Salud de Nabón, el Área de Salud de Saquisilí, el Hospital Andino en Riobamba, el Centro de Salud de Guamaní, entre otros.

En la constitución de 2008, se incorporaron más artículos referentes a los sistemas de salud tradicional. Allí aparte de reconocer y garantizar el derecho a mantener, proteger y desarrollar los conocimientos colectivos, sus ciencias, tecnologías, saberes ancestrales, sus medicinas y prácticas de medicina tradicional; se menciona que el Estado garantizará las prácticas de la medicina ancestral mediante el reconocimiento, respeto y promoción de sus conocimientos, medicinas e instrumentos (Art. 363). En la parte relativa al régimen del Buen Vivir, se define que los sistemas tradicionales de salud y sus agentes formarán parte del Sistema Nacional de Salud (SNS). El Art. 362 prescribe que la atención de salud como servicio público se prestará a través de

las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales, alternativas y complementarias. Además señala que el SNS reconocerá la diversidad social y cultural y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas (Arts. 358, 359, 360 y 362).

Por su parte, en el Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013 se establece entre sus políticas de salud el “Reconocer, respetar y promover las prácticas de medicina ancestral y alternativa y el uso de sus conocimientos, medicamentos e instrumentos” (Política 3.5). Para el cumplimiento de esta política establece las siguientes disposiciones:

- Incentivar la investigación sobre prácticas y conocimientos ancestrales y alternativos.
- Diseñar y aplicar protocolos interculturales que faciliten la implementación progresiva de la medicina ancestral y alternativa con visión holística, en los servicios de salud pública y privada.
- Introducir en la malla curricular de los programas de formación profesional en salud contenidos que promuevan el conocimiento, la valorización y el respeto de los saberes y conocimientos ancestrales y alternativos.
- Reconocer, formar con perspectiva de género e incorporar agentes tradicionales y ancestrales en el sistema general de salud.
- Generar y aplicar normativas de protección de los conocimientos y saberes ancestrales del acervo comunitario y popular.

(Senplades, 2009)

La institución encargada de concretizar estas políticas es la Dirección Nacional de Salud Intercultural (DNSI), la cual es parte del Ministerio de Salud Pública. Para Miriam Cornejo, directora nacional de salud intercultural, ha habido un largo proceso de reflexión y debate en torno a temas como la articulación de la medicina ancestral con la medicina occidental, el rol y la función de los médicos tradicionales dentro del SNS, la acreditación y remuneración de los médicos tradicionales, entre otros. Este proceso se ha dado a través de varios encuentros y talleres con representantes de la medicina ancestral así como con instituciones gubernamentales y representantes de los colegios de médicos del país. En palabras de la funcionaria: “al ser temas muy complejos, que pueden ser vistos desde diferentes perspectivas, los acuerdos a los que se han llegado han sido pocos, pero muy significativos, justamente por partir de procesos participativos y democráticos” (Cornejo, 2013).

Así por ejemplo, existen ya normativas claras sobre el parto culturalmente adecuado e indicadores para evaluarlo³. Igualmente, existen varios informes de investigaciones y propuestas sobre salud intercultural realizadas por la propia dirección⁴.

Sin embargo, casi todas estas investigaciones, propuestas y acuerdos tienen como sujeto principal de interés, a las parteras tradicionales. Stephanie San Andrés, funcionaria de la DNSI, indicó que esta prioridad dada al tema de las parteras tradicionales, estaría justificada por el alarmante nivel de mortalidad materno-infantil en las zonas rurales, campesinas, indígenas y afroecuatorianas (San Andrés, 2013).

El enfoque puesto casi exclusivamente en las parteras, también se puede constatar evidenciando que en los centros de salud intercultural existentes en el país, llamados ahora servicios interculturales de salud, los agentes de salud tradicional que han sido “incorporados” a la oferta terapéutica, son casi exclusivamente las parteras tradicionales (Calderon , 2010). Esta tendencia, coincide con lo que pasa a nivel latinoamericano, donde las parteras, son las principales curadoras tradicionales que han sido integradas al sistema formal de salud (Navarro, 2004) (Ramírez, 2011).

Entre tanto, los temas referentes a los demás médicos tradicionales, carecen todavía de consenso y por lo tanto de una propuesta concreta de la DNSI frente a esos temas; lo cual ha repercutido en algunos de los establecimientos con “Servicios Interculturales de Salud”, como por ejemplo en el Centro de Salud de Guamaní, donde el Yachaj recientemente fue separado de dicha institución por establecer costos a sus servicios, yéndose en contra del principio de gratuidad en los servicios de salud que la constitución determina. Sin embargo, ya que hasta el momento, las únicas campañas de acreditación de médicos tradicionales se han enfocado exclusivamente en las parteras, los yachajs y demás agentes de salud tradicional, no han sido oficialmente legalizados y por lo tanto carecen de una remuneración por

³ Ver por ejemplo la “Guía Técnica para la atención del Parto culturalmente adecuado” (2008) <http://lac.unfpa.org/webdav/site/lac/shared/DOCUMENTS/2011/Peru%202011%20AECID/Gu%C3%ADa%20T%C3%A9cnica%20para%20la%20Atenci%C3%B3n%20del%20Parto%20Culturalmente%20Adecuado.pdf>. O el informe “Estándares e indicadores para el monitoreo de la atención del parto culturalmente adecuado” (2011) http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D228.pdf.

⁴ Ver por ejemplo el informe “Definición del rol de las parteras en el Sistema Nacional de Salud del Ecuador”. (2010). http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D277.pdf

parte del Ministerio de Salud. Es ésta la razón por la que el yachaj del Centro de Salud de Guamaní, se veía en la necesidad de establecer costos mínimos a sus servicios.

En cuanto al tema de la autoatención, tal y como lo hemos definido anteriormente, constituye un tema que, aunque los funcionarios del DNSI con quienes he conversado reconozcan su importancia, todavía no ha sido tomado en cuenta o puesto a discusión dentro de las propuestas relacionadas a salud intercultural. Como dice Miriam Cornejo “es que la cuestión de salud intercultural es muy amplia, es un universo grande, que necesita de reflexión y análisis, y allí todavía hay temas que nos falta topar, como el tema de la autoatención” (Cornejo, 2013). Tal como se indicó anteriormente, el término de interculturalidad es comúnmente utilizado sin el rigor analítico que éste merece. El llamar “servicios interculturales de salud”, a la integración casi exclusivamente de las parteras a la oferta terapéutica, ejemplifica de buena manera el empobrecimiento del concepto de interculturalidad al que estamos aludiendo. Integración que, por otra parte, en la mayoría de experiencias ecuatorianas, se ha caracterizado por su multiculturalismo (Gonzáles & Corral, 2010), es decir por la nula interacción entre curadores tradicionales y occidentales a pesar de estar compartiendo un mismo espacio, o por la subordinación de la medicina tradicional a los marcos normativos de la medicina occidental (Gonzáles & Corral, 2010).

En este punto, hay que indicar que la misma DNSI se muestra crítica hacia la ambigüedad y falta de rigurosidad en la utilización del concepto de interculturalidad. Miriam Cornejo, mencionó por ejemplo, que es muy aventurado denominar Intercultural, a establecimientos, como el Hampi Huasi de Otavalo, donde “cada quien (refiriéndose a los diferentes curadores) atendía por su cuenta, casi nunca hablaban entre los curadores tradicionales y los occidentales, no había un sistema de referencia y contra referencia (...) estos centros son más bien multiculturales pero no interculturales” (Cornejo, 2013).

Igualmente, desde las mismas instancias de la DNSI, se reconoce que el rol de los médicos tradicionales, específicamente de las parteras, en los servicios interculturales de salud ha sido subordinado a las reglas y dictámenes del modelo médico hegemónico. Según un informe de consultoría realizado para la DNSI “Las

posibilidades de participación de las parteras al interior de los establecimientos de salud han sido mínimas y, en el mejor de los casos, el accionar de las parteras en estos espacios ha estado limitado a brindar apoyo emocional a las parturientas referidas en casos complicados” (González & Corral, 2010, pág. 38). En el mismo informe se añade que “en la experiencia ecuatoriana han habido casos en que las parteras que se han articulado a las unidades operativas del MSP, han terminado cumpliendo roles auxiliares, perdiendo y socavando sus saberes y prácticas tradicionales” (González & Corral, 2010, pág. 9).

Por estas razones, la DNSI actualmente, se muestra en contra de la institucionalización de la medicina tradicional. En palabras de Miriam Cornejo:

Creemos que la integración de la medicina ancestral con la occidental en un mismo espacio, así como se da en los servicios interculturales de Salud, puede provocar una ruptura en el sistema de atención tradicional. Allí es muy fácil que la medicina tradicional sea absorbida por la occidental, y que en poco tiempo, los médicos tradicionales estén asumiendo un rol marginal. El hecho de que las parteras o los yachajs estén en otro ambiente, con otra lógica, y siguiendo otras reglas puede influir negativamente en el conocimiento ancestral, porque también los pacientes no se sienten bien, viéndole al yachaj o la partera vestidos con mandil, en un lugar ajeno (Cornejo, 2013).

Ante ello, la directora de la DNSI, afirma que se están analizando otros mecanismos de articulación de la medicina ancestral al SNS. Una de las propuestas que se ha generado a partir de las propias comunidades con las que ha trabajado la DNSI han sido las denominadas “redes comunitarias”, propuesta que consiste en

Establecer vínculos entre los centros de salud con las parteras y los yachajs reconocidos por cada comunidad, y a partir de eso diseñar mapas georeferenciales, donde se ubique tanto a estos representantes de la medicina ancestral, como los centros o subcentros de salud de la zona, y se determine las vías por las cuales se podrían comunicar en el caso de que un paciente necesite ser atendido por uno o por otro curador (Cornejo, 2013).

Según Stephanie San Andrés, funcionaria de la DNSI, la propuesta de “redes comunitarias” tiene la ventaja de que “los médicos ancestrales no son sacados de su contexto, ellos siguen curando de la misma manera que lo hacían antes, solo que cuando el paciente requiere de atención médica convencional, el yachaj o la partera se comunican con el centro o subcentro de salud y se lo lleva al paciente para allá” (San Andrés, 2013).

Para que estas redes comunitarias funcionen de la manera esperada, se hace imprescindible la construcción de un proceso previo de interculturalidad entre los diferentes curadores, caracterizado fundamentalmente por el reconocimiento en cada modelo médico de sus propias limitaciones así como de sus aportes, y las posibles formas de interacción entre ellas. Solamente a partir de este proceso, los distintos curadores podrán trabajar en conjunto en pos de la salud del paciente. Sin embargo, como se ha venido anunciando, solo es posible pensar en salud intercultural, si tomamos en cuenta todos los actores que están inmersos en el procesos de salud/enfermedad. En este sentido, no tomar en cuenta los saberes y las prácticas médicas de los conjuntos sociales, nos lleva a cuestionar el real alcance que puedan tener los “servicios interculturales de salud” así como también la propuesta de las “redes comunitarias”.

Como se ha indicado anteriormente, los “servicios interculturales de salud” están bastante lejos de constituirse realmente en centros interculturales como tal, no solo por la poca o nula interacción que hay entre los diferentes curadores, o porque en el caso de haber una interacción, ésta se caracterice generalmente por la marcada hegemonía del sistema occidental; sino sobre todo, por el escaso avance en el reconocimiento de la autoatención como modelo médico. Hay que aclarar que, no descartamos la posibilidad de mejorar la interacción entre curadores dentro de estos servicios, y de hasta lograr establecer entre ellos relaciones propiamente interculturales; sin embargo, si los saberes y las prácticas médicas de los pacientes no son tomados en su real importancia, es poco lo que se estaría logrando en materia de salud intercultural.

Por otra parte, a pesar de que la propuesta de “redes comunitarias” pueda tener avances significativos sobre todo en lo que respecta a la interacción entre curadores, igualmente recae en las visiones simplistas y poco fundamentadas hacia la autoatención. La altísima importancia que se da al papel de los curadores, y la autoridad que se les otorga a los mismos, contrasta con la poquísima importancia que se da a los saberes y prácticas de los pacientes. Por ejemplo, a través del sistema de referencia y contrareferencia, donde los curadores son quienes determinan hacia donde el paciente debe ir y cuándo, se invisibiliza aún más el “camino del enfermo” al que se ha aludido en páginas anteriores, es decir el proceso asistencial que el paciente lleva a cabo en pos de la recuperación de su salud, donde a partir de su

propia experiencia y de la construcción cultural de significados en torno a su enfermedad, recurre donde uno u otro curador. Lógicamente, tener un mapa georeferencial, donde estén ubicados todos los curadores acreditados, puede ayudar en gran medida al paciente, sobre todo en casos de emergencia; sin embargo otorgar la autoridad al curador como para decidir hacia donde el paciente debe dirigirse, menospreciando así gran parte los saberes, la inteligencia y la autodeterminación de los pacientes sobre su propio cuerpo, constituye a su vez un debilitamiento de la cultura médica de dicha comunidad, ya que, como se ha dicho, los saberes y prácticas médicas son parte de su cultura, y por tanto son compartidos por todos sus miembros, en mayor o menor medida.

Esta propuesta perpetúa el imaginario occidental de que los pacientes carecen de conocimientos médicos, y de que los pocos que pudiesen tener, son infundados y sobre todo peligrosos. Al igual que en los “servicios interculturales de salud”, los pacientes son relegados a la pasividad frente a su enfermedad, a ser poco más que espectadores frente a su propio cuerpo. Entre tanto, los curadores tradicionales, aparte de tener el reconocimiento social que ya tenían, tendrán el reconocimiento por parte del Estado, lo cual fácilmente puede tornarse en autoridad, sin el debido fortalecimiento de su contraparte: el conocimiento médico de los pacientes. Creemos que el proceso de acreditación-legalización de médicos tradicionales que la DNSI lleva a cabo debe ir acompañado paralelamente del reconocimiento y fortalecimiento de los saberes y prácticas médicas de los pacientes; de otra manera, fácilmente se podría establecer en las sociedades no occidentales, la base a partir de la cual funciona la relación médico-paciente en la sociedad occidental, base que supone que el médico es “el que sabe” y el paciente “el que no sabe”.

Si la idea es construir modelos de salud interculturales, las relaciones entre todos sus actores: médicos occidentales-médicos tradicionales-pacientes, deben ser fundamentalmente horizontales, por lo que el reconocimiento del modelo de autoatención como real primer nivel de atención, y como red de significados culturales a partir de los cuales los pacientes acuden a uno u otro curador, se hace imprescindible. Solo a partir de ello, el sistema de referencia y contrareferencia, se convertiría en un sistema que acompañe y recomiende a los pacientes a ir a uno y otro curador, y no un sistema que determine e imponga tal cuestión.

1.4.2 La autoatención como eje de la salud intercultural

Hasta los años 70s, la antropología no había considerado la diferencia entre los saberes y prácticas de los médicos tradicionales por un lado, y la de los pacientes y demás conjuntos sociales no-médicos por otro. Es más, se generalizaba como “medicina tradicional” únicamente a partir de los relatos de los agentes de salud tradicional, sin analizarlos, verificarlos o contrastarlos con lo que decían los otros conjuntos sociales de la comunidad estudiada.

La indiferencia hacia los saberes y prácticas de los pacientes y demás conjuntos sociales no-médicos, puede ser entendida como una consecuencia de la exclusiva atención que recibían las características “tradicionales” por parte de la antropología, hasta los años 70s. Eso conllevaba a la exclusión o indiferencia hacia todo rasgo occidental que esté impregnado en las culturas indígenas. En el campo de la salud por ejemplo, solo las enfermedades “tradicionales”, denominadas en su momento síndromes culturales, así como los médicos “tradicionales” eran los objetos de estudio, sin referencia alguna a las enfermedades “occidentales” o a los rasgos biomédicos que estaban incorporando los médicos tradicionales o los conjuntos sociales no-médicos.

Y es que justamente, como lo han registrado la gran mayoría de antropólogos médicos, son los pacientes, y en general, los conjuntos sociales no-médicos, los que más incorporan conocimientos y prácticas biomédicas; en contraste a los agentes de salud tradicional, quienes, como hemos dicho, incorporan menos conocimientos externos, con el afán de mantener su propia identidad de curadores (Menéndez, 2003).

Por tal razón, los saberes y prácticas médicas de los conjuntos sociales que no son precisamente terapeutas especializados, al ser en gran medida una síntesis de los conocimientos de varias fuentes terapéuticas, fueron concebidos como impuros, y por lo tanto ignorados. Como se ha indicado en el primer capítulo, es a partir de los años 70, cuando la antropología médica empieza a interesarse por el paciente, y en un segundo momento, por la medicina y las enfermedades occidentales.

Sin embargo, a pesar de los significativos avances en el estudio de los saberes y prácticas médicas de los conjuntos sociales, hasta hoy día persisten muchos enfoques

teóricos que se muestran indiferentes al modelo de autoatención, y que únicamente se enfocan en el análisis de la medicina tradicional o de la biomedicina.

Los enfoques interculturales de salud a los que se han aludido previamente, son justamente enfoques que ignoran el pluralismo médico, y en especial al modelo de autoatención. Este sesgo teórico y epistémico, constituye uno de los obstáculos más importantes para la construcción de un verdadero modelo de salud intercultural.

Como se ha planteado anteriormente, el modelo de autoatención se caracteriza por integrar, tanto en el “camino del enfermo”, como en sus propios saberes y prácticas, distintos modelos médicos. Ahora bien, esta integración puede darse de modos muy diversos.

Para entender las formas de integración, es de mucha utilidad recurrir a la tipología sobre las relaciones culturales de Patrice Pavis (2000), tipología que se bien parte del análisis del teatro intercultural, puede ser en parte aplicado al análisis de la autoatención. Según este autor, hay cuatro grandes tipos de relación cultural: el primero denominado “islas culturales”, es la puesta en escena de diversas fuentes culturales que no comparten nada en absoluto. La segunda, denominada “pluralismo cultural” es el espacio que pone en contacto dos producciones culturales de origen diferente, sin embargo la característica de dicho contacto es el contraste absoluto y la competición entre ellas. La tercera relación se denomina “criollización cultural”, la cual implica la mezcla desordenada y ecléctica de fuentes y tradiciones diversas y la cuarta se denomina “interculturalismo”, que constituye el espacio o espectáculo que absorbe todas las influencias sin sucumbir a una en particular. El encuentro aquí ya no se concibe como un crisol o un cruce, sino como una confluencia, de tal manera, el interculturalismo “produce nuevos saberes a partir del encuentro cultural” (Pavis, 2000).

Ahora bien, primeramente hay que acotar que la primera y segunda relación cultural propuesta por Pavis, no tiene cabida en el análisis de la autoatención. La razón de ello está en que, a pesar de que las fuentes de las que se nutre y recurre la autoatención tienen diferencias muy marcadas, todas comparten por lo menos un objetivo común: el retorno de la salud del paciente. Por ello, la relación de “islas culturales” no tiene cabida en el estudio de la autoatención. Entre tanto, y como se ha explicado anteriormente, las diferencias u oposiciones entre el modelo médico

hegemónico y los subordinados, son secundarizadas en el modelo de autoatención, por lo cual el “pluralismo cultural” tampoco tendría cabida en el estudio en cuestión. Sin embargo, las categorías de “criollización cultural” e “interculturalismo” son muy adecuadas para entender los procesos de integración del modelo de autatención.

La criollización cultural, al referirse a una mezcla desordenada y ecléctica de conocimientos de diversas fuentes, sin una base propia, funciona de acuerdo a la lógica que impone la fuente hegemónica. En el ámbito médico-cultural, el criollismo cultural, conduciría a que los principios, valores e ideologías de la biomedicina, así como las relaciones de poder que ha tejido con la medicina tradicional, se vayan reproduciendo dentro del modelo de autoatención. Es decir que, a través del criollismo cultural, la biomedicina se torna cada vez más dominante, y el sistema tradicional pierde cada vez más espacio dentro del modelo de autoatención. Al darse este fenómeno en el modelo de autoatención que, como se ha dicho anteriormente, es la instancia legitimadora y determinante de los demás modelos médicos, la biomedicina se establece como modelo médico hegemónico, y el sistema tradicional como modelo médico subordinado.

Sin embargo, el modelo de autoatención puede optar por el “interculturalismo”. En este tipo de autoatención, los intentos de la biomedicina por imponer sus principios, valores, e ideologías no se reproducirían tal cual, ya que todo saber externo pasaría por un “filtro” de cuestionamiento crítico, para de allí si apropiarse de lo que realmente sea útil, pero re-creándolo y adaptándolo de acuerdo a sus propias bases conceptuales, ideológicas y epistémicas. De esta manera, las relaciones de poder entre la biomedicina y la medicina tradicional no se reproducirían dentro del modelo de autoatención, y no llegarían a influir mayormente en su proceso de construcción de saberes y prácticas médicas. En el modelo de autoatención intercultural, no habría fuentes de conocimiento y prácticas médicas hegemónicas o subordinadas, sino únicamente complementarias.

El modelo de autoatención, al estar en la base de los otros modelos, los condiciona en fuerte medida, y de esta manera, si dentro del modelo de autoatención las relaciones de poder entre los sistemas médicos no se concretan, y más bien se las replantea y se las entiende como fuentes complementarias, seguramente se van a producir efectos

afuera del modelo de autoatención, específicamente en las relaciones entre los diversos sistemas médicos.

De esta manera, teniendo en cuenta las características del modelo de autoatención y los dos procesos de integración y construcción que ésta puede seguir (criollización / interculturación), es necesario que se trabaje en pos de un enfoque de salud interculturalidad, que parta justamente del nivel de autoatención, no solo para fortalecer su propia cultura e identidad, sino también para convertir a los pacientes en sujetos conscientes y activos del proceso salud/enfermedad; lo cual puede conllevar efectivamente al mejoramiento de los niveles de salud de ellos mismos.

En un primer nivel, la construcción de saberes y prácticas médicas de este tipo de autoatención, debe partir del axioma de alteridad epistémica, simbólica y ética que el concepto de interculturalidad recogía en un principio. Es necesario que los conjuntos sociales no médicos (y por supuesto también los distintos curadores) comprendan que cada cultura entiende y atiende la salud/enfermedad de forma distinta, y de esta manera, concienticen sobre su potencialidad y su derecho de conocer su propio cuerpo y de construir saberes y prácticas médicas de acuerdo a sus necesidades y experiencias.

En un segundo nivel, los curadores (occidentales, tradicionales, alternativos, etc) deben aportar a la construcción de la salud intercultural, trascendiendo la idea de que son únicamente ellos quienes saben y pueden intervenir en el proceso de salud/enfermedad. Teniendo en cuenta que sus pacientes también son constructores de saberes y prácticas médicas, deben establecer relaciones interculturales con ellos, donde el respeto, el dialogo y la recíproca interacción de saberes pueda aportar a todas las partes.

Entre tanto, si bien el replanteamiento de las relaciones de poder entre los sistemas médicos, debe tener como base al modelo de autoatención, es necesario también que las relaciones entre los curadores de diversas tradiciones médicas se replanten entre ellos mismos, a partir del reconocimiento de la diferencia epistémica, simbólica y ética a la que se ha aludido anteriormente. Los CSI pueden ser un espacio donde se concreticen estas ideas, sin embargo no lo concibo imprescindible. Ciertamente los CSI podrían ejemplificar y servir de manera pedagógica para que el concepto de interculturalidad se amplíe a otras áreas y ámbitos de la sociedad, sin embargo creo

que la salud intercultural puede desarrollarse sin la necesidad de crear centros de salud interculturales. Como bien dice Michael Knipper “¿para qué promover, desarrollar o institucionalizar la medicina tradicional, en las comunidades indígenas, si allí ha sobrevivido y se ha desarrollado por siglos sin ayuda y promoción ajena? (Knipper, 2006, pág. 426). Si el concepto de interculturalidad fuera incorporado por los organismos oficiales de salud, y por todos los modelos médicos, la medicina tradicional podría desarrollarse sin necesidad de institucionalizarse en centros de salud interculturales.

Por último, creo que el enfoque de salud intercultural no puede permanecer indiferente hacia el tema de las condiciones estructurales de salud. Es necesario que este enfoque evidencie y denuncie las precarias condiciones de vida de los conjuntos sociales marginados, como consecuencia de un sistema económico político y social injusto y perverso, que antepone el capital sobre el ser humano.

CAPÍTULO 2

LLOA

2. 1 Consideraciones generales de la parroquia de Lloa

2.1.1 Geografía

Lloa es una de las 33 parroquias rurales del Distrito Metropolitano de Quito. Limita al norte con la parroquia de Nono y el cantón San Miguel de Los Bancos, al sur con el cantón Mejía, al Este con la ciudad de Quito y al Oeste nuevamente con el cantón San Miguel de Los Bancos y con la provincia de Santo Domingo de los Táschilas (Lloa J. P., 2004).

A pesar de estar actualmente a tan solo 9 Kilómetros de lo que se considera el área urbana de la capital, el cerro del Huayrapungo constituye una barrera geográfica que en cierta forma aísla a este pequeño pueblo del casco urbano. El único acceso a la ciudad, se da a través de la vía Lloa- Mena 2, la cual conecta a Lloa con el sur occidente de Quito.

La parroquia de Lloa tiene una extensión de 544 kilómetros cuadrados, siendo de esta manera la parroquia más grande del Distrito Metropolitano de Quito. El contorno geográfico de la parroquia abarca tres pisos altitudinales, que van desde un helado páramo andino, pasando por un valle montano alto, hasta tupidos bosques nublados subtropicales llenos de agua y vegetación (Páez, 2010, pág. 50). A pesar de tal diversidad ecológica, los Lloanos desarrollan sus actividades sociales y productivas en el pequeño valle andino que los acoge, a una altura promedio de 3000 metros, y en las estribaciones del volcán Pichincha entre 3500 y 4000 metros sobre el nivel del mar, cuyos suelos han sido destinados a la producción agrícola y ganadera desde hace muchos siglos atrás (Páez, 2010).

2.1.2 Demografía

Lloa tiene una población total de 1494 habitantes (INEC, Censo 2010). La misma que es predominantemente mestiza (Páez, 2010, pág. 50). Del total de habitantes de la parroquia, 568 corresponden a la cabecera parroquial y 789 habitantes se distribuyen en diez asentamientos humanos, los cuales son: Concepción de Monjas,

Cooperativa 29 de Mayo, Chilcapamba, La Tablera, Palmira, San José, San Luis, Urauco, La Victoria y Chiriboga.

Todos estos poblados, a excepción de Chiriboga, se encuentran conectados a través de pequeños senderos que atraviesan las múltiples quebradas de la zona y por una vía empedrada y carrozable que bordea a los poblados más grandes. Vale mencionar que Chiriboga, si bien pertenece a la jurisdicción política de la parroquia de Lloa, “no mantiene ningún vínculo con ella, ni histórico ni territorial” (Páez, 2010, pág. 118). Tampoco tiene ningún tipo de representación en la junta parroquial de Lloa. Por tales razones, la presente investigación no toma al poblado de Chiriboga como unidad de estudio.

2.1.3 Economía

Tabla N° 1. Actividades económicas generadoras de empleo

Actividades económicas generadoras de empleo	% de generación de empleo
Actividad agrícola	53 %
Actividad ganadera	27 %
Actividad pecuaria	10 %
Turismo	5%
Comercio, servicios, otros	5%

Fuente: PDPLL, 2010.
Elaborado por: Vadim Guerrero

Como se puede apreciar en el cuadro, la principal fuentes de trabajo y subsistencia en la parroquia es la agricultura, y en segundo lugar la ganadería. Vale mencionar que los productos de la actividad agrícola se destinan, casi en su totalidad, al autoconsumo (Páez, 2010). Mientras que la ganadería está destinada principalmente a la comercialización de leche y queso, aunque también aporta al autoconsumo. Según el Plan de Desarrollo de la Parroquia de Lloa 2010 (PDPLL)

Se puede catalogar a Lloa como una parroquia que posee una economía de subsistencia, puesto que sus habitantes tienen garantizado el abastecimiento de comida y alimentación para sus hogares, especialmente en productos agrícolas, ganaderos y pecuarios, mientras que productos como arroz, azúcar, aceite, y otros de consumo o necesarios en la canasta básica se los adquiere en la ciudad (PDPLL, 2010, pág. 30).

Es importante señalar también que, desde hace varios años atrás, ha habido un declive en la práctica de actividades agrícolas, que progresivamente han sido reemplazadas por actividades como la ganadería, pecuarias, comercio y servicios. Sobre todo la actividad ganadera ha ido creciendo de manera acelerada (Lloa J. P., 2010, pág. 46)

Tabla N° 2. Empleo

E M P L E O																		
Población Económicament e Activa (PEA)			Sectores Económicos				Tasa global de participación laboral %			Tasa global de ocupación %			Tasa de dependencia económica			Tasa de desempleo %		
H	M	Total	Primario	Secundario	Terciario	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total
447	285	732	515	85	170	770	80,8	59,7	71,1	100	99,6	99,9	70	135,4	95,5	0,2	0,7	0,4

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2001; INEC 2001.

Elaborado por: Unidad de Estudios e Investigación; DMTV-MDMQ. 2010.

Como vemos, la tasa de desempleo para el año 2001, es del 0,4 %. Es un porcentaje muy bajo, más aun si la comparamos con los porcentajes a nivel nacional de aquel año. Es muy interesante notar que, a pesar de que el desempleo es casi inexistente en la parroquia, los niveles de migración de la parroquia son altísimos como veremos más adelante.

2.1.4 Servicios básicos

Tabla N° 3. Cobertura de Servicios Básicos.

COBERTURA DE SERVICIOS BÁSICOS (%).				
Agua para consumo humano	Alcantarillado (sistema de aguas servidas)	Recolección de desechos sólidos	Energía eléctrica	Alumbrado público.
44 %	46%	50%	88%	70%

Fuente: PDPLL, 2010.

Elaborado por: Vadim Guerrero

Como vemos, el 44% de las familias de los barrios de la parroquia recibe el líquido vital por red pública, que corresponde en mayor porcentaje al centro poblado, en tanto que el resto de la población lo recibe ya sea de río, vertiente, acequia o canal (Lloa J. P., 2010).

El 46% de la población elimina las aguas servidas por la red pública o alcantarillado, que corresponde al centro poblado, Urauco y San José. El resto de la población elimina las aguas servidas a través de “pozos ciegos”, tanques sépticos o descargas directas a zanjas o cursos de agua, (Lloa J. P., 2010).

El 50% de la población tiene recolección de desechos sólidos, que corresponde al centro poblado, Urauco y San José; el resto de la parroquia elimina la basura por incineración, desecho a quebradas y por otros sistemas (compostaje, reciclaje, enterrando los desechos) (Lloa J. P., 2010).

Como vemos, la cobertura de servicios básicos en Lloa, es bastante limitada. Según el PDPLL, “el desarrollo urbano atomizado que no responde a un plan de ocupación territorial” así como la “lejana distancia que existe entre los barrios, y dentro de ellos, entre una casa y otra, complica la dotación de servicios básicos”. (Lloa J. P., 2010, pág. 61)

Las consecuencias de esta limitada cobertura de servicios básicos, son evidentes: por un lado, el deterioro y contaminación de los ríos y caudales de agua, y del medio

ambiente en general. Por otro lado, y relacionada a la primera, la proliferación de un conjunto de enfermedades, sobre todo del sistema digestivo.

2.1.5 Salubridad

Para conocer cuáles son las enfermedades más frecuentes en la parroquia de Lloa, he revisado los diagnósticos de consultas de morbilidad del subcentro de salud de Lloa. Si bien estos documentos no determinan exactamente cuáles son las enfermedades más frecuentes, ya que toma en cuenta únicamente las enfermedades atendidas por los médicos del subcentro de salud, y no las atendidas por las propias personas o por otros curadores, ya sean occidentales particulares o tradicionales, ciertamente da una perspectiva general y aproximada de cuáles son las enfermedades más comunes en la parroquia. Vale mencionar que no existen otros documentos afines que den pistas sobre las enfermedades más frecuentes en la parroquia.

Tabla N° 4. Enfermedades más comunes en Lloa.

Diagnóstico	N° Casos. Año 2009	N° Casos. Año 2010	N° Casos. Año 2011	Total 2009-2011.
Resfriado común	226	286	835	1347
Amigdalitis	342	367	170	879
Parasitosis amebiana / giardiasis	312	202	201	715
Infección vías urinarias	89	120	221	430
Secreción vaginal	141	75	92	308
Gastritis y deudenitis	16	68	182	266
Desnutrición	25	39	183	247
Gastroenteritis infecciosa	84	62	94	240
Dermatitis alérgica de contacto	62	45	85	192

Bronquitis	40	83	54	177
------------	----	----	----	-----

Fuente: Diagnóstico de consultas de morbilidad 2009, 2010, 2011.
Elaborado por: Vadim Guerrero, 2012

Determinar las causas de las enfermedades más frecuentes de Lloa constituye un tema de investigación amplio, que preferiblemente debe ser abordado por expertos en salud pública o epidemiología. Lastimosamente en esta parroquia no se han hecho investigaciones en este sentido. Sin embargo vale la pena describir la interpretación de la enfermera del subcentro de salud de Lloa, que además es Lloana y moradora actual de la parroquia, acerca de las posibles causas de estas enfermedades.

Según la enfermera del subcentro de salud, María Viracucha, las causas de estas enfermedades son básicamente dos: la forma de vida y la mala alimentación, en particular la mala calidad del agua (Viracucha, 2013). Mencionó que, el hecho de levantarse aproximadamente a las 4 de la mañana para ir a hacer labores ganaderas o agropecuarias, es la causa principal de las enfermedades respiratorias, ya que “el frío que hace a esas horas es insoportable, y la gente camina bastante hasta su terreno, y de ahí les toca limpiar los utensilios para el ordeño con agua muy fría, entonces cómo no se van a enfermar”. Entre tanto, mencionó también que “la gente piensa que el agua de aquí es pura, que no está con gérmenes por lo que viene directamente del volcán, pero como no hay alcantarillado, los desechos se van a los ríos y por eso el agua se vuelve contaminada, y eso produce varias enfermedades” (Viracucha, 2013).

2.2 Breve historia de la conformación de la parroquia de Lloa

El antropólogo Luis Páez, en su etnografía sobre Lloa, indica que ésta parroquia no puede considerarse un asentamiento humano prehispánico, por la falta de sustentación histórica y documental (Páez, 2010, pág. 65). A pesar de que parte de la jurisdicción de la actual parroquia de Lloa (no sus centros poblados) perteneció al denominado país yumbo (Lippi, 1998), esta zona no se constituyó precisamente como un centro poblado específico, sino más bien como un sitio de paso entre la sierra y la costa, aprovechado principalmente por los Yumbos.

Los primeros asentamientos humanos en lo que hoy es la parroquia de Lloa se pueden ubicar a inicios del periodo colonial, cuando los habitantes del poblado inca de Machangarilla, específicamente sus esclavos o yanaconas, huyeron de sus tierras y se refugiaron en la zona de Lloa, con el propósito de mantenerse a salvo y salvaguardar sus bienes materiales (Espinosa, 2006). Sin embargo las constantes erupciones del volcán Pichincha, frenaron la colonización de este sector, y obligaron a estos primeros moradores a huir de la zona (Páez, 2010).

Luego de la última erupción del Pichincha, en 1660, Lloa empezó a poblarse nuevamente, pero esta vez al mando de los colonos españoles. De esta manera, inicio siendo anejo de Chillogallo (Páez, 2010) y desde un comienzo, el sistema de hacienda fue el modelo de organización económico político y social implantado.

El dato más antiguo de la presencia de haciendas en esta zona, data del año de 1685 (Vélez, 1992). La temprana instauración de haciendas en el sector, responde especialmente a su posición geográfica y altitudinal, propicia para la constitución de suelos destinados a la agricultura de altura y para la cría de ganado lanar y vacuno (Páez, 2010).

Como bien se conoce, la hacienda no sólo constituía la concentración de grandes extensiones de tierra, sino todo un sistema de relaciones sociales y productivas, muy parecido a los feudos medievales, donde una persona o familia, era dueña absoluta de enormes territorios, en los que se incluía la vida misma de las personas (Páez, 2010). El huasipungo, la huasicamía, la aparcería, el arrimazgo, el yanaconaje, el suplido, entre otras, eran las instituciones más comunes a través de las cuales se perpetuaba la explotación al campesino ecuatoriano, entre ellos a los campesinos de la zona de Lloa

En el año de 1861, Lloa dejó de ser anejo de Chillogallo para convertirse en parroquia, cuando se promulgó una ley de División Territorial, la cual establecía que varios anejos fuesen elevados a categoría de parroquia, entre ellos Lloa (Páez, 2010). Por lo tanto, la vida de Lloa como parroquia civil, inicia vinculada a un joven estado que pretendía surgir después de más de cuatrocientos años de dominio español.

Consecuentemente, se creyó que la conformación de un estado libre e independiente traería consigo cambios en favor de los sectores más afectados por la colonización

española. Sin embargo, la situación de la población indígena ecuatoriana en general y lloana en particular, no se modificó en absoluto. Los criollos suplantaron a los españoles y perpetuaron el mismo sistema opresor que el de la sociedad colonial, la hacienda. De esta manera, “Lloa, a más de su transformación jurisdiccional, no percibió cambio alguno en su forma de vida” (Páez, 2010, pág. 81).

Muchos de los feudos pertenecieron a personas particulares como por ejemplo la hacienda de Carrión, la de Garzón o la Compañía, pero fueron las comunidades religiosas, específicamente las monjas Conceptas y las monjas Clarisas, las que mantuvieron gran parte del monopolio de la propiedad de las tierras de la parroquia de Lloa; las primeras se hicieron cargo de las haciendas Concepción de Monjas y San José, mientras que las segundas de la hacienda Urauco (Páez, 2010).

Gran cantidad de la población indígena para el trabajo en haciendas, provino de varios sitios de la provincia de Cotopaxi, pero especialmente de la comunidad de Tolóntag en la parroquia de Pintag, ubicada en el valle de los Chillos. La razón de ello está en que las monjas Clarisas, a más de tener tierras en Lloa, disponían de haciendas en Tolóntag, lo cual pudo haber facilitado el traslado de mano de obra de un lugar a otro (Trujillo, 1986).

Tiempo más tarde, a raíz de la Revolución Liberal, se decretó la expropiación de los bienes de la Iglesia, los mismos que fueron adjudicados a las Juntas Provinciales de la Asistencia Pública. En el caso de Lloa, las vastas tierras de las monjas Conceptas y Clarisas pasaron a manos de la jefatura de salud. Sin embargo, la incapacidad de esta institución para administrar grandes cantidades de tierras, conllevó al arrendamiento de las propiedades a personas particulares. Los arrendatarios mantuvieron y perpetuaron el sistema de producción y explotación de hacienda. Nuevamente ocurrió un cambio de manos y poderes, más no de reformas y justicia para con la población indígena y campesina (Páez, 2010).

Es importante precisar que el advenimiento de la jefatura de salud como administrador principal de las tierras de Lloa, no significó en lo absoluto, el advenimiento de la biomedicina en esta zona. En todo este tiempo, la única asistencia médica de los pobladores Lloanos constituía la medicina tradicional. Como veremos más luego, la biomedicina se implanta en esta zona, recién en 1968.

Entre tanto, el sistema de hacienda continuó sin modificaciones mayores hasta la promulgación de la segunda ley de reforma agraria en el año de 1973. La primera reforma agraria, del año 1964, había sido burlada por los terratenientes de Lloa, quienes utilizando diversas artimañas, consiguieron que dicha ley no tenga ningún tipo de repercusión en el dominio de “sus” tierras.

La disposición de la segunda reforma agraria, consistía en la parcelación de la hacienda en tres tipos de proyectos en cada zona, un área para centro poblado, otra para la liquidación del huasipungo y la más grande extensión para producción agrícola (Páez, 2010). Dos de las tres haciendas que estaban en manos de la jefatura de Salud (San José y Urauco) fueron parceladas según la disposición de dicha ley. Por su parte, la hacienda pública “concepción de Monjas” pasó a manos del Ministerio de Agricultura, quienes la destinaron para un proyecto de granja de experimentación ovina. Los huasipungueros de esta hacienda no tuvieron la posibilidad de construir su centro poblado y se vieron en la obligación de asentarse en zonas altas e improductivas.

Por su parte, los terratenientes de las haciendas privadas, haciendo uso de su poder político y económico, consiguieron que la ley no sea acatada totalmente en “sus” posesiones. Otorgaron el huasipungo a sus trabajadores en las tierras más inapropiadas e improductivas, irrespetando así el decreto de mantener la ubicación de los antiguos huasipungos que la ley promulgaba. Así también obviaron el decreto de construir el centro poblado y el terreno para producción agrícola.

De tal manera, hubo una demanda creciente de vivienda, y muchos de los huasipungueros desplazados intentaron asentarse en la cabecera parroquial, que en ese entonces constaba tan solo de “una plaza central, una iglesia y no más de una decena de casas” (Páez, 2010, pág. 107). Ante la necesidad de adquirir terreno para la ampliación del pueblo, se conformó la Cooperativa de Vivienda 29 de Mayo, la cual dentro de poco tiempo compró a la hacienda La Compañía varias hectáreas.

Es así que en el año de 1980 empieza la edificación del pueblo de Lloa. En gran medida, a base de mingas y de autogestión, la comunidad consigue poco a poco la implementación de los servicios básicos. Ya a finales de los años 80 la cabecera parroquial y algunos de los demás centros poblados de la parroquia contaban con estos servicios.

Paralelamente a la construcción del actual pueblo de Lloa, la comunidad comienza a tejer relaciones cada vez más cercanas con Quito, particularmente a partir de la construcción de la carretera que une Lloa con el sector de la Mena 2, en el año de 1986. Si bien, anteriormente ya existía una vía que conectaba Lloa con Chillogallo, ésta era utilizada mayormente por los camiones recolectores de leche. Esta vía, al encontrarse en malas condiciones, ahogó los intentos por establecer el servicio de transporte público. Sin embargo, con la construcción de la nueva carretera (Lloa-Mena 2), este servicio se implementó, logrando tener 3 recorridos diarios entre tales destinos. Como nos dice Mario Sotomayor, al respecto de la nueva vía “uuu esto si fue decisivo, la gente de aquí ya empezaba a salir a Quito, era la novedad, porque antes no se podía ir a Quito fácilmente” (Sotomayor, 2012).

Varios informantes indicaron que la construcción de esta carretera, permitió a que varias personas del lugar vayan a Quito en busca de trabajo, pero agregaron que, quienes lo encontraban, se quedaban viviendo en la capital. Efectivamente, al revisar los datos sobre la población de Lloa en los Censos que se han realizado a partir de 1950, se puede constatar justamente que, desde 1982 hasta 1990 la población de Lloa se vio reducida, hecho que evidentemente da cuenta de la intensa migración en esa época. Es importante percatarnos también, que desde los años 1990 hasta el 2010, la población de Lloa se ha incrementado pero muy levemente, en contraste con la población de la provincia de Pichincha, la cual ha crecido de manera muy marcada, lo cual nos sugiere que el fenómeno migratorio en la parroquia de Lloa continúa siendo frecuente.

Tabla N° 5. Población de la parroquia de Lloa 1950-2010.

Territorio	Censos						2010
	1950	1962	1974	1982	1990	2001	
Pichincha	381.982	553.665	885.078	1.244.330	1.516.902	2.101.799	2576287
Lloa	997	1.075	1.414	1.409	1.357	1.431	1.494

Fuente: INEC. Censos.

Elaborado por: Junta parroquial de Lloa, 2010.

Igualmente varios moradores de Lloa indicaron que, ya con la carretera y el servicio de transporte en funcionamiento, varias familias enviaron a sus hijos a estudiar a Quito. Revisando los archivos sobre las listas de estudiantes de la escuela Pichincha, he constatado que efectivamente a partir de finales de los años 80s hay una notable disminución en el alumnado de dicho plantel.

Tabla N° 6. Número de estudiantes de la escuela Pichincha. 1980-2004

Año lectivo	Número de estudiantes
Período 1980-1981	170
Período 1982-1983	159
Período 1984-1985	161
Período 1986-1987	151
Período 1988-1989	131
Período 1990-1991	137
Período 1992-1993	110
Período 1994-1995	111

Fuente: archivos sobre las listas de estudiantes de la escuela Pichincha 1980-2004.
Elaborado por: Vadim Guerrero. 2013.

Como bien se sabe, a finales de la década de los 90s, el Ecuador cayó en una de las peores crisis económicas de su historia. Según Luis Paez, en la parroquia de Lloa, este hecho por un lado, intensificó la migración interna, especialmente hacia Quito, que se había venido dando, de manera paulatina desde mediados de los 80s, y por otro, creó un nuevo destino de migración: España (Páez, 2010, pág. 153).

Valga la pena mencionar que en el año 2004 se terminó de asfaltar la vía Lloa-Mena 2 (antes estaba lastrada) con lo cual se ha ido mejorando sustancialmente el servicio de transporte, existiendo desde aproximadamente hace 4 años recorridos cada media hora entre la cabecera parroquial de Lloa y la Mena 2.

CAPÍTULO 3

LOS MODELOS MÉDICOS EN LLOA

3.1 El modelo médico hegemónico en Lloa

3.1.1 La implementación del subcentro de salud de Lloa

En la parroquia de Lloa, la medicina tradicional fue, hasta finales de la década de los 60s, la única alternativa terapéutica que los conjuntos sociales tenían a su disposición. La atención de un doctor en Quito era un lujo que solo los arrendatarios y administradores de las haciendas podían darse. Para el resto de la población, eso era impensable. La odisea que significaba ir hacia un hospital, como también la falta de dinero eran los obstáculos más notables en este sentido. Al respecto, Mario Sotomayor dice “Imagínese lo que era ir desde aquí hasta Quito, con la carretera hecha un desastre, y en burro o caballo. Los enfermos no aguantaban. Y peor los que no tenían dinero para hacerse atender, ¿Cómo?” (Sotomayor, 2012). Olimpia Gonzales agregó que “muchos de los enfermos que se aventuraban ir hasta Quito (para hacerse atender), morían en el camino, por eso mejor tocaba como sea curarse aquí mismo” (González O. , 2013).

En 1969, la junta parroquial de Lloa logra instalar en la cabecera parroquial un Dispensario Médico Municipal. Esto constituye el primer acercamiento, al menos en términos significativos, de la comunidad de Lloa con la biomedicina. El personal médico constaba de una enfermera, quien trabajaba los 5 días de la semana, y de un médico general y un odontólogo, quienes atendían una vez a la semana. En la segunda mitad de la década de los 80s, el dispensario médico fue reemplazado por un subcentro de salud, el cual se construye en un terreno donado por la Cooperativa de vivienda rural 29 de mayo al Municipio de Quito. A partir de entonces, los médicos empiezan a frecuentar más seguido a la población de Lloa, y se contrata además a un auxiliar en enfermería.

Sin embargo, los avances más notables en cuanto al personal de salud, se dan a partir de la erupción del volcán Guagua Pichincha en 1999, cuando Lloa es considerada zona de alto riesgo, por lo que se implementa un médico de planta que atienda 8 horas los 5 días de la semana. De acuerdo a María Viracucha, la enfermera del subcentro de salud, desde el año 1997, la alta demanda de la población hacia los

servicios del centro de salud, conllevó al establecimiento definitivo del médico de planta, a pesar de ya haber pasado la etapa de emergencia por la erupción del Volcán (Viracucha, 2013). En el año 2009, el subcentro de salud es ampliado y remodelado, y un odontólogo, otro médico general, una enfermera rural, y el personal de limpieza son incorporados al personal del subcentro de salud. Este personal médico es el que actualmente atiende en el subcentro de salud de Lloa. Así mismo, se incrementa notablemente la cantidad y la calidad de medicinas.

Para los objetivos de esta investigación, es muy importante determinar cuál ha sido el nivel de demanda de la población lloana hacia los servicios de salud biomédicos a lo largo del tiempo. Lastimosamente los documentos oficiales relacionados al número de pacientes atendidos por el subcentro de salud de Lloa en los años pasados, prácticamente han desaparecido⁵. Los únicos datos estadísticos oficiales que he podido conseguir, se refieren al nivel de atención profesional frente al parto. El siguiente cuadro sintetiza tales datos, a partir de la década de los 60s.

Tabla N° 7. Forma de atención de partos, 1960-2010.

Lugar y año	Total nacidos vivos	Con atención profesional*	Sin atención profesional.
Lloa 1960	72	1	71
Lloa 1970	16	2	14
Lloa 1980	42	25	17
Lloa 1990	30	25	5
Lloa 2000	9	9	0
Lloa 2010	13	13	0

Fuente: INEC

Elaborado por: Vadim Guerrero.

* Con atención profesional se entiende el parto a cargo de un médico, obstetrix, o enfermera profesional. Pudo haber sido atendido por el personal del subcentro de salud o por médicos particulares en Quito.

⁵ Hemos acudido al subcentro de salud de Lloa, al centro de salud de la Magdalena, al centro de salud de La Libertad (donde según directivos de salud, deberían estar tales documentos) y por último a la Dirección Provincial de Salud, sin resultado alguno. Todos mencionan que deben existir documentos donde se constate el número de pacientes atendidos por mes y por año, sin embargo nadie sabe dónde están esos documentos.

Como vemos, ha existido una creciente demanda, por el servicio de la atención profesional frente al parto, yendo desde la casi inexistencia del parto profesional en el año de 1960, a la cobertura total del parto profesional en el año 2000, tendencia que se mantiene en el año 2010. Existe un cambio drástico, sobre todo si comparamos por ejemplo el año de 1970, donde solamente 2 de los 16 partos fueron atendidos profesionalmente, con el año de 1980 donde ya 25 de los 42 partos fueron atendidos de esta manera. He considerado importante profundizar en la revisión de este fuerte contraste, por lo que he revisado los mismos datos, sobre los años de están entre 1970 y 1980.

Tabla N° 8. Forma de atención de partos, 1970-1980.

Lugar y año	Total nacidos vivos	Con atención profesional	Sin atención profesional
Lloa 1970	16	2	14
Lloa 1972	71	38	33
Lloa 1974	60	39	21
Lloa 1976	49	26	23
Lloa 1978	52	32	20
Lloa 1980	42	25	17

Fuente: INEC

Elaborado por: Vadim Guerrero.

* Con atención profesional se entiende el parto a cargo de un médico, obstetrix, o enfermera profesional. Pudo haber sido atendido por el personal del subcentro de salud o por médicos particulares en Quito.

Es muy importante notar que el contraste al que se ha aludido previamente, no se construye precisamente de una manera paulatina a lo largo de la década en cuestión, ya que solamente entre 1970 y 1972, vemos que ya hay un cambio drástico en la demanda hacia la atención profesional al parto, al pasar de un 12.5 % de atención profesional a un 53 % respectivamente. Es importante notar también que, desde el año 1972, se mantuvo la tendencia de que la mayoría de partos fueran atendidos por un profesional de la salud, incrementándose desde allí paulatinamente, hasta llegar a la cobertura total del parto en el año 2000.

Si bien la fundación del Dispensario Médico se da en 1969, lógicamente se necesitó un tiempo para que la gente se enterase del mismo. Seguramente es por esta razón que en 1970 hubo poca demanda hacia la atención al parto profesional. Sin embargo, después de dos años, una vez ya establecido totalmente el Dispensario, y con un mayor conocimiento de la sociedad lloana sobre esta institución, la mayoría de las parturientes decidieron ser atendidas por la enfermera del Dispensario.

En torno a la demanda de la población por los servicios del Dispensario Médico, Mario Sotomayor asegura que “cuando recién se instaló el Dispensario hubo mucha acogida por parte del público, la gente venía hasta de las haciendas más lejanas para hacerse atender, habían unas filas largas para hacerse atender” (Sotomayor, 2012). Piedad Yapó, afirma también que “ya con el Dispensario médico aquí en el parque ya cualquier cosita que nos dolía ya íbamos directo para allá o también la enfermera venía a la casa de una verá. ¡Atendía a cuanta gente!” (Yapó P. , 2013).

Todos estos datos sugieren que no hubo mayores dificultades en el establecimiento de la biomedicina en Lloa. Esta constatación toma mayor relevancia, si la contrastamos con los datos de varias etnografías que demuestran que las sociedades no occidentales suelen mantener barreras, sobre todo, culturales, que impiden que la biomedicina al menos en un comienzo, se establezca con facilidad. (Zalles, 2006) (Fernández Juárez, 1999) (Callahan , 2006). En tales etnografías, se describe el proceso lleno de conflictos que conlleva la instauración de la biomedicina en sociedades no occidentales. No menciono que en Lloa, tal proceso no haya estado exento de conflictos, contradicciones y demás, pero los datos indican que, al menos, no hubo mayores dificultades para el establecimiento de la biomedicina, y que más bien, desde un comienzo hubo una importante apertura hacia la misma. De tal manera, nos preguntamos ¿por qué en Lloa, a diferencia de otras sociedades no occidentales, la biomedicina pudo implantarse, desde un comienzo, sin muchas dificultades? Responder esta pregunta se escapa de los fines de esta investigación, sin embargo, en capítulos posteriores se dará más pistas que pueden relacionarse con este tema.

3.1.2 La biomedicina en Quito

Como se ha visto anteriormente, la construcción de la carretera que une Lloa con Quito a mediados de los años 80s, abrió la posibilidad para muchos lloanos de viajar por primera vez hacia la capital. Si bien, las razones más comunes para viajar a Quito se daban por cuestiones de trabajo o educación, la recuperación de la salud también fue un importante motivo para ir a la capital. Piedad Yapó, por ejemplo, menciona que “ya con la carretera podíamos salir para hacernos atender en Quito, como ya se tenía algún familiar que vivía en Quito, ya una vez que parecía que ya íbamos a dar a luz, nos íbamos a quedar allá (en la casa del familiar en Quito) y nos quedamos allí hasta que sea hora” (Yapó P. , 2013). En esta época, los lloanos que pudieron conseguir trabajo o continuar con sus estudios en la capital, en su gran mayoría se quedaban residiendo en Quito de lunes a viernes, y volvían a Lloa los fines de semana; ya que si bien la carretera posibilitó el acceso a Quito, el hecho de ser lastrada y no estar en óptimas condiciones, dificultaban el retorno a Lloa en el mismo día de partida. Para las personas que se quedaron viviendo en Lloa, el tener a un familiar suyo en Quito, muchas veces sus propios hijos, constituyó una ventaja en el sentido que, una vez enfermas, podían ir a la casa del familiar en Quito, y quedarse allí hasta que se recobre la salud.

A pesar de no existir datos estadísticos al respecto, muchas de las personas consultadas han indicado que, ya una vez que hubo la posibilidad de viajar a Quito constantemente, muchos lloanos optaron por acudir a una institución de salud en Quito, dejando como segunda opción terapéutica al subcentro de salud de la zona:

Es que aquí como el centro de salud no trabajaba todas las 8 horas como es ahora, la gente prefería ir a Quito, para estar seguro que le van a atender (...) por eso fue que desde que se abrió la carretera, empezó a haber menos y menos pacientes aquí (en el subcentro de salud), hasta el punto que ya se iba a cerrar vería, porqué ya no habían pacientes, después ya a lo que se empezó a mejorar el centro ahí fue que ya empezaron a venir otra vez (Viracucha, 2013).

El historiador lloano Mario Sotomayor agrega que “Ya con la carretera lista, la gente ya empezó a salir bastante a Quito, algunos tenían ya trabajo por allá y viajaban todos los días, algunos viajaban una vez por semana, algunos una vez al mes, pero ahí se aprovechaba para hacerse atender allá en Quito” (Sotomayor, 2012)

De acuerdo a la enfermera del centro de salud, actualmente aproximadamente un 70 % de los pacientes que necesitan asistencia médica acuden al centro de salud, y un 30 % acude más bien a los servicios médicos privados en el sur de Quito (Viracucha,

2013). En gran parte, el mejoramiento de la infraestructura, el incremento del personal médico, y el mayor abastecimiento de medicinas gratuitas y de mejor calidad, fueron factores que impactaron favorablemente en la demanda de la población hacia el subcentro de salud.

Además, estos datos sugieren nuevamente que, desde un principio no hubo un rechazo de la población hacia la biomedicina, sino más bien que, la gente accedió a ella con gran apertura y predisposición.

3.1.3 Las primeras experiencias de los pacientes lloanos con los servicios biomédicos de Quito

En las primeras experiencias en clínicas u hospitales de Quito, los pacientes lloanos afirman haber notado un fuerte contraste entre sus prácticas y creencias médicas con las ejercidas por los doctores occidentales. En este punto, vale la pena transcribir una parte del testimonio de Piedad Yapó sobre la primera vez que dio a luz en un hospital:

Yo más me asusté cuando me dieron solo un mandil para cubrirme, no ve que acá nos cubrimos bien abrigadas para el parto (...) que frío que me daba allí (en el hospital), y que miedo por mi guagua. Y después de ya dar a luz todavía más me hicieron bañar, que terrible que fue. Por eso hasta me enfermé después, me dio un resfrío bien fuerte. Por suerte mi hijo nació bien no más (...) para la otra vez, yo me fui bañada antes del parto, para que no me hagan bañar allá en el hospital, pero igual me hicieron bañar (Yapó P. , 2013).

Hay que tomar en cuenta que, dentro de la cosmovisión médica tradicional de Lloa, el frío es un factor de peligro al momento del parto, no solo para la madre, sino también para el hijo, quien “puede morir de frío” (Cuascote, 2012), por lo que es necesario que las parturientas mantengan caliente su temperatura corporal, “cubriéndose con ropa abrigada y tomando aguas calientes, como la infusión de hoja de aguacate, o de pepa de chirimoya, o de pepa de culantro, cualquiera de esas” (Cuascote, 2012).

Como vemos, las terapias médicas occidentales causaron sorpresa y muchas veces conmoción en los pacientes Lloanos, sobre todo en los primeros encuentros con la biomedicina. Sin embargo, todas las personas entrevistadas, mencionaron que, a

pesar de sentirse muchas veces “incomodas” y “sorprendidas” con las terapias médicas occidentales, porque estas eran muy distintas a las que tradicionalmente se ejercían en su comunidad, e iban en contra de muchos de sus creencias médicas tradicionales, siguieron acudiendo a la biomedicina ya sea en el subcentro de salud de Lloa o en alguna institución de salud biomédica en Quito.

Igualmente, los moradores de Lloa entrevistados mencionaron que, sobre todo en los primeros encuentros que tuvieron con los médicos de Quito, fueron víctimas de actitudes discriminatorias hacia sus prácticas médicas tradicionales. Piedad Yapó, en el grupo focal que realizamos, contó que:

yo a mis hijos les crié como nos enseñó mi abuelita, poniéndole la faja, la cunga, el ombliguero al guagua, para que esté envuelto, y así se ponga duro, fuerte, con las piernas firmes (...) a si pues me fui la primera vez a donde el doctor a hacer el chequeo a mi hijo, y todo lo que estaba puesto mi hijo el doctor votó a la basura Qué pena que me daba, y ni como decirle nada (Yapó P. , 2013).

Enma Quinteros agregó que “usted vaya llevando ahora un hijo así, envuelto, puesto todo lo que antes les poníamos, mandan insultando los doctores, que para que le arropan dicen, que porqué le ponen eso, porque el otro (...) y si uno le dice que así nos enseñaron a nosotros más se nos burlan, por eso mejor ya ni llevarles así a los guaguas” (Quinteros E. , 2013).

La relación entre los pacientes lloanos y los médicos particulares de Quito, constituye un encuentro entre culturas médicas distintas. Sin embargo, los médicos ni siquiera reconocen que los pacientes tengan saberes médicos coherentes, por lo que las relaciones que han tejido, se caracterizan sobre todo ser una relaciones verticales e impositivas, en el sentido que es unilateralmente el doctor o las “leyes” del hospital o la clínica las que imponen las condiciones a las cuales tendrán que someterse los pacientes. En este caso se puede ver todo lo contrario de lo que sería una relación intercultural entre el médico y paciente, donde partiendo del reconocimiento de los saberes de cada parte, se valore y se respete, en razón del derecho a la diversidad de saberes.

Sin embargo, la construcción de unas relaciones interculturales entre el médico y el paciente, no solo depende de la voluntad del médico sino sobre todo de la actitud del paciente. De acuerdo a los datos que se ha presentado, se puede constatar que ante las

reglas que impone el hospital, y particularmente ante las violentas críticas y actitudes de los doctores, los pacientes lloanos han optado generalmente por aceptar las disposiciones de los doctores, y callar ante sus críticas o burlas, aunque éstas contradigan, y muchas veces sin respeto alguno, a sus creencias y prácticas médicas tradicionales. Al parecer, ha existido una actitud pasiva y sumisa por parte de los pacientes lloanos ante las imposiciones de la biomedicina. Esta “respuesta” en gran parte, permite que las relaciones asimétricas impuestas por la biomedicina se perpetúen. En el capítulo acerca de la autoatención profundizaremos en estas cuestiones.

3.1.4 Mecanismos de control de la biomedicina en Lloa

Actualmente son varias las instituciones y los mecanismos que fortalecen y perpetúan el predominio de la biomedicina, en detrimento a su vez de los otros modelos médicos existentes en la parroquia de Lloa. En primer lugar, creo que es importante mencionar el programa de “Salud Escolar” a cargo del subcentro de salud. Este programa se lo lleva a cabo en todas las escuelas de la parroquia de Lloa y consiste en la visita anual del personal de salud a cada escuela, donde se realiza una serie de charlas sobre salud preventiva y se hace chequeos médicos a cada estudiante. Al respecto, la enfermera María Viracucha, cuenta que “en estas charlas les hablamos sobre nutrición, aseo personal, situación corporal, estados de ánimo, o sea conocimientos básicos para los guaguas, lo que deben saber sobre la salud” (Viracucha, 2013). Después de la charla, se les revisa a cada estudiante, y de acuerdo al caso, se les vacuna, se les desparasita, o se les provee de medicamentos. En el caso de necesitar un chequeo médico más exhaustivo o una terapia más prolongada, se le asigna un turno en el subcentro de salud, y se le hace un seguimiento del caso.

Según la enfermera María Viracucha a través de este programa:

Es como más se ha podido llegar a la población infantil, porque se les va inculcando que tienen que ir al centro de salud a hacerse atender, y a algunos se les hace seguimiento, controles, y después, cuando vamos a visitar a las comunidades ya estamos revisándole nuevamente, o ya el chico viene acá al centro por él mismo (Viracucha, 2013)

Este programa, seguramente con otro nombre, se lo lleva desarrollando desde hace muchos años atrás. Una adulta mayor de la comunidad, por ejemplo, recuerda que en la escuela Pichincha, les hacían chequeos médicos “a cada rato”, y que “la enfermera y a veces un doctor, nos decían que cómo alimentarnos, cómo asearnos, y que debemos ir donde el médico a cada rato para que nos revise, así nos sintamos bien” (Pillajo S. , 2013).

Por otra parte, el subcentro de salud aproximadamente cada dos meses realiza visitas médicas a cada comunidad, para realizar controles médicos y llevar a cabo su respectivo tratamiento, principalmente a las personas que, por su delicado estado de salud, no pueden acudir al subcentro de salud. Sin embargo en estas visitas, se atiende también a cualquier persona que lo requiera. En estas visitas médicas se aprovecha para revisar a los alumnos de estas comunidades que siguen algún tratamiento o están bajo seguimiento médico, y no han acudido al subcentro de salud, donde “nuevamente se les indica la necesidad de acudir al subcentro, se les dice que es por su bien, por su salud”. (Viracucha, 2013). De tal manera, aunque la población, y en particular los alumnos, no quieran acudir al centro de salud o ser parte de los “seguimientos” médicos, son prácticamente nulas las opciones que tienen para evadirlas; en primer lugar porque los chequeos médicos dentro de la institución educativa son obligatorios, y en segundo lugar porque, como veremos más adelante, la autoridad del centro de salud, y en general, de la medicina occidental, se ha naturalizado al punto que ya no se cuestiona su poder.

Además de los programas del subcentro de salud en los establecimientos educativos de la parroquia, en cada escuela se llevan a cabo otros programas que refuerzan, en cierta medida, el predominio de la medicina occidental. En la escuela Pichincha por ejemplo, se están llevando a cabo actualmente los programas “Escuela Saludable”, “Lonchera nutritiva” y el proyecto “Amor y sexualidad”. En palabras de la directora de esta institución, estos programas tienen como finalidad “crear buenos hábitos de salud en los estudiantes, y a su vez en su familia; o sea que sean aseados, que se alimenten bien, que vayan a los controles médicos, que en general sean prevenidos en cuanto a su salud”. (Amores, 2013).

Pero no únicamente en estos espacios se difunden los conocimientos y valores médicos occidentales, sino también y sobre todo en la cotidianidad de la clase. Como

bien nos dice la Licenciada Marcia Aguilera, profesora de la escuela Pichincha “aquí la educación es integral, o sea nosotros enseñamos sobre limpieza, sobre alimentación, aseo, cada vez que se presenta la ocasión, no solo en las horas que nos dedicamos precisamente a lo de los proyectos de salud” (Aguilera, 2013).

Por otra parte, el hecho de justificar la inasistencia a clases, única y exclusivamente con la presentación de un certificado médico que constate que el alumno estuvo enfermo, constituye justamente una manera de incentivar la práctica de acudir al centro de salud, o a cualquier institución médica oficial, ante cualquier enfermedad que requiera reposo. Con ello, a su vez se desconoce o se desvaloriza el hecho de que gran parte de estas enfermedades son tradicionalmente tratadas al interior del ámbito familiar, es decir a través del modelo de autoatención. Mediante este mecanismo, también se puede notar el contraste que se da entre la autoridad y la credibilidad del médico, frente al del padre o madre de familia, quien al no tener la potestad de justificar la falta de su hijo a través de su propia palabra, se ve prácticamente obligado a acudir al médico para que le otorgue un certificado médico.

Pero no solamente la escuela promueve la asistencia biomédica, sino también las instituciones políticas gubernamentales. Existe, por ejemplo, la disposición a nivel nacional de que la persona que reciba el bono de desarrollo humano tiene que cumplir con el requisito de llevar por lo menos dos veces al año, a sus hijos menores de 5 años, al centro de salud para que le realicen los respectivos chequeos médicos. En el caso de que no cumpla con este requisito, la persona dejaría de beneficiarse de dicho bono. Al respecto, la enfermera María Viracucha, menciona que “la mayoría de esas personas (quienes reciben el bono y tienen hijos menores a un año) viene nomás sin ningún problema, pero hay otras que toca estarles llamando, insistiendo para que vengan, diciéndoles que se les va a quitar el bono, y ahí si vienen, si no uuu se olvidan no más” (Viracucha, 2013). Precisamente, hay algunas personas que, por diversas razones, no gustan en lo absoluto de la biomedicina, y que por lo tanto, esta disposición la sienten como una obligación que va en contra de su decisión. Lydia Analuisa, por ejemplo, dice que “yo no vengo donde el médico, yo solo me curo con los remedios caseros, pero vea ya hoy me toca venir para acá porque toca traer a los niños, si no me quitan el bono”. (Analuisa, 2012). Valga adicionar que una gran parte de la población de Lloa recibe el bono de desarrollo humano.

Por otra parte, desde el año 2012 rige también la disposición gubernamental de atender 4 pacientes por hora, lo cual ha generado un fuerte malestar en el personal médico del subcentro de salud, quienes consideran que, dicha disposición no toma en cuenta que a nivel rural se deben manejar otros tiempos en la atención, ya que “al menos aquí en Lloa, a los pacientes mayorcitos es imposible atenderles en 15 minutos, ellos requieren que uno le escuche, porque cuentan muchas cosas sobre su enfermedad y todo, entonces no hay como atenderles rápido rápido” (Morales, 2012). Al no cumplir con este requerimiento, se teme que haya una reducción del personal médico del subcentro. Por ello, la junta parroquial se ha sumado a los esfuerzos del subcentro de salud por incrementar la demanda hacia los servicios médicos de esta institución. En algunos eventos organizados por la junta parroquial, a los que he asistido, a pesar de ser eventos que no tienen relación con el centro de salud, se ha mencionado esta problemática, y consecuentemente se pide a la gente que acuda al centro de salud con mayor frecuencia. En estos eventos se ha puntualizado repetidamente en la “necesidad” de acudir al subcentro no solamente cuando se está enfermo, sino también para hacerse chequeos constantes.

Al parecer estas peticiones han surgido el efecto esperado en los pobladores de Lloa. Nancy Aguirre por ejemplo, cuenta que “yo vengo también acá al centro de salud, por hacerme chequeos, controles, porque la gente de aquí tenemos que apoyar a las doctorcitas, no ve que si no venimos dicen que nos cierran (el centro de salud) y ahí si fregados” (Aguirre, 2012) También personas que suelen acudir a otras instancias médicas asistenciales, han visto la necesidad de “apoyar” al centro de salud. María Puetate, por ejemplo, cuenta que, a pesar de confiar más en los remedios naturales, “hoy vengo al centro a hacerme un chequeo nomás, porque dicen los de la junta que si no venimos nos van a cerrar el centro”. Agregó también que “mi esposo, más sabe ir a quito a hacerse ver con el médico, pero hoy ya vino acá (...) igual por la misma razón, por apoyar a las doctoritas” (Puetate, 2012).

Como se puede ver, son varias las instituciones que directa o indirectamente promueven y, en algunos casos, exigen a los pobladores de Lloa a acudir al subcentro de salud, y que a su vez sancionan en el caso de no hacerlo. Estos mecanismos claramente restringen la decisión personal de acudir al sistema médico que al paciente le parezca más convincente, y en ciertos casos las exigencias de acudir al centro de salud van en contra de la decisión personal. Es decir, son mecanismos de

control que intentan cerrar las vías hacia otros sistemas médicos posibles, y de postular más bien a la biomedicina como la única alternativa terapéutica válida. Por lo tanto, son mecanismos que niegan el pluralismo médico que existe en la sociedad lloana, que quitan valor a modelos médicos importantes como la autoatención, y que de manera implícita fomenta la desaparición del conocimiento médico tradicional de la parroquia de Lloa.

Sin embargo, es necesario tener en cuenta que la existencia de estos mecanismos de control no garantiza que la biomedicina se establezca como el modelo médico hegemónico. Es decir, si bien tales mecanismos “intentan y tienen el objetivo de” que la biomedicina se consolide como modelo médico hegemónico, en gran medida dicho objetivo depende del efecto que provoque en los conjuntos sociales. Como mencionamos en el marco teórico, la consolidación de la biomedicina como Modelo Médico Hegemónico, no solamente depende de la legitimación que instancias como el gobierno o la ciencia le otorgan, sino también que depende y en fuerte medida, de la legitimación que los propios actores violentados por el modelo médico occidental, le reconocen. De tal manera, esta legitimación se da a través de la incorporación de los principios, valores, ideologías del modelo occidental, por parte de los mismos pacientes de Lloa.

Hasta ahora, únicamente se ha evidenciado que la biomedicina no tuvo mayores problemas en instaurarse en la comunidad de Lloa, y que más bien la demanda hacia los servicios de salud biomédicos al parecer ha ido en aumento con el pasar del tiempo. Es todavía muy pronto para determinar que, desde los pacientes haya una legitimación de la biomedicina como modelo hegemónico. En el capítulo correspondiente a la autoatención, se presentará más datos encaminados a develar tal cuestión.

3.2 El modelo médico subordinado de Lloa

3.2.1 ¿Existen agentes de salud tradicional en Lloa?

Como indicamos previamente, el modelo médico subordinado corresponde al conjunto de saberes y prácticas médicas de los agentes de salud tradicional, ya una vez que éstos han estado en relación con el modelo médico hegemónico. De acuerdo

a gran parte de los autores que han abordado el tema de la medicina tradicional, los agentes de salud tradicional (AST) son personas que marcan su distinción no solamente por su amplio conocimiento médico o por su habilidad en las técnicas de curación, sino sobre todo, por el status privilegiado que le otorga el rol de curador, lo cual muchas veces le permite ser a su vez un líder espiritual o político de su comunidad (Fernández Juárez, 1999) (Harari, 1982) (Menéndez, 1983).

En un primer momento del trabajo de campo me llené de sorpresa al notar que los habitantes de Lloa no identificaban a ninguna persona como “curador o curadora tradicional”, ni siquiera como “partera” “huesero” o “yachaj”. En las cortas entrevistas que realicé al principio de mi investigación, pensando que de esa manera podría ubicar rápidamente a los agentes de salud tradicional, casi todas las personas a las que consultábamos nos decían “no, aquí no hay nada de eso” o “esos curadores que dice solo hay en Quito, aquí no se dedican a eso”. Sin embargo, al conversar más a profundidad con la comunidad ubiqué en sus relatos expresiones como “el señor que cura los huesos” o “la señora que cura del arco blanco” etc. Pude darme cuenta de esta manera que, en Lloa no existe un término determinado para identificar ni a cada uno de los curadores tradicionales ni a todos ellos en general. Nos pareció extraño que, personas que supuestamente poseen un cargo social diferenciado y particularmente superior al resto del conjunto social (de acuerdo a la caracterización que hace la literatura antropológica de los AST) no tengan en Lloa un nombre que los identifique y de esta manera los diferencie. Me pregunté si los AST habrían desaparecido en LLoa.

Sin embargo, al continuar con esta “búsqueda” de agentes de salud tradicional, pude recoger un testimonio que aclaró en parte nuestras crecientes interrogantes: “es que aquí, en Lloa, todos curamos, todos somos curadores, si usted le quiere decir así (...) claro que más las que curan son las mujeres, póngase nuestras mamasitas y así, pero también nosotros los hombres sabemos mucho y también ayudamos a curar a nuestros niños” (Sotomayor, 2012). Más y más relatos en este sentido encontré mientras profundizaba en la investigación. Entonces, al parecer, más que una desaparición de los curadores tradicionales, en Lloa me encontré ante el fenómeno de que casi todos los moradores de Lloa eran en cierto sentido curadores tradicionales, razón por la cual, la gente de la comunidad, no veía la necesidad de nombrar, y con ello diferenciar, a las personas que curaban de las que no.

Sin embargo, a este dato se debe agregar algo más, ya que con casi todas las personas con las que conversé, sobre todo los antiguos moradores, mencionaron que ellos mismos curan cuando alguien en su familia está enfermo, sin embargo indicaron que en el caso de que la enfermedad no fuese solucionada por ellos, llevaban a su familiar enfermo donde algún “conocido” que “sepa más” o que “tenga mejor mano para curar”. Gran parte de las personas con las que conversé me contó haber llevado a sus familiares, en estos casos, donde determinadas personas, las que eran repetidamente señaladas por diversas personas, a veces personas que pertenecían a barrios distintos. De tal manera, a pesar de que en Lloa casi todas las personas, sobre todo los antiguos moradores, pueden ser considerados curadores tradicionales, existen personas “que saben más” en cuanto a las técnicas de curación. Creí necesario por lo tanto, direccionarme donde ellos, para conversar, y determinar así, si los mismos calzan o no dentro del concepto de AST al que hemos aludido.

Tuve la oportunidad y el agrado de conversar y entrevistar a casi todas estas personas que curaban en casos en los que los familiares no pudiesen solucionar el problema de salud del enfermo, y como primer dato pude constatar que casi todos ellos no son precisamente especialistas en un área determinada de salud, es decir que la conocida “señora que atiende los partos” por ejemplo, no se limita a conocer y aplicar tal conocimiento a casos de partería, sino que sabe y atiende diversos casos médicos, desde “fregar huesos” hasta “hacer limpias”, aunque estos últimos atributos no sean tan conocidos por la comunidad, como el primero. De esta manera, pudimos constatar que no existe una tendencia hacia la “especialización” en los curadores tradicionales, a imagen y semejanza que la de los médicos occidentales.

A su vez, casi todas estas personas, no se identificaron como “yachajs”, “parteras” o “sobadores” a pesar de que, desde una perspectiva etic, tales personas realicen las actividades terapéuticas y rituales supuestamente “propias” de un yachaj, o de una partera o de un sobador. Como bien menciona una reconocida “curadora” de la parroquia de Lloa “no, yo así considerarme como usted dice médico tradicional, no. (...) claro, yo si curo cuando las personas me piden, yo les ayudo y les curo, pero no soy como un doctor, yo me dedico a otras cosas, ayudo cuando puedo y cuando no puedo mejor mando donde otros” (González O. , 2013). Si bien existe una función social particular de estas personas (curar a enfermos que no sean sus familiares), esta

función no ha permitido la emergencia de una identidad que los diferencie de las otras personas que se limitan a curar a sus familiares.

A parte de esta particular función social que tienen estos “curadores”, he identificado otros rasgos o características que si bien no son exclusivas de estos curadores, ciertamente son ellos los que más las representan. Una de estas características consiste en la posibilidad de crear nuevos remedios o terapias para contrarrestar sobre todo las enfermedades desconocidas. Esta creación de nuevos remedios o terapias no constituye exclusivamente una nueva combinación de elementos terapéuticos, ya que muchas veces son producto también de una inspiración divina. Elvia Gonzales, por ejemplo, cuenta que “el otro día, la virgencita me hizo soñar, me digo que coja unas 24 hojas de aquí del campo, y algo de frutas, y que con eso haga una pomada, para unos dolores de la rodilla y para el dolor de hueso que no se curaba nomás” (González E. , 2012). Por su parte, la mayoría de personas reconocen esta facultad de los curadores extra familiares para crear nuevos remedios, por lo que, según estos mismos curadores, son varias veces consultados acerca de nuevos tratamientos para enfermedades o dolores que no encuentran solución a través del remedio conocido: “A donde mí, saben venir a veces, a preguntarme que qué será bueno para curar esto, que qué será bueno para esto otro” (González E. , 2012). En este sentido, pueden ser considerados los representantes más importantes de la medicina tradicional, en la medida que constituyen “fuentes” y “guías” del conocimiento médico tradicional. Sin embargo, es necesario mencionar que los curadores extra familiares si bien tienen mayor facilidad para crear remedios o terapias, ya sea a partir de la deducción de posibles nuevos remedios, o a través de la comunicación con divinidades, esto último al menos no constituye un don exclusivo de ellos, ya que, según los propios curadores, “cualquier persona buena puede preguntarle a la virgencita cómo curarse, ella le contesta nomás” (González E. , 2012). De hecho, varias personas “comunes” de Lloa, mencionaron haber podido comunicarse con la Virgen y consultarle sobre sus males y su respectivo tratamiento.

Continuando con la caracterización de los curadores extra familiares, creo necesario mencionar también que en Lloa, un aspecto determinante para la causa de casi todas las enfermedades, es la “debilidad”. Este punto lo profundizaré en el próximo capítulo, correspondiente al modelo de autoatención. Lo que me interesa por el

momento es afirmar que, para los habitantes de Lloa, sobre todo para los antiguos moradores, así como la debilidad es la causa de casi todas las enfermedades, el “ser fuertes” constituye la principal defensa ante las enfermedades y también la principal condición para poder curar a otros. De tal manera, como dijeron las participantes del grupo focal “la persona que mejor cura, es una persona que es fuerte (...) fuerte de carácter, que no se deje (...) que esté bien parada y que les diga a los cucos: ¡se me van carajo!” (Yapo P. , 2013).

Según los antiguos habitantes de Lloa, el tratamiento de algunas enfermedades del campo, como el espanto o el mal aire conlleva algunos peligros, ya que los espíritus malos o “cucos” pueden atacar a la persona que está curando; por ello que es importante que el curador sea una persona fuerte, que “no se deje de los cucos” (Yapo P. , 2013). El tratamiento de curación del “espanto” por ejemplo, constituye una verdadera batalla ritual donde los curadores luchan contra los “cucos”, con la finalidad de retomar el alma de la persona enferma para posteriormente re ponerla en el lugar original (el cuerpo del enfermo). Elvia Gonzales, nos describe la curación del espanto de la siguiente manera:

Hay que ir entre harta gente, entre unas ocho siquiera, porque si voy sola me va a pegar a mí el cuco. Y tenemos que hacer bulla, bastante bulla, para que los cucos se espanten. Y ya cuando llegamos al lugar (donde el enfermo se espantó), tenemos que amarrar el ganado, y hacer como que luchamos contra los cucos, de un lado a otro, a veces nos arrastran, pero después ya el ganado quieto se queda. Entonces allí ya le digo al espíritu (del enfermo) que vamos, que allí no debe quedarse, porque no ve que ya se enseña a estarse allí, mientras el cuerpo ya no vale, enfermo, ya se muere, ya no quiere ni comer ni tomar agua ni nada. Entonces allí yo ya le cojo al espíritu, le enlazamos, y tenemos que bajar sin regresar a ver ni por nada, hasta llegar donde el enfermo. Y de allí se le deja el alma del enfermo debajo de la cama, Y ya a los dos o tres días ya está bueno. (González E. , 2012).

Adicionalmente al carácter fuerte, quienes estén intentando curar estas enfermedades, necesitan llevar artículos de protección, como ruda, tabaco de ajo y acial. A pesar de todas estas precauciones, hay ocasiones en que los “cucos” pueden molestar e incluso lograr enfermar al curador: “a veces, los cucos son bien fuertes, y no me dejan dormir, me da pesadillas, me dicen “entremetida, que es que vienes a hacer”, pero yo me pongo a rezar y le digo a la Virgencita del Cinto que me proteja, que me haga más fuerte, y ahí se van no más” (González E. , 2012). Según los habitantes de Lloa, la fortaleza de una persona, depende en gran medida, de la devoción que se tenga

hacia la Virgen del Cisne y hacia Dios. Por ello que, una persona que cura, y más aún quienes curan a pacientes que no son parte de su familia, deben ser fuertes y muy devotos de sus divinidades.

Vale precisar que, al igual que la habilidad de crear remedios, cualidades como la fortaleza y la espiritualidad, si bien son características comunes de todos los curadores extra-familiares, no son características exclusivas de los mismos. El único rasgo particular y exclusivo de estos curadores constituye la función social de atender a personas que no son necesariamente sus familiares. De allí que, el acto de curar enfermedades del campo, como el espanto o el mal de arco, no solamente sean llevadas a cabo por los curadores extra familiares, sino por cualquier persona que se sienta capaz de curar.

Entre tanto, es importante mencionar que, aunque los curadores extra-familiares, como vemos, poseen cualidades muy apreciadas por la población, no he encontrado evidencia alguna que demuestren que, por tales cualidades o por el hecho de tener la función social a la que he aludido previamente, sean líderes políticos o religiosos. Es decir que más allá del ámbito médico del que ciertamente son las personas que más conocen, donde hasta cierto punto pueden ser considerados los máximos representantes, no ocupan un liderazgo en otro ámbito de la sociedad, que se haya desprendido de sus habilidades médicas.

Hay que acotar también que, cuando estas personas curan a pacientes que no pertenecen a su círculo familiar, los pacientes retribuyen a estos dándoles una cantidad de dinero; pero esta cuota no es establecida por el curador, sino por el paciente, a manera de una donación voluntaria. Este pago, más allá de ser un reconocimiento y/o agradecimiento a la persona que lo cura, constituye fundamentalmente una condición para que la terapia del curador tenga el efecto esperado en el paciente. Raúl Cachaguay dice al respecto que “nosotros ya cobramos cuando es una persona de afuera (de Quito), sino las personas de aquí ya saben que hay que dar algo de dinero, lo de la voluntad de ellos, aunque sea bien poquito, porque ya saben que si no dan nada no se curan” (Cachaguay, 2013). Según los mismos “curadores”, estos pagos no representan un ingreso económico considerable.

De tal manera, no existe un fuerte reconocimiento social o económico por parte de la comunidad hacia los curadores extrafamiliares, que conduzca a la consolidación de

una diferenciación social y peor aún de un estatus privilegiado y superior de ellos frente a las otras personas de la zona. De hecho, como vemos, la única diferencia de estas personas con los demás, constituye la función social de curar a personas que no necesariamente sean sus familiares, y ni siquiera conocidos, pero tal acto de curar no ha sido motivo de identidad, y peor aún de diferenciación o superioridad frente al resto de personas lo cual se evidencia en la ausencia de un término dentro de la comunidad para denominarlos. Por tales razones, los curadores extra-familiares no encajan en la categoría de Agentes de Salud Tradicional, que gran parte de la antropología médica, entre ella el enfoque relacional, utilizan.

Recordemos también que, de acuerdo a la postura teórica de Menéndez los curadores tradicionales se oponen a la biomedicina y llevan a cabo acciones contrahegemónicas en su afán de mantener el capital social, político y económico que supuestamente cosechan partir de su función de curador tradicional (Menéndez, 1983). Sin embargo, a partir de nuestra investigación de campo, y particularmente de las entrevistas y conversaciones que he realizado, se ha constatado más bien que los curadores familiares y extra-familiares de la parroquia de Lloa no acumulan un capital económico, social o político considerable a partir de su función de curar. Siguiendo la lógica de Menéndez, se puede decir entonces que estos actores, no mantienen una oposición hacia la biomedicina que se base en la acumulación de capital económico o social de estos actores, ya que este, como se ha constatado, es mínimo.

A pesar de esto, creo que es metodológicamente importante, mantener la diferencia entre quienes hemos denominado “curadores extra familiares” de las demás personas, ya que el análisis de determinados datos de estos curadores extra familiares en particular, permite profundizar a su vez en el análisis de las relaciones de poder de los modelos médicos.

3.2.2 El debilitamiento de la función social y de los conocimientos médicos de los curadores extra familiares

En primer lugar quisiera referirme al hecho de la marcada disminución de los pacientes de los curadores extra familiares de Lloa. Según estos curadores, “desde

ya varios años atrás, la gente ha comenzado a irse a curar a Quito, por cualquier cosa” (Cuascote, 2012). Casi todos ellos, ubicaron a la construcción de la carretera Lloa-Mena 2, como el inicio del fuerte declive en la cantidad de pacientes atendidos. Este dato refuerza la hipótesis de que, si bien el Dispensario Médico desde un principio tuvo una muy buena acogida por parte de la población lloana, la posibilidad de ir a Quito para ser atendido medicamente, a partir de la construcción de la carretera, fue el hecho que más repercutió negativamente en el sistema médico tradicional de Lloa. En todo caso, lo que si se puede afirmar con mayor seguridad, es que ha existido una paulatina disminución de los pacientes atendidos por los curadores extra familiares. Según Olimpia Gonzales, quien es conocida por su habilidad en curar las denominadas “enfermedades del campo”, como el espanto, el arco blanco, el mal de ojo, y demás:

“antes solo nosotros curábamos, nada que médicos nada. Si por acá no había nada de eso pues. Pero después ya le gente empezó a irse mejores a Quito a hacerse ver con un médico (...) yo antes le puedo decir que curaba a unas 2 o 3 personas a la semana, pero ahora uuu ya poco, de vez en cuando nomás (...) la última vez que curé ha de ver sido hace unos dos meses” (González O. , 2013).

Raúl Cachaguay, quien es solicitado en casos de lesiones o enfermedades de los huesos menciona que, en la actualidad “hay semanas que si atiendo una o dos veces, pero otras veces hay semanas en que no hay nada (...) antes, cuando atendíamos con mi tío si teníamos siempre unas dos o tres personas para curar” (Cachaguay, 2013). Por su parte, las personas que se destacaban por su habilidad y amplio conocimiento tradicional sobre la asistencia médica a parturientes han dejado casi en su totalidad el ejercicio de tales saberes, sobre todo en la asistencia terapéutica hacia personas que no sean sus familiares. Todas estas personas, indicaron que ya no atienden partos, y que terapias tradicionales como el “encaderamiento” la realizan muy esporádicamente, y solamente a sus familiares.

Según los curadores extra familiares que todavía siguen atendiendo, actualmente una parte importante de sus pacientes no son de la parroquia de Lloa, sino de sectores del sur de Quito sobretodo: “hay personas que vienen desde la Mena 2, de Chilibulo, de Chillogallo, hasta de la Vicentina vienen a veces” (Cachaguay, 2013). “A veces, saben venir también personas de Quito, o me llevan allá para atender cuando ya están bien enfermos y no pueden venir” (González E. , 2012). Agregaron que estos

pacientes “son nuevos”, y que hasta hace unos 15 años todos los pacientes que atendían eran la parroquia de Lloa. Como vemos, al parecer, existe una reducción significativa de los pacientes de las propias comunidades, pero a su vez un incremento de pacientes de afuera de la parroquia, especialmente del sur de Quito.

Por otra parte, casi todos los curadores extra familiares indicaron que la gente de su comunidad “ya no se interesa por aprender (a curar). (...) antes, los guaguas veíamos a los mayores como curábamos, les preguntábamos, lindo era, pero ahora ya poco les interesa” (Cachaguay, 2013). Según los curadores extra familiares, existe un progresivo desinterés de las personas allegadas al enfermo en acudir o participar del acto o ritual de curación: “antes, para curar sabían venir los familiares y hasta algunos amigos del enfermo, entre todos se conversaba sobre lo que le pasa al enfermo, y cuando curábamos preguntaban se interesaban. Ahora, si viene alguien a curarse más viene solo, o si es de Quito ya viene con otra persona acompañándole, pero ya ni preguntan nada” (González O. , 2013). Solamente una de las curadoras extra familiares, mencionó que sus conocimientos han sido transmitidos a sus hijas, quienes a su vez ejercen la función de curadoras, aunque ya no en Lloa: “Aquí no hay (nadie) más que cura así como yo. Mi hija la última también sabe curar porque yo le he enseñado. Se llama Carmen Roxana Gonzales. Ella vive por la Mena 2. Mi otra hija que está en España también cura allá. Ellas dan las recetas y curan todo mismo” (González E. , 2012). Sin embargo, este caso es excepcional. De esta manera, se puede decir que en general existe una ruptura en la transmisión de conocimientos médicos de los curadores extra familiares.

Todos estos factores, han incidido en una marcada disminución en el número de curadores extra familiares. La misma comunidad, cuenta con nostalgia que “antes, había gente bien hábil que nos curaban de todo (...) ahora ya son pocos los que saben (curar) bien bien” (Yapo P. , 2013). Lastimosamente esta disminución va intensificándose cada vez más. Ciertamente la disminución de pacientes, así como también la ruptura en la transmisión de conocimientos médicos, son factores que intensifican la disminución de los curadores extra familiares. Pero también existen otros factores, y más bien de carácter estructurales y exógenos que repercuten en todo esto.

En primer lugar, el gobierno, como vimos en el anterior capítulo, prácticamente *obliga* a las mujeres a realizarse controles mensuales en el subcentro de salud, durante y después del embarazo. Esto afecta directamente al ejercicio de los saberes médicos tradicionales del campo obstétrico, los cuales se ven limitados a ejercerse en ámbitos cada vez más reducidos y marginales. Según Rosa Cuascote, quien hace algunos años atrás ayudaba a dar a luz a varias mujeres de la parroquia de Lloa, menciona que una de sus nietas que recién dio a luz en un hospital en Quito:

Ya no quería hacerse ver conmigo porque decía que ya la habían revisado allí en el centro de salud, que ya para qué (...) ni el encaderamiento quería hacerse, que disque ya se ha hecho ni sé que cosas con la doctora, que ya no (...) entonces a una ya solo le toca estar viéndola nomás, diciéndole algún concejito, pero a veces ya ni caso hacen (Cuascote, 2012).

Por otra parte, varios de los curadores extra familiares, han expresado su temor de ejercer sus saberes, ya que, como lo señala Raúl Cachaguay “se ha oído que a un señor que fregaba huesos por Guajaló lo han denunciado, porque disque le había dejado peor al paciente (...) pero yo creo que más fue por la ambición del paciente, no ve que ahí (enjuiciándolo) sale ganando cuánta plata (...) yo por eso ya estoy receloso de curar no más” (Cachaguay, 2013). Por su parte, Rosa Cuascote, menciona que “ahora, póngase que la embarazada se me muera (en el parto), a quien le van a echar la culpa, a mí, y hasta me pueden seguir juicio y todo” (Cuascote, 2012).

Por último, quisiera agregar, aunque sea un tanto predecible por todo lo que se ha dicho, que ninguna de las instituciones de Lloa, entiéndase sobre todo las escuelas, la junta parroquial o el subcentro de salud, promueven en lo absoluto los conocimientos médicos tradicionales de la comunidad de Lloa. No existe ningún tipo de programa o proyecto que tenga como fin investigar, recuperar o promover la medicina tradicional. Esta es prácticamente invisibilizada. Como podemos darnos cuenta, esto contrasta fuertemente con el apoyo o la legitimación hacia la medicina occidental, por parte de estas mismas instituciones.

De tal manera, existen varios factores tanto de naturaleza endógena como exógena que inciden en el debilitamiento de la función social y de los conocimientos médicos tradicionales de los curadores extra familiares. Como se puede ver, en la parroquia de Lloa los factores exógenos, clara y directamente intentan desplazar o eliminar los

conocimientos médicos tradicionales, y a su vez postular a la biomedicina como la única alternativa terapéutica válida. Creo que, con los datos que se ha expuesto hasta aquí, basta y sobra para darnos cuenta de este hecho. Sin embargo, dentro de los factores endógenos expuestos hasta el momento (disminución de pacientes, ruptura en la transmisión de conocimientos médicos) todavía hay mucho que analizar en el afán de develar las relaciones de poder entre los modelos médicos.

3.2.3 El reemplazo de los curadores extra familiares

Varias personas de la comunidad de Lloa reconocen abiertamente haber reemplazado a los curadores extrafamiliares de Lloa, por los médicos occidentales, ya sea a través del subcentro de salud de Lloa, o por algún establecimiento de salud en Quito. Al respecto, casi todas las personas con quienes he conversado o entrevistado, mencionaban cosas como “ahorita ya nos coge un dolor medio fuerte, ya corremos donde el doctor nomás” o “ya para qué vamos a ir donde el señor de los huesos (huesero), si ya en la Mena hay unos fisioterapeutas más buenos”. Conversando acerca de la historia del subcentro de salud de Lloa, Piedad Yapó, indicó que “como también la enfermera (del Dispensario Médico de Lloa, existente en los años 70s) atendía partos y todo mismo, ya les abandonamos a las señoras que antes atendían partos (parteras), como eran mayorcitas ya se iban muriendo también, se iban reduciendo” (Yapó P. , 2013). Vale mencionar que todas las demás participantes del grupo focal, confirmaron ese dato. Al parecer la mayoría de las personas de la comunidad de Lloa han optado por este tipo de reemplazo, es decir entre agentes de salud de distinta tradición médica, pero especializados en un área similar de intervención, es decir el reemplazo de la partera por la obstetrix, o del huesero por el fisioterapeuta.

Sin embargo, existen otras personas que, no han descartado totalmente la asistencia médica de los curadores extrafamiliares pero que sin embargo les toman como una segunda opción. Mario Sotomayor, por ejemplo, cuenta que:

Yo ya no voy tanto donde los señores que friegan, ahora como hay centros de rehabilitación de lesiones de los organismos deportivos, barriales, parroquiales, entonces mejor ahí. Así como primeros auxilios se va donde los fregadores, pero después ya al centro de rehabilitación mejor, más seguro y todo (Sotomayor, 2012).

María Puetate, mencionó también que “recién nomás me tocó ir a preguntarle a Doña Elvia (curadora extra familiar) porque no ve que era sábado, el centro de salud estaba cerrado y ni cómo entonces (ir al centro de salud)” (Puetate, 2012).

Por otro lado, como se verá a profundidad en el siguiente capítulo, la creencia en las “enfermedades del campo” se ha fragilizado, sin embargo una parte significativa de la comunidad, en especial los antiguos habitantes, todavía creen en tales enfermedades. Al momento, lo que me interesa mencionar es que, una parte considerable de estas personas, ante alguna enfermedad del campo que no pudo ser solucionada por ellos mismos, prefieren acudir hacia “curanderos” en Quito, antes que hacia los curadores extra familiares de la parroquia de Lloa. Es oportuno transcribir una parte de la entrevista a Matilde Yapo para visualizar tal cuestión:

- Matilde Yapo (MY): esa vez me cogió el arco, y fue bien fuerte porque ni mi esposo que era bueno para curar eso pudo sanarme. Entonces ahí nos fuimos a Quito de una vez, al mercado de San Roque a que me curen.
- Pero aquí si hay personas que curan el arco ¿no?
- Si si hay, pero las que saben viven lejos también, y más que todo allá en Quito saben curar más.
- Las curadoras del mercado de San Roque curan mejor que las de aquí?
- Sí. Aquí a veces no curan bien. (Yapo M. , 2012).

En este mismo sentido, varias personas de la comunidad de Urauco, indicaron que en las ocasiones que han tenido fracturas o problemas de huesos en general, acuden donde un “fregador” de la Mena 2 (sur de Quito), a pesar de que en la misma comunidad de Urauco se halle Raúl Cachaguay, un reconocido “señor que friega los huesos”. Igualmente todas estas personas, mencionan que es la mayor “eficacia” del curador tradicional externo frente a la del curador extrafamiliar de Lloa, la razón de su preferencia.

He identificado que existen varios curadores tradicionales fuera de Lloa, a donde acuden tales personas en el caso de verse afectadas por alguna enfermedad del campo. De acuerdo a las conversaciones que he realizado, se puede determinar que los más comunes serían: los curanderos del mercado de San Roque, el fregador de la Mena 2, el curandero del centro de salud de Guamaní y el curandero de Guayabamba. Vale mencionar que algunas de estas personas incluso han viajado a

Latacunga o Santo Domingo de los Colorados en busca de la atención de curanderos tradicionales.

Aunque con menor frecuencia que en los otros casos, he escuchado también a personas que a pesar de auto diagnosticar la existencia de una “enfermedad del campo” como el susto, o el mal aire, etc, confían en que esta pueda ser solucionada por el médico occidental. Al respecto es muy interesante el relato de Nancy Aguirre:

Mi hija hace poco se enfermó del Arco, (...) mi mamá me decía que le lleve donde un tal curandero de Quito, pero yo mejor le llevé directo donde un médico que es conocido mío, yo a él le confío 100%. (...) claro que yo no le dije (al doctor) que mi hija el cogió el arco, más se me hubiera reído, solo le dije que le dolía así y así a mi hija, y él le revisó, me dijo que tenía ni sé que enfermedad, le mandó un tratamiento y de ahí se curó. (...) yo por eso si, para cualquier cosa mejor voy al doctor” (Aguirre, 2012).

A partir del trabajo de campo que he realizado, puedo afirmar que actualmente la población que sigue acudiendo de manera preferencial hacia los curadores extra-familiares de Lloa constituye menos de la cuarta parte de la población total de Lloa, y son sobre todo las personas adultas y adultas mayores. Sin embargo esta población se está reduciendo, y al existir una cantidad de factores endógenos y exógenos que juegan en contra de los saberes médico tradicionales, se puede deducir que hay una tendencia a que esta población se reduzca aún más. Estas personas pertenecen por lo general a los barrios más alejados de la cabecera parroquial y a su vez, más alejados de la ciudad de Quito. Seguramente sea la limitación geográfica, uno de los obstáculos más grandes a la hora de acudir a la medicina occidental u otro modelo asistencial.

Entre tanto, como vemos, todas las personas que han reemplazado a los curadores extra familiares, por cualquier otro curador (ya sean occidentales o tradicionales), mencionaron que las razones de su reemplazo se hayan en la eficacia de estos últimos frente a los curadores extra familiares. Casi todas estas personas mencionaron al respecto cosas como “es que el doctor siempre va a saber más que cualquiera”; “a mí siempre me han curado mejor en Quito”; “Los curadores de San Roque son los que en serio saben curar”; “El fregador de la Mena 2 ese sí que es bueno”. A su vez, la eficacia también es la razón que exponen quienes prefieren la medicina privada a la medicina pública, es decir que, según los lloanos, la eficacia es la máxima razón para optar por determinada instancia asistencial.

Sin embargo, en una de las visitas médicas que realizó el centro de salud a la comunidad de Urauco fui testigo de un hecho que me hizo cuestionar lo dicho por estas personas. Mientras las doctoras atendían en el interior de un establecimiento público, varias personas esperaban su turno en las inmediaciones de tal establecimiento. Yo me encontraba afuera conversando con un señor. En ese momento, una camioneta paró cerca de donde estábamos, su dueño saludó y conversó con algunos de los pacientes que esperaban su turno, y en voz alta mencionó varias veces que se iba a Quito y que quien necesitara ir, suba al vagón de la camioneta. Después de algunos minutos, ya con algunos pasajeros a bordo, la camioneta se fue. En este momento muchos de los pacientes que esperaban el turno para ser atendidos se congregaron en un solo grupo, y empezaron a conversar sobre lo sucedido. Se supo primeramente que el señor de la camioneta se iba a Quito a hacerse unos chequeos médicos en una clínica particular. Me surgió inmediatamente la duda del porqué de esa acción si justamente en ese momento se estaban haciendo chequeos médicos en la comunidad, sin embargo antes de poder preguntar, varias de las personas congregadas mencionaron cosas como “cuando ya venda mi terreno, yo también me he de ir a Quito a hacerme atender”; “yo si me he ido cuantas veces a hacerme atender en Quito, sino que ahora ya porque me toca hacer aquí cuantas cosas en la tarde, ya no me fui”. Al verme imposibilitado de preguntar públicamente por qué prefieren ir a una clínica privada que al subcentro de salud, ya que muchas personas empezaron a conversar al mismo tiempo, conversé con una señora que estaba al lado mío, quien me dijo algo muy interesante “es que los que tienen plata van afuera a Quito a hacerse atender, los que somos pobres nos toca quedarnos aquí como sea”. Efectivamente, en las conversaciones que se podía escuchar allí en el grupo, se ponía mucho énfasis en esa relación entre la medicina privada con “la gente que tiene” y entre la medicina pública con “la gente que no tiene”.

Como vemos, no únicamente es la “eficacia” o la “inmediatez” las razones por las que una persona prefiere acudir a un determinado servicio asistencial; también existen razones sociopolíticas como, en este caso, el hecho de demostrar el “bienestar económico” de una persona a través de su capacidad de optar por los servicios de medicina pagada. Como bien nos dice Mollie Callahan:

La decisión de acudir donde uno u otro médico o sistema médico no son exclusivamente decisiones médicas, especialmente en contextos donde coexisten diferentes sistemas de salud,

sino por el contrario, son en sí mismas acciones sociopolíticas que reflejan alianzas personales e ideológicas y son a menudo los medios primarios a través de los cuales se buscan metas secundarias, tales como la movilidad social, la seguridad económica, etc. (Callahan , 2006, pág. 297).

De tal manera, la eficacia no es, por lo menos, la única razón para optar por otro curador, sino que también existen otros fines que son perseguidos a través del acto de acudir a determinado curador, como el prestigio y la movilidad social.

Como vemos, la instauración de la biomedicina en la parroquia de Lloa ha conllevado el debilitamiento de la función social y de los conocimientos médicos de los curadores extrafamiliares. A pesar de esto, no encontré ningún rastro ni indicio que muestre la existencia de una oposición de los curadores extra familiares hacia la biomedicina. Todos ellos consideran que la biomedicina en muchos de los casos es eficaz, y que por lo tanto es una opción válida: “los doctores si saben curar, ellos curan bien. Solo las enfermedades así como la brujería, o el mal de ojo, eso si no pueden” (González O. , 2013). Es más, casi todos los curadores extrafamiliares, acuden frecuentemente al subcentro de salud de Lloa o a establecimientos de salud privada en Quito, y utilizan medicamentos farmacéuticos, sin ningún tipo de restricción cultural. Sus perspectivas frente a la biomedicina, no difiere en lo absoluto con la perspectiva general de la población adulta mayor de Lloa, quienes tienen una fuerte predisposición y apertura hacia la biomedicina.

Este dato me lleva a cuestionar el postulado teórico del enfoque relacional que dicta que los curadores tradicionales mantienen una fuerte oposición hacia la biomedicina, y que tal oposición se concreta en una serie de acciones contrahegemónicas con la intención de mantener o incrementar el capital económico y social acumulado (Menéndez, 1983). Como se ha visto a lo largo de este subcapítulo, no todos los curadores tradicionales pueden ser considerados Agentes de Salud Tradicional, ni tampoco todos los curadores tradicionales mantienen una oposición hacia la biomedicina. A su vez, podemos decir que el postulado teórico que afirma que “con el establecimiento del capitalismo, emergen diversos modelos médicos, entre ellos el modelo médico subordinado” (Menéndez, 1983, pág. 92), no tiene una validez

universal, ya que existen sociedades donde ni siquiera el concepto de Agentes de Salud Tradicional tiene cabida.

3.3 El modelo médico de autoatención en Lloa

3.3.1 La cosmovisión médica tradicional de la comunidad de Lloa

Para los objetivos de la presente investigación, no constituye una necesidad recopilar y exponer todo el repertorio de remedios, terapias y rituales médicos tradicionales de la comunidad de Lloa⁶. Tal trabajo, supondría un esfuerzo investigativo en un sentido distinto al que se ha realizado. Más que este amplio repertorio, lo que me interesa exponer son las concepciones tradicionales sobre la salud, la enfermedad y la atención, y cómo estas se han modificado al contacto con la biomedicina.

Como se ha visto en el capítulo anterior, en Lloa no existen curadores que puedan ser encasillados en la categoría de “Agentes de Salud Tradicional”, usada comúnmente en la antropología. Si bien, dentro del grupo de personas “que curan”, que de hecho son la mayoría de personas adultas mayores de la comunidad, existen quienes tienen mayor habilidad para curar, y por lo tanto son la opción inmediata para varios enfermos que después de intentarse curar por ellos mismos o por sus familiares más cercanos no lo logran, no existe una marcada diferenciación entre estos curadores con los que simplemente se dedican a curar a sus familiares. A diferencia de lo que pasa en occidente, los conocimientos médicos no constituyen de ninguna manera patrimonio exclusivo de determinados “agentes de salud”, sino por el contrario, casi todos los antiguos habitantes de la zona, son portadores y en determinados casos practicantes de la cosmovisión médica tradicional de su comunidad.

Primeramente, quiero mencionar que dentro del conocimiento médico tradicional de Lloa, se concibe la existencia de dos clases de enfermedades: las enfermedades físicas, y las enfermedades del campo. Las primeras son aquellas cuya etiología es de origen natural, es decir, que son provocadas por ejemplo por una mala alimentación,

⁶ Una descripción general de los saberes médicos tradicionales de la comunidad de Lloa, está plasmado en el capítulo “Medicina popular” del Libro de Luis Alberto Páez “Lloa, el pueblo del volcán”. Entre tanto, un amplio registro de las plantas medicinales utilizadas en la comunidad de Lloa, se encuentra en el documento “Etnobotánica medicinal presente en la parroquia de Lloa de la provincia de Pichincha” de Mayra Iza y Alba Velazco. Estos libros se los puede encontrar en los archivos de la Junta Parroquial de Lloa.

el trabajo excesivo o dañino, o por condiciones ambientales. Para varios autores que han trabajado el tema de la llamada salud popular, este tipo de patologías son llamadas “enfermedades de Dios” (Estrella, 1977) (Rodríguez, 1992) (Páez, 2010), ya que supuestamente estas enfermedades son producidas por Dios, en su capacidad de castigar con un mal corporal a quien haya tenido un mal comportamiento. Sin embargo, en la parroquia de Lloa, ninguna de las personas con las que conversé, mencionó que las enfermedades físicas sean o puedan ser causadas por Dios, ni tampoco recuerdan que sus padres o abuelos hayan creído en tal cuestión. Por esa razón prefiero denominarlas únicamente como “enfermedades físicas”.

De acuerdo a la tradicional cosmovisión médica de Lloa, gran parte de estas enfermedades, así como su tratamiento, son pensadas en términos de la dualidad frío-calor. Existen muchas enfermedades físicas que tienen su origen en el frío, ya sea del clima o de los alimentos consumidos: “uno se enferma cuando se sale de mañana a trabajar y no se sale bien arropado, ahí le coge el frío y se enferma” (Yapo M. , 2012). “Cuando se come comida fría, también le hace mal a la barriga, ahí es unos dolores bien feos” (Cuichán, 2012). “nuestro dolor de los huesos, de las rodillas, es por el frío que hace aquí, no ve que estamos cerquita del Pichincha” (González F. , 2012). Las afecciones pulmonares, procesos osteoarticulares como el reumatismo, dolores tipo cólico en el abdomen, o el “pasma”, son los principales trastornos provocados por el frío. El tratamiento de las enfermedades provocadas por el frío, se hace por acción de su contrario: el calor. Algunas de las “plantas cálidas” consideradas eficaces para solucionar los males ocasionados por el frío, son la ortiga, el eucalipto, el marco, la chilca, la santa maría, la congona, la ruda, el tipo, la manzanilla, la menta, el matico, la canela, la borraja, la malva de olor entre otras. Con una o varias de estas hierbas, y a veces agregando algún elemento extra, la persona elaborará el remedio natural más apropiado.

A su vez, existen algunas enfermedades que tienen su origen en el calor, sobre todo en los males ocasionados por la excesiva exposición al sol. “por el calor también se puede enfermar uno, da calentura, le duele la cabeza, da fiebre” (Yapo M. , 2012). El tratamiento de estas enfermedades se hace utilizando “cosas frescas”. Se atribuye poder fresco a los rayos de la luna, al sereno, al aire, a las frutas y hortalizas, a las hierbas medicinales como la malva, el llantén, el taraxaco, la hoja de zambo, la hoja de mora, el mortiño, entre otras. Vale mencionar que las enfermedades producidas

por el calor se dan de manera muy esporádica en Lloa, debido principalmente a las condiciones climáticas de la zona.

Es importante precisar que, la comunidad de Lloa ha desarrollado un amplio repertorio de remedios y terapias, no solo para enfermedades físicas leves, sino también para anomalías físicas graves como la pulmonía, las infecciones gastrointestinales agudas, la fractura de huesos, o diversas complicaciones en el embarazo o en el parto. En estos casos, la elaboración del remedio requerirá de un mayor número de elementos, no solamente vegetales, sino animales y minerales inclusive. Vale mencionar que existe una gran variedad de formas de remedios, los de uso tópico (cremas, emplastos, cataplasmas, lociones, compresas, ungüentos), los de uso interno (infusiones, jarabes, tinturas, maceraciones.) o también enjuagues, baños de asiento, entre otros.

Por otra parte, el segundo gran grupo de enfermedades constituyen los males conocidos como “enfermedades del campo”, y son aquellas cuya etiología es de origen sobrenatural, es decir que provienen de ciertos aspectos mágicos, míticos y religiosos y que afectan primeramente al espíritu de la persona, para luego si afectar al cuerpo. Las enfermedades del campo pueden ser producidas por espíritus malignos como el “arco blanco”, los “cucos”, o el “duende” pero también por personas “envidiosas, malas, que quieren verle a uno mal, y le hacen la brujería” (Yapo P. , 2013). Sin embargo, si la persona víctima del ataque es “fuerte”, estas enfermedades no hacen efecto, o al menos no le hacen tanto daño. “Si uno es fuerte, firme, así bien parado, no le coge ninguna de las enfermedades del campo (...) pero póngase usted sale con poco ánimo, dejado, moribundo, ahí le coge todo mismo” (González E. , 2012). Las enfermedades del campo más comunes en Lloa, son el mal de arco, el mal aire, el espanto, el mal de ojo y en menor medida la brujería o porquería. De acuerdo a la tradicional cosmovisión médica de la comunidad de Lloa, las enfermedades del campo, no pueden ser solucionadas por la medicina occidental, ya que ésta solo se muestra eficaz para las enfermedades físicas. De tal manera, para las enfermedades de origen sobrenatural se recurre a la sabiduría médica tradicional, de la que son conocedores la gran mayoría de adultos mayores de la comunidad de Lloa.

Una de las nociones más importantes dentro de la cosmovisión médica tradicional de Lloa es la dualidad fuerza-debilidad. Según antiguos moradores de Lloa, la fortaleza

es “no dejarse de nadie” (Yapo P. , 2013), “hablar nomás, decir las cosas, no estar tímido así calladito” (Quinteros E. , 2013), “es ser decidido, firme, no estar lento, sin saber que hacer” (Pillajo S. , 2013). A su vez, la fortaleza es concebida como una cualidad que previene todo tipo de enfermedades, tanto espirituales como físicas. Por ejemplo, de acuerdo a Olimpia Gonzales “una persona que esté fuerte, hasta puede estar con poco ropa en el frio, y no se enferma” (Gonzáles O. , 2013). Mientras tanto, una persona “débil” es considerada un “imán” de enfermedades: “uuu cuando una persona es débil, le coge no más cualquier cosa” (Gonzáles E. , 2012).

Por estas razones, se han desarrollado varias actividades que conducen a “fortalecer” a la persona y con ello prevenir enfermedades. Como se ha indicado previamente, la espiritualidad es el acto que más “hace fuerte” a una persona: “hay que estar siempre rezando, pidiendo a Diosito que no le llegue la enfermedad, diciéndole que le haga fuerte a uno” (Gonzáles E. , 2012). Adicionalmente, la dieta constituye un factor muy importante para “ser fuerte” y prevenir enfermedades. “uno tiene que comer bien, comer granos, coladas, eso le hace duro a uno” (Cachaguay, 2013). Como bien indican las participantes del grupo focal “Antes éramos sanitas. No ve que comíamos bien, pura colada, pura machica, caramba! Teníamos que fuerzas, no ve hasta ahorita somos duras, cargamos no más cualquier cosa, aunque ya estemos viejas” (Yapo P. , 2013).

Como vemos, el saber médico tradicional de Lloa distingue factores naturales y sobrenaturales en el origen de las enfermedades. Estos factores sin embargo, no se presentan en forma aislada o unilateral, entre ellos más bien se establece una mutua correlación. Así como las enfermedades espirituales, conllevan anomalías en el funcionamiento del cuerpo, las enfermedades físicas al debilitar a la persona, y por lo tanto hacerla más susceptible a los malos espíritus o las malas energías, pueden provocar a su vez una enfermedad espiritual. Es por ello que, sobre todo en las enfermedades graves, no se hable de un órgano o parte enferma, sino de todo el ser humano enfermo. “claro, ya cuando tiene una enfermedad fuerte fuerte, ya todo mismo se le va enfermando, le duele todo, se siente mal humorado (...) usted todo se enferma” (Gonzáles E. , 2012).

La enfermedad es concebida como un espiral, que tiene efectivamente un origen, y a partir de allí va arrastrando otros males. Es por ello que, el diagnóstico y tratamiento

de una enfermedad, consista fundamentalmente en determinar y atacar la raíz de la enfermedad. A partir de eso, todos los males secundarios irán desapareciendo. Dentro de la medicina tradicional de Lloa, existen dos métodos de diagnóstico (el diagnóstico con el huevo y el del cuy) que son oportunos, en el caso de que el diagnóstico intuitivo de la persona, y su correspondiente acción terapéutica, no hayan podido contrarrestar la enfermedad. Es a partir del diagnóstico con el cuy o con el huevo, que la persona podrá determinar con exactitud el origen de la enfermedad, y llevar a cabo el tratamiento correspondiente.

Estas serían las nociones básicas que conforman lo que hemos denominado “nosología tradicional de Lloa”. Como vemos, éstas conforman un sistema coherente y bien estructurado que sirve para entender y explicar el fenómeno de la salud y la enfermedad, y a su vez para intervenir en él.

En el anterior capítulo se indicó que, se ha producido un cambio notorio en el acto de acudir hacia determinado curador; cambio que se caracteriza fundamentalmente por un fuerte proceso de desplazamiento de los curadores extrafamiliares, en favor sobre todo de los médicos occidentales. En el próximo apartado más bien me enfocaré en el cambio de los saberes y las prácticas médicas, que se ejercen antes de acudir a un curador especializado, es decir en los cambios dentro del modelo de autoatención. Esto a su vez, dará más pistas para entender el porqué del desplazamiento de los curadores extrafamiliares.

3. 3. 2 Los cambios en el modelo de autoatención

Recordemos que, según Menéndez la autoatención constituye:

Las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención (Menéndez, 1983, pág. 198).

Sin embargo, como se ha visto, en la comunidad de Lloa no existen “curadores profesionales” tradicionales a la manera que entiende Menéndez. Es decir, no existen personas que por el hecho de curar, ya sea a sus familiares o no, acumulen un capital

económico o social considerable que les permite desarrollar una identidad diferenciada del resto.

En todo caso, considero que es metodológicamente útil, continuar concibiendo al modelo de autoatención, como un modelo médico que se limita al ámbito familiar, es decir donde el diagnóstico y el tratamiento de una enfermedad se lo ejerce por miembros de la estructura familiar próxima (Menéndez, 1983). Con ello, se excluiría del modelo de atención el acto de acudir a un curador que no pertenezca al núcleo familiar del enfermo, ya sean estos médicos occidentales, curadores extra familiares, entre otros.

Por otra parte, me parece adecuado realizar el análisis de los cambios del modelo de autoatención, en dos niveles: por un lado, analizar los cambios dentro del discurso sobre la salud y la enfermedad, y por otro, analizar los cambios en las prácticas médicas de autoatención.

3.3.2.1 Cambios dentro del discurso sobre la salud y la enfermedad

El primer dato relevante que quiero describir y analizar consiste en el debilitamiento de la creencia en la dualidad frío-caliente como modelo explicativo de gran parte de las enfermedades físicas, particularmente dentro de la población joven de Lloa. A partir de las entrevistas realizadas a jóvenes, he podido constatar que el frío si es considerado como una posible causa de las enfermedades respiratorias y de dolores de las articulaciones y de los huesos, sin embargo no lo conciben como una posible causa de las enfermedades estomacales. Esto contrasta con la creencia de sus padres y abuelos quienes...

Viven diciendo que comamos caliente la comida, que ya se enfría y que allí nos ha de dar algo (malestar o enfermedad estomacal), que apure, que comemos rápido. Y no pues, a mi supóngase me gusta comer despacio, y tampoco me gusta la comida muy caliente. No, yo dejo un rato que medio se enfríe y como. Y nunca me ha pasado nada (Aguirre, 2012).

En Lloa, una de las características tradicionales a la hora de comer, ya sea en el desayuno, el almuerzo o la merienda, es que uno de los platos o bebidas esté caliente, y que deba ser consumido a esa temperatura, no solamente porque supuestamente a esa temperatura la comida tenga un mejor sabor, sino también para prevenir enfermedades gastrointestinales. Raúl Cachaguay, adulto de 55 años, explica que

“cuando uno come todo frio, póngase la sopa se la come fría, después usted sale a trabajar y que feo que es, en la barriga le da un frio fuerte, no puede agacharse no más (...) es que ahí el estómago se le encoje” (Cachaguay, 2013). Valga la pena aclarar que, no menciono que los jóvenes no consuman, por decir, la sopa o el café caliente, sino que este consumo ya no se lo hace con la misma carga simbólica tradicional, es decir como un acto para prevenir malestares estomacales y mantenerse sanos.

Así mismo, en la población joven existe un fuerte escepticismo sobre la lógica de contrarrestar una enfermedad a partir de un elemento de cualidad contraria (frio o cálido). Si bien, consideran que efectivamente determinada planta o medicamento puede ayudar a curar tal enfermedad, no atribuyen su eficacia precisamente a la lógica de los contrarios, sino más bien a las particulares propiedades curativas de la planta. “Las plantas curan, pero porque son buenas por decir para el estómago o la cabeza, no porque sean calientes y le curan a la enfermedad que disque es fría y así” (Flores, 2012). “Las pastillas tienen algo que curan, o sea tienen una propiedad que dicen, una propiedad que cura” (Aguirre, 2012). Todos los jóvenes entrevistados indicaron no saber cómo curan o por qué curan las pastillas o las plantas medicinales, simplemente saben que curan.

Por su parte los adultos y adultos mayores, si bien continúan pensando a gran parte de los trastornos físicos y su respectivo tratamiento tradicional desde la lógica de los contrarios (frio-caliente), los recursos terapéuticos biomédicos carecen una teoría explicativa sólida. Es notable el contraste entre el rico y amplio discurso sobre las plantas medicinales y en general sobre cualquier tratamiento tradicional, con el pobre y muy poco construido discurso sobre los medicamentos farmacéuticos, sobre los que en general se desconoce el por qué de su eficacia, su funcionamiento y sus características. Es importante darse cuenta que, a diferencia de otras comunidades donde varios medicamentos farmacéuticos son incorporados a las lógicas locales (Harari, 1982) (Estrella, 1977) (Fernández Juárez, 1999), denotando así el esfuerzo por comprender y explicar el funcionamiento de los medicamentos, en Lloa no habido ningún intento en este sentido. Como se indicará más adelante, tampoco existen procesos de cuestionamiento, incorporación y re-construcción de los conocimientos científicos que sustentan la utilización de medicamentos.

Por otra parte, la “fuerza” o la “debilidad” como nociones básicas para explicar y prevenir la enfermedad dentro de la nosología tradicional de Lloa, ya no constituyen nociones válidas para los jóvenes entrevistados: “Antes te decían que cuando uno es débil, ahí se enferma, o que cuando uno está triste o así decaído, ahí te coge el cerro o el arco blanco, cualquier cosa. Pero yo como no creo en esas cosas, no me pasa nada” (Navas, 2012); “Cuando uno se enferma por decir uno come una hamburguesa que ha estado dañada, uno se enferma pues. No porque uno va a estar fuerte no se va a enfermar” (Aguirre, 2012). Esto ha conducido a que, varios alimentos que son consumidos, sobre todo por los adultos mayores, por su cualidad de “dar fuerzas”, como las coladas con machica, o el chocolate con huevo y nuez, sean dejados de lado por gran parte de la población joven, y que quienes si lo consumen, no lo hagan con la noción de que tal consumo les ayuda a ser fuertes y con eso prevenir enfermedades. Por su parte, en el discurso de la población adulta y adulta mayor, todavía está fuertemente aferrada la creencia de la dualidad fortaleza-debilidad como categorías explicativas y de prevención de todo tipo de enfermedades; sin embargo, se verá en detalle más adelante, este discurso está cayendo en desuso, ya que en las prácticas médicas actuales (donde predomina el uso de medicamentos farmacéuticos y demás terapias biomédicas) se está prescindiendo justamente de la dualidad fortaleza-debilidad, y en general de los saberes médicos tradicionales.

Entre tanto, de acuerdo a las entrevistas y conversaciones que he realizado con jóvenes de Lloa, se puede afirmar que para ellos, la enfermedad es concebida casi exclusivamente como una anomalía física, producto a su vez de factores netamente físicos. “Una enfermedad te da cuando por ejemplo una come una cosa que está dañada”; “una se enferma cuando te cae una lluvia y te quedas mojada. Ahí te da un resfrió o tos, algo”. Factores que no sean físicos como el stress, la ira, o la depresión no son concebidas como posibles causas de enfermedades. “si he escuchado que una se enferma de stress, o que de tanto estar llorando suponte te da algo, pero a mí nunca me ha pasado nada de eso, mmm, por eso yo no creo” (Navas, 2012). Por esta razón que, por parte de la población joven, existe un fuerte escepticismo hacia las enfermedades del campo. Muchos jóvenes confiesan abiertamente no creer “en esas enfermedades”, y repetidamente indican que “al que no cree no le coge nada de eso” (Flores, 2012). Sin embargo, he constatado que a pesar de que muchos jóvenes

dicen no creer en las enfermedades de origen sobre natural, en los casos en que ellos no encuentren solución a sus dolencias a través de la medicina occidental, recurren a sus abuelos para que les diagnostique a través del cuy o del huevo, qué enfermedad del campo les asecha. Esta diferencia entre lo que los jóvenes “dicen” y lo que en realidad “hacen”, nos sugiere que más que un reemplazo total de la nosología tradicional por ciertas concepciones biomédicas, hay una tendencia a subordinar los saberes y prácticas tradicionales, y a hegemonizar las concepciones biomédicas.

He notado también que en los jóvenes, a diferencia de los adultos y adultos mayores, existe muy poco interés por la prevención de enfermedades. Ninguno de los jóvenes entrevistados mencionó hacer determinada acción, con el fin de preservar la salud y prevenir enfermedades. A pesar de que varios de ellos hagan deporte frecuentemente, o coman saludablemente, no lo hacen con la finalidad de prevenir enfermedades, sino más bien para “verse mejor” o “estar más delgada”. Seguramente, el hecho de que en general los jóvenes gocen de una mejor salud que los adultos y adultos mayores, da paso a que no haya la necesidad de poner mucho énfasis en la prevención de enfermedades y, en general, en conocer acerca de la temática de la salud y la enfermedad. Sin embargo, creo que, también una de las razones de esta indiferencia, está dada por el imaginario de que “cuando me enferme, ahí me curaré” (Aguirre, 2012), es decir por el énfasis puesto en la curación como tal, en detrimento de la prevención.

Por último quisiera mencionar que, en general, los jóvenes muestran una fuerte indiferencia hacia la temática de la salud y la enfermedad. Por ejemplo, ninguno de los jóvenes con quienes he conversado o entrevistado, mencionó haber consultado o investigado, ya sea a través de fuentes del conocimiento médico tradicional u occidental, acerca de la temática de la salud y la enfermedad. De acuerdo a los mismos jóvenes “para que voy a estar averiguando que es que la pastilla o la planta tiene; con tal que cure” (Flores, 2012). Como dice una joven lloana “yo no necesito saber cómo curarme, porque para eso están los doctores ¿no?” (Navas, 2012). Los adultos y adultos mayores por su parte, muestran indiferencia por el conocimiento biomédico. Según una de las doctoras del subcentro de salud de Lloa “No, los pacientes no preguntan póngase `¿Qué he tenido doctor?´ O por decir `¿Cómo me puedo curar? Explíqueme´. Uno tiene que decirle `vea señor, usted tiene esto, y se debe a que ha de haber estado comiendo tal cosa´ y así” (Morales, 2012).

Como se puede ver, existen varias diferencias entre el discurso de los jóvenes con el de los adultos y adultos mayores en torno a la temática de la salud y la enfermedad. Los adultos y adultos mayores, continúan entendiendo gran parte del fenómeno de la salud y la enfermedad desde la cosmovisión médica tradicional, sin embargo, en su discurso no existen categorías claras y bien construidas para explicar las nuevas terapias biomédicas, terapias que, como se verá en el siguiente capítulo, van ganando espacio dentro de las prácticas médicas. Por su parte, en el discurso de los jóvenes, predominan varias de las nociones ideológicas características de la biomedicina, como la concepción de la enfermedad como una anomalía netamente física producto a su vez de una causa física, el menosprecio a las causales no-físicas de la enfermedad y el poco interés en la prevención de enfermedades. Sin embargo, estas nociones no conforman precisamente una nosología médica, es decir un sistema coherente y bien elaborado para entender la salud y la enfermedad, son más bien nociones poco cuestionadas y profundizadas, que permiten tener una idea muy básica y general sobre la problemática de la salud.

Este proceso de integración de saberes, propio de la autoatención, no se podría definir precisamente como “criollismo cultural”, ya que como vemos no existe una mezcla de los conocimientos médicos tradicionales, con los conocimientos médicos occidentales, ya que estos últimos conocimientos se los desconoce casi por completo. Es más bien un proceso que se caracteriza por desplazar los conocimientos médicos tradicionales sin que haya nuevos conocimientos (ya sean biomédicos o de otra fuente) que los reemplacen, lo cual ha producido vacíos conceptuales o teóricos que no permiten comprender y explicar varias particularidades de la temática de la salud y la enfermedad, sobre todo las temáticas asociadas a las prácticas biomédicas.

Sin embargo, al igual que el criollismo cultural, este proceso de integración de saberes, permite a la biomedicina establecerse como el modelo médico hegemónico, ya que si bien no se ha dado una incorporación de los conocimientos médicos científicos, si ha existido una incorporación de varios de los principios ideológicos que guían a la biomedicina en su afán de establecerse en el modelo médico hegemónico.

Esta incorporación a-crítica e infundada de varios principios ideológicos de la biomedicina dentro de los imaginarios de los pacientes, constituye un hecho de colonialidad, que favorece además a la reproducción de las relaciones de poder impuestas por el modelo médico hegemónico, por lo cual no solo que estos principios ideológicos biomédicos van ganando terreno dentro de los imaginarios de los pacientes, sino que también los saberes médicos tradicionales, se van volviendo cada vez más marginales y secundarios, dentro de los imaginario de los pacientes. Este hecho colonial contribuye por lo tanto a la subordinación de los saberes médicos tradicionales, dentro del modelo de autoatención.

3.3.2.2 Cambios en las prácticas de autoatención

Remedios naturales y medicamentos farmacéuticos

En primer lugar es importante mencionar que, la gran mayoría de personas consultadas, sean jóvenes o adultos, indicaron que al momento que aparece una enfermedad o sienten algún mal en su cuerpo, lo primero que hacen es intentar curarse por ellos mismos, o en todo caso, dentro de su núcleo familiar: “claro, yo antes de ir al médico, veo si me pasa el dolor tomando alguna agüita o algo” (González F. , 2012); “yo voy al médico cuando el dolor mismo sigue, sino antes de eso yo mismo me curo, o mi hermana que es buena para eso” (Yapo M. , 2012). Esto confirmaría lo que la antropología médica ha venido diciendo desde hace más de 30 años: que la autoatención, en toda sociedad, constituye el real primer nivel de atención a los padecimientos (Menéndez, 1983) (Kleinman , 1980).

Ante un dolor leve o molestia aparentemente pasajera, los adultos y adultos mayores indicaron que suelen utilizar los remedios caseros o alguna terapia proveniente del saber médico tradicional de Lloa. Sin embargo, si a pesar de ello el dolor continúa, la gran mayoría de personas no persiste en el intento de curarse a través de los saberes tradicionales, sino que utiliza directamente un medicamento químico: “yo cuando me duele poquito, póngase un dolor de barriga así no más, me tomo una agüita de orégano o de las pepas de anís, pero si ya me sigue doliendo y es más fuerte, ya mejor me tomo directo una pastilla” (Puetate, 2012).

En algunos casos, los adultos y adultos mayores continúan utilizando los remedios caseros en conjunto con las pastillas. Es muy común por ejemplo, que el tratamiento

ante un resfriado leve, consista en tomar medicamentos como el paracetamol y remedios caseros como la infusión de flor de tipo y la limonada caliente con un poco de alcohol. Sin embargo, he notado que, en todos estos casos, los remedios caseros son concebidos como un “apoyo” al trabajo de las pastillas:

Hace tiempos, me cogió la hepatitis. El doctor me mandó unas pastillas buenas, buenísimas esas pastillas, me calmaban nomás. Pero también me tomaba una infusión de chuquirahua, si me ayudaba también, aunque a veces me olvidaba de tomar, jaja, pero buena era también. De la que si no me olvidaba era de las pastillas, eso sí que no” (Cunbajín, 2012).

Como vemos, en general, existe una preferencia hacia la utilización de pastillas. De acuerdo a estas mismas personas, hay dos razones principales por la que prefieren los medicamentos químicos, la primera es que “las pastillas si son más efectivas que los remedios, curan de una” (González F. , 2012) y la segunda es que “para los remedios caseros se necesitan hartas hierbas, y algunas (de esas hierbas) ya ni hay, o hay pero lejos lejos (...) entonces que, mejor más rápido uno se toma una pastillita” (Cangás, 2012).

Efectivamente, para la elaboración de los remedios tradicionales adecuados para enfrentar las enfermedades físicas graves, se necesitan por lo general muchas plantas (existe por ejemplo una pomada para el intenso dolor de las articulaciones de 16 diferentes plantas). Como consecuencia de la intensa deforestación que ha sufrido la parroquia de Lloa, en el afán de consolidar suelos aptos para la ganadería (Páez, 2010), varias hierbas medicinales, sobre todo las utilizadas para enfrentar las enfermedades graves, han desaparecido de la zona, y algunas otras están en peligro de desaparecer (Iza & Velasco, 2010). Si bien, en las huertas de las casas o en los terrenos de la mayoría de lloanos, particularmente de adultos y adultos mayores, a más de sembrar productos agrícolas, se siembran algunas plantas medicinales, estas son en su gran mayoría, plantas que se utilizan para enfermedades físicas leves, como la manzanilla, el orégano, el cedrón o la menta. Por ello que, casi exclusivamente sean en los casos de malestar o enfermedad leve, que se utilicen los remedios tradicionales, o la combinación de estos con los medicamentos farmacéuticos. En casos de mayor dolor o gravedad de la enfermedad, se utilizan exclusivamente medicamentos.

Los jóvenes, por su parte, mencionaron que, en todos los casos, así sea ante un dolor leve, la primera opción son los medicamentos farmacéuticos: “Yo si prefiero de una tomarme una buena pastilla para cualquier dolor. Sino más lo que toca estar buscando las plantas, haciendo, y hasta saben feo algunas” (Analuisa, 2012). Según los jóvenes entrevistados, la única ocasión en la que hacen uso de los remedios tradicionales, es cuando se ven imposibilitados a conseguir medicamentos farmacéuticos: “Claro, en el caso de que, póngase, la farmacia esté cerrada y no haya donde comprar las pastillas, ahí si toca mismo tomar algún agua ¿no?” (Navas, 2012). “Ayer en la tarde a mi niño le empezó a dar fiebre, ya no pude venir acá (al sub centro de salud), ya había estado cerrado. Entonces ahí machaqué un poco de verbena, y el zumo (de la verbena) con un pañuelo le puse en la cabeza, eso saben decir que hace bien” (Flores, 2012).

Como vemos, tanto en la población joven, como adulta y adulta mayor, existe una tendencia a subordinar los remedios caseros tradicionales, frente a los medicamentos farmacéuticos. Si bien, en la población joven la subordinación de los remedios tradicionales es más marcada, ya que se los utiliza única y exclusivamente cuando “no hay de otra”, en la población adulta y adulta mayor también existen indicios de subordinación de los mismos ya que se los está destinando casi exclusivamente para molestias o enfermedades leves, menospreciando así el conocimiento y la utilización de los remedios naturales en los casos de mayor gravedad.

A pesar de que los adultos y adultos mayores, tengan un extenso y profundo conocimiento de las plantas medicinales, este conocimiento está siendo relegado a ámbitos cada vez más reducidos, marginales o secundarios. Si bien, a nivel de los discursos, particularmente de los adultos y adultos mayores, predominan todavía los imaginarios médicos tradicionales, las actuales prácticas médicas de autoatención prescinden en gran medida de este conocimiento.

La utilización de medicamentos.

Como primer dato quisiera mencionar que, en general, tanto jóvenes como adultos, no conocen sobre los diferentes tipos de medicamentos existentes (antibióticos, analgésicos, antiinflamatorios, etc) ni cuál es la particularidad y finalidad de cada uno de ellos. Así mismo, no existe una concientización acerca de los riesgos que puede conllevar la automedicación irresponsable, como son los efectos secundarios o

la resistencia bacteriana. Las pocas personas que indicaron conocer acerca de los efectos secundarios, mencionaron que “no son importantes” o que “es preferible algún malestar secundario (refiriéndose al efecto secundario) que estar con la enfermedad” (Aguirre, 2012). Entre tanto, ninguna de las personas entrevistadas mencionó conocer acerca de la resistencia bacteriana.

A pesar de este desconocimiento, la gran mayoría de personas consultadas, afirmaron conocer los medicamentos indicados para una gran variedad de molestias o enfermedades leves, como pueden ser: dolores de cabeza, mareos, fiebre, dolores estomacales, diarreas, estreñimiento, gripe, tos, entre otros. Aunque no fue un tema tratado a profundidad, he podido constatar (desde un punto de vista médico-científico) que muchas de estas recetas conllevan varios riesgos para la salud.

Como producto del deseo de superar el malestar o la enfermedad lo más rápido posible, muchas personas recurren a tratamientos agresivos, que pueden conllevar efectos secundarios peligrosos: “yo si no se estar aguantando gripe, estar con que mal estar, sin poder trabajar ni nada. Por eso mejor yo me se ir a la farmacia a que me inyecten rápido rápido ya el otro día ya amanezco buena” (Anago, 2012); “Cuando me duele la cabeza, a veces me sabe doler duro vera, no se poder ni estar caminando bonito. Yo ahí me tomo unas dos aspirinas, y unas finalines (...) me tomo dos aspirinas de una, espero una media horita y me tomo una finalín, si me sigue doliendo, después de un rato, me tomo otras aspirinas” (Pillajo G. , 2012). “Cuando me coge el mes, yo se tomarme aspirinas (...) unas dos cada 3 horas, o cada vez que me duela mejor. Eso me hace bien, porque si no estar sin poder hacer nada todos esos días, no uuu. Peor ahorita que empecé clases, ni cómo” (Navas, 2012). Como vemos, en varios casos, también son las aceleradas formas de vida vinculadas a la ciudad, las que exigen a las personas a “no perder tiempo” en largos tratamientos terapéuticos, y optar más bien por el tratamiento más rápido, a pesar de ser muchas veces más agresivo y peligroso.

He podido constatar también que, las “recetas” que las personas de Lloa usan para curar determinados malestares, no son precisamente las recetas que la doctora o el boticario originalmente les sugirió. Es la comprobación en sus propios cuerpos, el fundamento que legitima o no una receta. Me permito transcribir una parte de la entrevista realizada a María Calderón para evidenciar tal cuestión:

- Vadim Guerrero (VG): Quien le sugirió utilizar estos medicamentos que me dice?
- María Calderón (MC): No pues, es que yo misma ya fui viendo que me hacía mejor tomarme las aspirinas y no las finalines entonces por eso fue...
- VG: O sea a usted ¿le dijeron primero que se tome finalin cuando le esté doliendo la cabeza?
- MC: Si, la doctora me dijo. Pero no me hacía nada. Medio medio me dejaban de doler. De ahí un señor de aquí que también le cogía unos dolores fuertes de cabeza me dijo que me tome las aspirinas mejor, que esas si hacen bien. Y desde ahí empecé a tomar las aspirinas.
- VG: Y ¿el señor le dijo como tomar, cuantas pastillas tomar, cada cuanto y todo eso?
- MC: Los de la farmacia me dijeron. Pero igual yo ya empecé a ver que mejor me hacía tomar dos cada 6 horas.
- VG: ¿Siempre usted se toma de esa manera?
- MC: O sea depende de cómo me duela pues. Si ya me sigue doliendo me toma más rápido.
- VG: Igual, si ya no le duele, deja de tomar entonces?
- MC: Si, ajá.
- VG: Pero si supóngase el médico le dice tómese por 5 días estos medicamentos, ¿usted los hace?
- MC: A veces sí. Bueno, aunque, es que ya cuando deja de doler uno ya hasta se olvida de tomar ¿no?
- VG: Entonces ¿usted mismo es quien, digamos, va diseñando la receta no?
- MC: Claro, es que uno mismo va viendo que pastilla le hace más bien, cual le cura más rápido y así se va dando cuenta cual mismo tiene que comprar.

(Calderón, 2012)

Como vemos, fruto del pragmatismo que predomina actualmente en el modelo de autoatención, existen prácticas médicas muy peligrosas, como tomar más pastillas de las recomendadas y en lapsos de tiempo arbitrarios, que están en función únicamente de la manifestación de dolor o la molestia corporal. Así mismo, he visto casos en que por ejemplo, los padres o madres de familia dan una parte o la mitad de la pastilla (de adulto) a un niño con molestias parecidas a las que el adulto logró contrarrestar con dicho medicamento.

El hecho de no seguir al pie de la letra las recomendaciones de los médicos o boticarios, y más bien ir construyendo sus propias “recetas”, a partir de la experimentación con sus propios cuerpos, aparentemente puede dar cuenta de una manifestación de insubordinación, sin embargo, al ser una construcción casi exclusivamente empírica, que carece de un sustento de conocimientos teóricos, ideológicos, o simbólicos, y que no tiene como finalidad cuestionar la hegemonía de la biomedicina ni abogar por modelo médicos diversos, no se puede categorizarlo

como una acción contrahegemónica propiamente dicha. Justamente es en este sentido, que Ivan Illich concibe a la automedicación como “la última oportunidad de afirmar dominio sobre sí mismo, no dejar que otros interfieran en el propio cuerpo” (Illich, 1984, pág. 58). Sin embargo creo que este dominio de sí mismo, debe darse de una manera consiente, crítica, y constructiva, y no como una medida desesperada de contrarrestar la alienación a la que nos somete la sociedad moderna. Más adelante se profundizará en esta cuestión.

Como vemos entonces, a pesar de que los medicamentos farmacéuticos estén siendo cada vez más utilizados dentro del modelo de autoatención, su uso carece de conocimientos científicos básicos que lo sustenten. La incorporación de los medicamentos, y de la biomedicina en general, lastimosamente no ha venido acompañada de conocimientos científicos que la sustentan, y más bien ha traído o ha reforzado ciertos imaginarios acordes al modelo médico hegemónico, como son: la concepción de salud y la enfermedad como cuestiones netamente físicas, la mayor importancia dada a la curación y no a la prevención, la idolatría hacia el medicamento farmacéutico y el desplazamiento de los remedios tradicionales. Esto constituye un claro ejemplo de colonialidad de la biomedicina dentro del modelo médico de autoatención, el cual favorece a la naturalización de la hegemonía de la biomedicina y a su vez la perpetuación de la subordinación de la medicina tradicional.

El diagnóstico con cuy o huevo, y sus respectivos tratamientos tradicionales

Según los antiguos moradores entrevistados “antes, si ya a una le seguía doliendo y doliendo, cogía rápido un huevo, o si no un cuy, para ver que es qué mismo estaba” (Pillajo S. , 2013). El historiador Mario Sotomayor agrega al respecto “Antiguamente, para cualquier malestar que persistía, o sea que no le pasaba tomándose un agüita sencilla, directo uno cogía un huevo para ver que se estaba, de ahí si ya sabía y ya se ponía a preparar algún remedio bueno” (Sotomayor, 2012). Como vemos, el diagnóstico del huevo o cuy se lo realizaba tradicionalmente dentro del ámbito familiar, y de manera frecuente, ya que era el requisito necesario antes de ejercer algún tratamiento tradicional más complejo.

Se ha constatado que, en la actualidad, tanto en jóvenes como en adultos, el diagnóstico del huevo o del cuy, y su correspondiente tratamiento tradicional, se lo

realiza sobre todo en las ocasiones en que el paciente, luego de agotar todas las opciones posibles de la medicina occidental, no encuentra solución a sus dolencias. Generalmente, antes de realizarse el diagnóstico del huevo o del cuy, el paciente recurre no solo a la automedicación con fármacos, sino también a la asistencia biomédica como tal. El extracto de una parte de la entrevista realizada a Piedad Yapó refleja de buena manera el “camino del enfermo” seguido por la mayoría de habitantes de Lloa:

- Piedad Yapó (PY): A mí me empezó a dolor por aquí, arribita del estómago. Me tomé unas agüitas, me compré unas aspirinas también pero nada ver. Entonces me fui donde un médico acá en el pintado. Él siempre me ha curado de todo mismo, pero esta vez más lo que me mandó a hacerme exámenes, me compré cuantas pastillas, cuantas cosas que me hacía, pero nada. Me seguía y me seguía doliendo. Fui a parar donde otro doctor, que mi hermana me dijo que era bueno que ni sé qué, pero tampoco me hizo bien.
- Vadim Guerrero (VG): Que le diagnosticaban los doctores?
- (PV): Al principio me decían que era gastritis luego que tal vez sea una ulcero, algo así, pero no le daban. Al final el doctor mismo me dijo “vea vaya a hacerse curar por allí mejor”. Ellos mismos mandan a curar (donde los curadores tradicionales) ver. Entonces allí vine y mi marido me hizo de ver con el cuy que mismo tenía. y allí salió pues ese velo blanco en el cuy, y eso es cuando coge el arco. Nos fuimos rápido donde una señora de aquí a que me cure. Ella fue pues la que me curó. No ve que no ha sido enfermedad de doctor

(Yapó P. , 2013).

Sin embargo, vale puntualizar que actualmente, el diagnóstico del cuy o del huevo, y sus respectivos tratamientos tradicionales, se los realiza esporádicamente, solamente en los casos en que la medicina occidental no logró ser capaz de solucionar sus dolencias, casos que al parecer son pocos. Es interesante que todas las personas entrevistadas mencionaran que ahora las enfermedades del campo ya no son frecuentes: “ya esas enfermedades ya no se ven, antes no más era que uno se enfermaba del mal de arco o del espanto, ahora ya no se enferman de eso” (Quinteros E. , 2013).

Entre tanto, en los pocos casos en que el paciente “regresa” a la medicina tradicional, usualmente es un curador extrafamiliar de la comunidad de Lloa o un médico tradicional de Quito las opciones asistenciales frecuentadas. Los familiares del enfermo, ya no serán quienes se encarguen de realizar el diagnóstico a través del cuy o del huevo, y sus respectivos tratamientos, sino los curadores tradicionales,

especialmente los curadores tradicionales externos a la comunidad de Lloa. Es decir que, el diagnóstico del cuy o del huevo, y los tratamientos tradicionales complejos, ya no forman parte del modelo de autoatención.

Por otra parte, vale mencionar que en la actualidad, el diagnóstico del huevo o del cuy se lo realice fundamentalmente para determinar que “enfermedad del campo” se tiene, y ya no para determinar que enfermedad física se tiene, porque “para eso está el médico” (Navas, 2012). Esto muestra que, la potencialidad de diagnosticar enfermedades físicas a través del huevo o del cuy, se la está desconociendo. De allí la creencia generalizada en los jóvenes, de que el diagnóstico con huevo o con cuy se lo hace “solamente para saber que enfermedad espiritual se tiene” (Quinteros J. , 2012).

Como vemos, dentro de las prácticas médicas de autoatención, existe por un lado un intenso proceso de reemplazo de las prácticas médicas tradicionales por las prácticas biomédicas (particularmente la utilización de medicamentos farmacéuticos). Pero también, varias de las prácticas tradicionales de autoatención, como el diagnóstico con huevo o cuy y sus respectivos tratamientos complejos, están dejando de ser ejercidas dentro del núcleo familiar, siendo reemplazadas por el ejercicio de los médicos tradicionales, especialmente por curadores tradicionales externos a la comunidad de Lloa. En este sentido, se puede hablar de un empobrecimiento de las prácticas médicas tradicionales de autoatención. A su vez, las prácticas tradicionales de autoatención están siendo ejercidas en ámbitos cada vez más reducidos, marginales o secundarios. De hecho, casi exclusivamente en los casos de una molestia o enfermedad leve. En su reemplazo, está la utilización de medicamentos, la cual a pesar de carecer de un sustento teórico consistente por parte de sus usuarios, gana cada vez más terreno en el ámbito de las prácticas de autoatención.

Tanto a nivel de las prácticas como de los saberes médicos de autoatención, existe un proceso de colonialidad de la biomedicina, ya que son los principios ideológicos de la misma, los que guían y organizan el modelo médico de autoatención. Es decir que, es a partir de las creencias biomédicas predominantes en los imaginarios de los pacientes de Lloa, como son la noción de la enfermedad como un hecho netamente físico, el hecho de poner énfasis en la curación como tal, y el excesivo pragmatismo en la automedicación ausente de conocimientos médicos, entre otros, que los

pacientes optan por determinada instancia asistencial. De allí que, tanto las prácticas médicas tradicionales de autoatención así como el hecho de acudir a los curadores extra familiares de Lloa, sean actualmente un recurso terapéutico secundario, y en muchos casos marginal. Todo ese amplio conjunto de conocimientos y prácticas tradicionales, está siendo desplazado por los mismos pacientes de Lloa, en favor de la utilización pragmática de la biomedicina. Si bien, el proceso que está siguiendo el modelo de autoatención de Lloa no puede categorizarse precisamente como de “criollismo cultural” (Pavis, 2000) es indudable que este proceso es parte de la colonialidad de la biomedicina y, a nivel más amplio, de la sociedad capitalista, y por ende contribuye a que la biomedicina se establezca como modelo hegemónico, mientras que los “otros” sistemas médicos, en especial la medicina tradicional lloana esté cada vez más ausente, y se subordine a las condiciones que impone la hegemonía de la biomedicina.

CONCLUSIONES

En primer lugar, vale la pena acotar que varios de los postulados teóricos del enfoque relacional en torno al modelo médico subordinado no coinciden con los datos recabados en el trabajo de campo. Por una parte, la medicina tradicional de Lloa, carece de lo que gran parte de la antropología médica, y en especial el enfoque relacional denomina “agentes de salud tradicional”, es decir personas que por su función de curar, acumulan un capital social que les permite la emergencia de una identidad particular que los distingue del resto. En Lloa, la gran mayoría de adultos mayores, conocen ampliamente los tratamientos tradicionales para curar una gran variedad de enfermedades, y podrían poner en práctica tales conocimientos en cualquier momento (de hecho, antes así lo hacían); en ese sentido, podríamos decir que la gran mayoría de adultos mayores son curadores tradicionales. A pesar de que entre estos curadores, existen a su vez personas que tienen una mayor habilidad en el arte de curar, y que por lo tanto son frecuentadas en las ocasiones en que el enfermo no pudo recobrar su salud a través de los tratamientos del curador familiar, la función de estos habilidosos curadores no conlleva precisamente una acumulación de capital social o económico que a su vez permita la emergencia de una identidad propia que los diferencia del resto de curadores. De esta manera, ni siquiera los curadores más hábiles, a quienes hemos llamado “curadores extra familiares”, se enmarcan dentro de la categoría de “agentes de salud tradicional” que el enfoque relacional propone.

Por otra parte, se ha visto que, a pesar de que la instauración de la biomedicina ha conllevado un debilitamiento de las funciones y de los conocimientos de los curadores tradicionales de Lloa, no existe oposición por parte de éstos hacia la biomedicina, al menos no una oposición que tenga como finalidad mantener o incrementar el capital económico y social acumulado, ya que éste, como se ha constatado, es mínimo. Por esta razón, no existen tampoco acciones contra-hegemónicas por parte de los curadores tradicionales de Lloa hacia la biomedicina. De tal manera, el postulado teórico que afirma que “con el establecimiento del capitalismo, emergen diversos modelos médicos, entre ellos el modelo médico subordinado” (Menéndez, 1983, pág. 92), no tiene una validez universal, ya que existen sociedades donde ni siquiera el concepto de agentes de salud tradicional tiene cabida. Por tales razones, es pertinente puntualizar que, no todos los curadores

tradicionales pueden ser considerados agentes de salud tradicional, ni tampoco todos los curadores tradicionales mantienen una oposición hacia la biomedicina.

Entre tanto, en los capítulos anteriores se ha visto que, desde el apareamiento de la biomedicina como instancia asistencial para la comunidad de Lloa, se han construido un conjunto de mecanismos que promueven la instauración de la biomedicina como modelo médico hegemónico. Estos mecanismos son ejercidos a través de todo un aparataje institucional de amplias dimensiones, donde participan principalmente el subcentro de salud, las instituciones educativas, la junta parroquial, y hasta el gobierno, a través de determinados decretos y políticas públicas. Todas estas instituciones, en mayor o menor medida ejercen acciones, muchas veces discretas e implícitas, que favorece a la naturalización de imaginarios y representaciones acerca de la salud, la enfermedad y la atención, coherentes con los intereses de la biomedicina.

Por su parte, más que un ataque explícito hacia la medicina tradicional lloana, lo que ha existido por parte de las instituciones mencionadas, es un constante proceso de indiferencia hacia la misma. Muy probablemente sean las particulares características de la medicina tradicional lloana, muchas de las cuales no se acoplan al modelo “ideal” de “medicina ancestral” que nuestra sociedad con morbo folckórico desea, las razones por las que estas instituciones la han ignorado, o en el mejor de los casos, menospreciado.

Sin embargo, más allá de las intenciones y acciones que estos mecanismos puedan tener, la legitimación de la biomedicina como modelo médico hegemónico depende, en gran medida, del impacto y la respuesta que los conjuntos sociales muestren frente a dichos mecanismos; respuestas que se ha podido develar y analizar dentro del modelo médico de autoatención, ya que es en este modelo donde precisamente se incorporan, construyen y reconstruyen una serie de significados en torno al fenómeno de la salud, la enfermedad y la atención. Adicionalmente, en el caso de Lloa, el modelo de autoatención ha sido históricamente, el ámbito donde en su gran mayoría se ha construido y practicado la medicina tradicional lloana.

El modelo de autoatención ha sufrido drásticos cambios a partir del contacto con la biomedicina. Por un lado, a pesar de que, sobre todo la población adulta y adulta mayor, posee un amplio y profundo conocimiento de la medicina tradicional lloana,

este conocimiento está siendo relegado a ámbitos cada vez más reducidos, marginales y secundarios. De allí que, actualmente los remedios caseros estén siendo utilizados exclusivamente para molestias y enfermedades leves, y ya no, para enfermedades de mayor gravedad, a pesar de existir el conocimiento para aquello. Además, muchas de las prácticas médicas tradicionales más complejas, como el diagnóstico con el cuy o con el huevo, y su correspondiente tratamiento tradicional, están dejando de ser ejercidas dentro del modelo de autoatención, siendo reemplazadas sobre todo por los tratamientos de los “curanderos” tradicionales externos a la comunidad de Lloa.

Actualmente, gran parte del modelo de autoatención se centra en la utilización de medicamentos. Sin embargo, su uso carece de una base explicativa sólida o bien construida. Es decir que, no ha existido una apropiación de los conocimientos médico-científicos que respalden la utilización de los medicamentos, ni tampoco se los ha adaptado a las lógicas médicas locales. Su uso es propiamente pragmático, en el sentido que la eficacia y la inmediatez constituyen los únicos parámetros para la automedicación.

A su vez, estos mismos parámetros, influyen fuertemente en la decisión de acudir donde determinado curador; sin embargo no son las únicas razones. También existen otros fines (implícitos) que son perseguidos a través del acto de acudir a determinado curador, como el prestigio y la movilidad social; de allí que exista en Lloa la tendencia a demostrar el “bienestar económico” de una persona a través de su capacidad de optar por los servicios de medicina pagada.

Entre tanto, dentro del “camino del enfermo” es decir de las instancias médicas a las que el paciente acude en el caso de no resolver el malestar o la enfermedad por su propia cuenta, se ha visto que la primera opción constituye los servicios biomédicos, ya sean públicos o privados. Solamente en los casos en que la enfermedad no ha podido ser solucionada, luego de agotar todas las opciones biomédicas posibles, el paciente buscará alternativas terapéuticas principalmente en “curadores tradicionales” exteriores a la comunidad de Lloa. Los curadores especialistas de la comunidad, a quienes se ha denominado “curadores extra familiares”, no constituyen actualmente la primera o la “mejor” opción terapéutica, según los mismos pacientes de la comunidad de Lloa.

Conforme a lo revisado, se puede afirmar que existe una fuerte tendencia, por parte de los propios lloanos, a menospreciar sus conocimientos y prácticas médico tradicionales. Esto se evidencia de manera más contundente en los jóvenes, quienes se muestran indiferentes hacia la temática de la salud y la enfermedad, y particularmente hacia los conocimientos médico tradicionales, existiendo por lo tanto, una ruptura en la transmisión de dichos conocimientos, los cuales se van “quedando en el aire”.

Las prácticas médicas tradicionales de Lloa, las cuales en su gran mayoría se daban dentro del ámbito familiar, es decir dentro del modelo de autoatención, han sido reemplazadas, en primera instancia por la utilización pragmática de medicamentos farmacéuticos; luego, por las prácticas de los médicos occidentales, y en última instancia, por las prácticas de los curadores tradicionales externos a la comunidad de Lloa. Por tales razones, se puede decir que el modelo de autoatención se ha reducido, y que dentro de él existe un debilitamiento de las prácticas y conocimientos médicos tradicionales de la parroquia de Lloa.

Por último, es importante mencionar que a pesar de no existir una apropiación adecuada y fundamentada de la biomedicina, por parte de la población de Lloa, la utilización netamente pragmática de este paradigma médico ha traído o ha reforzado ciertos imaginarios y principios acordes al modelo médico hegemónico, como son: la concepción de salud y la enfermedad como cuestiones netamente físicas, el énfasis puesto en la curación y no en la prevención, el excesivo pragmatismo en el uso de medicamentos y en el camino del enfermo, la idolatría hacia el medicamento farmacéutico, la idea de que, para el paciente, no es necesario conocer sobre la temática de la salud y la enfermedad, y la excesiva fe puesta en el médico en detrimento del papel del paciente en el proceso de recuperación de su salud. Estos imaginarios biomédicos constituyen actualmente los principios sobre los cuales el modelo de autoatención se organiza y se pone en práctica. En este sentido, se puede afirmar que existe un proceso de colonialidad de la biomedicina sobre el resto de modelos médicos existentes en Lloa, en especial, sobre el modelo de autoatención.

Es decir que, es a partir de este conjunto de imaginarios biomédicos que el modelo de autoatención funciona. De allí que, tanto las prácticas médicas tradicionales de autoatención así como el hecho de acudir a los curadores extra familiares de Lloa,

sean actualmente un recurso terapéutico secundario, y en muchos casos marginal, y así mismo, todo ese amplio conjunto de conocimientos y prácticas tradicionales, esté siendo desplazado por los mismos pacientes de Lloa, en favor de la utilización pragmática de la biomedicina.

Si bien, el proceso que está siguiendo el modelo de autoatención de Lloa no puede categorizarse precisamente como de “criollismo cultural” (Pavis, 2000) ya que no existe precisamente una “mezcla” de los conocimientos médicos tradicionales con los conocimientos biomédicos, es indudable que este proceso es parte de la colonialidad de la biomedicina y, a nivel más amplio, de la sociedad capitalista, y por ende contribuye a que la biomedicina se establezca como modelo hegemónico, mientras que los “otros” sistemas médicos, en especial la medicina tradicional lloana esté cada vez más ausente, y se subordine a las condiciones que impone la hegemonía capitalista.

RECOMENDACIONES

A pesar de todos los obstáculos que el sistema capitalista y la biomedicina han impuesto, la medicina tradicional lloana no ha desaparecido completamente. Gran parte del conjunto de los conocimientos médico tradicionales, está latente en la mayoría de personas adultas mayores de la comunidad. Si bien mi recomendación no va encaminada hacia la “recuperación” de la medicina tradicional, creo que es muy necesario que la comunidad de Lloa emprenda un proceso de descolonización a nivel de los imaginarios y representaciones sobre el tema de la salud y la enfermedad. La idea de que son los médicos, los “únicos” que saben acerca del tema de la salud y la enfermedad, hay que necesariamente trascenderla, y comprender así que los pacientes, también pueden ser protagonistas de la construcción de saberes médicos (de hecho en la comunidad de Lloa han sido así a lo largo de su historia). De esa manera, se podrá valorar a la medicina tradicional de Lloa, como un sistema médico coherente, que tiene su valor en el hecho de que ha sido construida históricamente, a través de la experiencia de las generaciones pasadas, y que, en este sentido existe una validez empírica y además una riqueza simbólica importante. La comunidad de Lloa podrá así concientizar acerca de la riqueza epistémica y de la potencial funcionalidad de su medicina, para que con ello, sean los propios pobladores de Lloa quienes decidan el papel que debe cumplir la medicina tradicional en su cotidianidad, y en sus “encuentros” con la enfermedad.

Para ello, creo que es imprescindible primeramente que la idea de alteridad epistémica, simbólica y ética que el concepto de interculturalidad recogía en un principio, sea apropiada por los conjuntos sociales, para que desde allí se entienda a los múltiples sistemas médicos existentes, como sistemas médicos diversos, y se los valore en su real alcance, es decir reconociendo los aportes y las limitaciones de cada uno de ellos, y develando y cuestionando a su vez, las ideologías y los valores implícitos de los mismos. A su vez, esta idea permitirá a los pacientes concientizar sobre su capacidad y su derecho a conocer su propio cuerpo, y de ser actores conscientes y activos frente a la salud y la enfermedad.

En especial hay que poner mucho énfasis en la biomedicina, ya que es la instancia terapéutica más utilizada por la población de Lloa. En primer lugar es importante develar los mitos que se han creado en torno a la biomedicina, como los que postulan

que dicho sistema médico es el único valedero o el mejor. Por otra parte, es necesario que la gente conozca, problematice y discuta acerca de, por lo menos, los conocimientos científicos básicos de la medicina occidental; para que, de esta manera, exista justamente una apropiación adecuada y fundamentada de la medicina occidental, y una utilización consciente y segura de los beneficios que ciertamente brinda este sistema médico. En especial es importante que, la gente conozca acerca de los conocimientos científicos en relación a los medicamentos, así como sobre sus riesgos inherentes y sus efectos secundarios.

A partir de esta base de principios interculturales, es posible la integración de conocimientos médicos de diversas fuentes, sin sucumbir en una de ellas en particular. Además, este proceso permitiría que los conjuntos sociales estén en la capacidad de construir sus propios saberes y prácticas médicas, y ejercerlas de manera oportuna y pertinente, y a sí mismo, acudir a determinada instancia asistencial en los casos que la situación amerite.

De tal manera, tanto la incorporación y construcción de saberes, así como el hecho de acudir a determinada instancia asistencial, se daría ya no en función de los intereses de la hegemonía del capitalismo y de la biomedicina, sino de los intereses y necesidades de los propios pacientes. En este sentido, la autoatención como eje de la interculturalidad, constituye una forma de autodeterminación, y una manera de replantear las relaciones de poder existentes entre la biomedicina y la medicina tradicional Iloana.

Sin embargo para ello, no solo es necesario que sean los pacientes quienes se apropien del concepto de alteridad epistémica, simbólica y ética, sino también las instituciones de la parroquia, como son el subcentro de salud, la escuela, la junta parroquial, entre otras.

En primer lugar, es importante que la Dirección Nacional de Salud Intercultural (DNSI), amplíe aún más su campo de acción e intervención, rebasando la idea de que “la interculturalidad es solamente cuestión de indígenas”, para que de esta manera, sistemas tradicionales de salud que no encajan dentro del modelo “ideal” de “medicina indígena”, como el Iloano, sean también tomados en cuenta dentro de las políticas de salud que emprende esta Dirección. Creo que no sería necesario que determinados curadores tradicionales se incorporen al subcentro de salud, ya que

como se ha visto, en Lloa no existe una delimitación clara entre quienes son curadores tradicionales de los que no, por lo que un centro de salud intercultural en ese sentido, sería ajeno a la realidad y al funcionamiento del sistema de medicina tradicional lloana.

Al ser la gran mayoría de la población adulta y adulta mayor, portadora y potencial practicante de la medicina tradicional, el encuentro entre estas personas con los médicos del subcentro de salud, constituye justamente un encuentro entre culturas médicas distintas, y por ende, se debería trabajar allí para construir relaciones interculturales. Es importante entonces que, la DNSI enfoque sus esfuerzos en sensibilizar a los médicos del subcentro de salud en las temáticas referentes a la interculturalidad, trascendiendo así ideas como: “la biomedicina es suficiente para aportar a la salud del paciente”, “el paciente no sabe nada sobre salud” o que “la autoatención es siempre negativa”, entre otras, que frenan la construcción de unas relaciones interculturales entre el médico y el paciente.

Es también necesario que, la DNSI trabaje en conjunto con las escuelas de la parroquia, en la medida que éstas pueden convertirse en canales eficaces para la transmisión de los principios interculturales. Es muy importante que, los niños desde pequeños, vayan familiarizándose con los conceptos y los principios de la interculturalidad, y que de esta manera vayan valorando su propia medicina, así como los demás sistemas médicos, en su justo término, es decir reconociendo los alcances y las limitaciones de cada una de ellas.

Entre tanto, en la medida que la medicina tradicional de Lloa, está íntimamente relacionada con los principios, valores, y creencias básicas de la cultura lloana, ésta constituye un ámbito imprescindible a tomar en cuenta para instituciones como la junta parroquial que están involucradas en el fortalecimiento de la cultura lloana en general.

La construcción de la salud intercultural de Lloa, ciertamente es un proceso largo y que tendrá muchos obstáculos y dificultades. Por ello que sea necesario el trabajo conjunto de todas las instituciones, pero sobre todo, que los lloanos estén dispuestos a emprender un proceso de descolonización en todo sentido: ideológico, emocional y

corporal, y no solamente enfocado en la cuestión de la medicina tradicional, sino en todos los ámbitos que componen su sociedad.

LISTA DE REFERENCIAS

- Aguilera, M. (2 de Febrero de 2013). valores sobre salud en la escuela. (V. Guerrero, Entrevistador)
- Aguirre, N. (14 de Agosto de 2012). concepciones sobre la biomedicina y la medicina tradicional. (V. Guerrero, Entrevistador)
- Alarcón, A., Vidal, A., & Neira, J. (5 de Septiembre de 2003). *Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales*. Obtenido de Scielo. Revista médica de Chile: <http://www.scielo.cl>
- Amores, A. (22 de Febrero de 2013). valores de salud en la escuela. (V. Guerrero, Entrevistador)
- Anago, M. (11 de Diciembre de 2012). concepciones sobre biomedicina y medicina tradicional . (V. Guerrero, Entrevistador)
- Analuisa, L. (15 de Julio de 2012). concepciones sobre la biomedicina y la medicina tradicional. (V. Guerrero, Entrevistador)
- Cachaguay, R. (4 de Febrero de 2013). medicina tradicional. Sobadores. . (V. Guerrero, Entrevistador)
- Calderon , L. (2010). Seminario regional de medicinas tradicionales, alternativas y complementarias en Ecuador. Proceso de articulación en el Sistema de Salud Pública 2000-2010. En G. Fernández Juárez, *Salud, interculturalidad y derechos*. (págs. 53-63). Quito: MSP.
- Calderón, M. (6 de Noviembre de 2012). concepciones sobre biomedicina y medicina tradicional . (V. Guerrero, Entrevistador)
- Callahan , M. (2006). El hospital Kallawaya "Shoquena Huasi" de Curva. Un experimento en salud intercultural. En G. Fernández Juárez, *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural* (págs. 289-303). Quito : Abya Yala.
- Cangás, M. (13 de Noviembre de 2012). concepciones sobre biomedicina y medicina tradicional . (V. Guerrero, Entrevistador)
- Caramés, T. (2006). Salud e interculturalidad. Reflexiones en torno a un caso. En G. Fernández Juárez, *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural* (págs. 109-114). Quito: Abya Yala.

- Castañeda, A. (2010). Derechos humanos e interculturalidad. En G. Fernández Juárez, *Salud, interculturalidad y derechos*. (págs. 91-120). Quito: MSP.
- Comelles, J., & Martínez, A. (1993). *Enfermedad, cultura y sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la Antropología social y la Medicina*. Madrid: Eudema.
- Cornejo, M. (18 de Enero de 2013). salud intercultural y autoatención. (V. Guerrero, Entrevistador)
- Cuascote, R. (17 de Julio de 2012). partería tradicional. (V. Guerrero, Entrevistador)
- Cuichán, B. (13 de Agosto de 2012). medicina tradicional. (V. Guerrero, Entrevistador)
- Cunbajín, R. (18 de Noviembre de 2012). Concepciones sobre biomedicina y medicina tradicional . (V. Guerrero, Entrevistador)
- Cuvi, J. (2010). *La enfermedad silenciosa. Una mirada social a la automedicación en el Ecuador*. Quito: Corporación Acción Vital.
- Ecuador, C. p. (1 de Septiembre de 2008). Obtenido de www.asambleanacional.gov.ec
- Espinosa, A. (2006). *Chilibulo. Memoria histórica y colectiva*. Quito : Municipio del Distrito Metropolitano de Quito.
- Estrella, E. (1977). *Medicina Aborigen. La práctica médica aborigen en la sierra ecuatoriana*. Quito: Época.
- Fábrega, H. (1972). *Disease and social behavior: An interdisciplinary perspective*. Cambridge, USA: The Mit Press.
- Fernández Juárez, G. (1999). *Médicos y Yatiris. Salud e interculturalidad en el altiplano aymara*. La Paz, Bolivia: CIPCA.
- Fernández Juárez, G. (2004). La llamada de Tintín. . En G. Fernández Juárez, *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. (págs. 9-16). Quito: Abya Yala.
- Flores, E. (22 de Agosto de 2012). concepciones sobre biomedicina y medicina tradicional . (A. Guerrero, Entrevistador)
- Foucault, M. (1976). La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina . *Educación Médica y salud*, 152-185.
- Frazer, J. (1965). Magia y religión. En E. De Martino, *Magia y civilización* (págs. 345-359). Buenos Aires: Ateneo.

- Geertz, C. (1994). *Conocimiento local. Ensayos sobre la interpretación de las culturas*. Barcelona: Paidós.
- Globet, V. (1993). *Parteras, entre brujos y doctores. Juegos de poder ambiguos entre agentes de los sistemas de salud formal e informal en la sierra ecuatoriana*. Quito: FLACSO.
- Goetz, J., & LeCompe, M. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid: Ediciones Morata.
- Goffman, E. (1961). *Internados. Ensayo sobre la condición social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- González, D., & Corral, J. (2010). *Definición del rol de las parteras en el sistema nacional de salud del Ecuador*. Quito: MSP.
- González, E. (27 de Mayo de 2012). curaciones tradicionales. (V. Guerrero, Entrevistador)
- González, F. (13 de Agosto de 2012). medicina tradicional. (V. Guerrero, Entrevistador)
- González, O. (23 de Enero de 2013). curaciones tradicionales. (V. Guerrero, Entrevistador)
- Gramsci, A. (1962). *Notas sobre Maquiavelo, sobre política y sobre el estado moderno*. . Buenos Aires: Lautaro.
- Guber, R. (2004). *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Buenos Aires: Paidós.
- Harari, R. (1982). Concepción y metodología del proceso salud-enfermedad en la comunidad andina. En CAAP, *Política de salud y comunidad andina* (págs. 256-279). Quito: Centro de Arte y Acción Popular.
- Herrera, L., & Guerrero, P. (2011). *Por los senderos del Yachaj. Espiritualidad y sabiduría de la medicina andina*. . Quito: Abya Yala; Municipio de Quito.
- Illich, I. (1984). *Némesis Médica. La apropiación de la salud*. México: Planeta.
- Iza, M., & Velasco, A. (2010). *Etnobotánica medicinal presente en la parroquia de Lloa de la provincia de Pichincha*. Quito: ESPE.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers on the context of culture.. An exploration of the bordeland betwwen Antropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley, USA: University of California Press.
- Knniper, M. (2006). El reto de la "medicina intercultural" y la historia de la "medicina tradicional" indígena contemporanea. En G. Fernández Juárez,

Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural. (págs. 413-432). Quito: Abya Yala.

- Lippi, R. (1998). *Una exploración al Pichincha Occidental*. Quito: PUCE.
- Lloa, J. P. (2004). *Plan de desarrollo participativo de Lloa*. Quito: Junta Parroquial de Lloa.
- Lloa, J. P. (2010). *Plan de desarrollo de la parroquia de Lloa*. Quito: Junta parroquial de Lloa.
- López, A. (2008). Formas simbólicas y tránsitos identitarios: una aproximación teórico-metodológica a las percepciones, usos y apropiaciones de la noche entre los enfermeros y enfermeras nocturnos. . En B. Espinosa, & W. Waters, *Transformaciones sociales y sistemas de salud de América Latina*. (págs. 205-224). Quito: FLACSO.
- Loudon, J. (1976). *Social anthropology and medicine*. New York: Academic Press.
- Mendoza, Z. (25 de Octubre de 1994). *Modelos médicos y la interculturalidad*. Obtenido de Paho organization: www.paho.org
- Menéndez, E. (1981). *Poder, estratificación y salud: Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. México, México: Ediciones de la Casa Chata.
- Menéndez, E. (1983). Modelo Hegemónico. Modelo alternativo subordinado y modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En E. Menéndez, *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención en salud*. México D.F: CIESAS.
- Menéndez, E. (1990). *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. México: CIESAS.
- Menéndez, E. (2001). Biologización y racismo en la vida cotidiana. *Alteridades*, 5-39.
- Menéndez, E. (2002). *La parte negada de la cultura*. México: Bellaterra.
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de articulaciones teóricas y de articulaciones prácticas. *Revista Ciencia y Salud Colectiva*, 185-207.
- Michaux, J. (2004). Hacia un sistema de salud intercultural en Bolivia: de la tolerancia a la necesidad sentida. . En F. Juárez, *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas* (págs. 107-127). Quito: Abya Yala.

- Morales, A. (22 de Septiembre de 2012). pacientes del centro de salud . (V. Guerrero, Entrevistador)
- Moynihan, R., & Henry, D. (2002). Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ Review*, 886-891.
- Navarro, R. (2004). Experiencias sobre salud intercultural en América Latina. En G. Fernández Juárez, *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas* (págs. 129-151). Quito: Abya Yala.
- Navarro, R. (2006). Procesos de legalización e interculturalidad en las medicinas indígenas de México y Bolivia (1996-2006). En G. Fernández Juárez, *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. (págs. 373-388). Quito: Abya Yala.
- Navas, V. (27 de Octubre de 2012). concepciones sobre biomedicina y medicina tradicional . (V. Guerrero, Entrevistador)
- OPS/OMS. (7 de Enero de 2007). *La salud de los pueblos indígenas de las Américas. Conceptos, estrategias, prácticas y desafíos*. . Obtenido de Paho Organization: www.paho.org
- Osorio, R. (1994). *La cultura médica materna y la salud infantil*. México D.F: Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- Páez, L. (2010). *Lloa. El pueblo del volcán*. Quito, Ecuador: Municipio del Distrito METropolitano de Quito.
- Pavis, P. (2000). *El análisis de los espectáculos*. Barcelona: Paidós.
- Pedersen, D. (1989). Curanderos, divinidades, santos y doctores. Elementos para el análisis de los sistemas médicos. *Revista América Indígena*, 38-56.
- Perdiguero, E. (2006). Una reflexión sobre el pluralismo médico. En G. Fernández Juárez, *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural* (págs. 22-49). Quito: Abya Yala.
- Pillajo, G. (22 de Octubre de 2012). concepciones sobre biomedicina y medicina tradicional. (V. Guerrero, Entrevistador)
- Pillajo, S. (13 de Febrero de 2013). historia de Lloa, medicina tradicional. (V. Guerrero, Entrevistador)
- Puetate, M. (14 de Agosto de 2012). concepciones sobre la biomedicina y la medicina tradicional. (V. Guerrero, Entrevistador)
- Quijano, A. (2000). *Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina*. Buenos Aires: CLACSO.

- Quinteros, E. (13 de Febrero de 2013). historia de Lloa. medicina tradicional. (V. Guerrero, Entrevistador)
- Quinteros, J. (8 de Octubre de 2012). concepciones sobre biomedicina y medicina tradicional. (V. Guerrero, Entrevistador)
- Ramírez, S. (2006). La interculturalidad sin todos sus agentes sociales. El problema de la salud intercultural en Bolivia. En G. Fernández Juárez, *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural* (págs. 405-412). Quito: Abya Yala.
- Ramírez, S. (2011). *Salud intercultural: crítica y problematización a partir del contexto boliviano*. La Paz: ISEAT.
- Ramón, G. (1982). Sistema de salud comunitario y poder popular. En CAAP, *Política de salud y comunidad andina* (págs. 200-253). Quito: Centro de Arte y Acción Popular.
- Rodriguez, G. (1992). *La faz oculta de la medicina andina*. Quito: América Ecuatorial.
- Rojas, R. (2003). *Crece Sanitos. Estrategias, metodologías e instrumentos para investigar y comprender la salud de los niños indígenas*. Washington: OPS.
- Rosen, G. (1974). *De la policía médica a la medicina social*. México: Siglo XXI.
- Rutsch, M. (1984). *El relativismo: sus desarrollos en Antropología*. México: Línea.
- San Andrés, S. (18 de Enero de 2013). salud intercultural. (V. Guerrero, Entrevistador)
- Sanchez-Parga, J. (1982). Marginalización de la medicina o medicalización de la marginalidad. En CAAP, *Política de salud y comunidad andina* (págs. 23-37). Quito: Centro de Arte y Acción Popular.
- Scheper-Hughes, N. (1997). *La muerte sin llanto: violencia y vida cotidiana en Brasil*. Barcelona: Ariel.
- Senplades. (2009). *Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013*. Quito: Senplades.
- Sotomayor, M. (27 de Junio de 2012). historia de Lloa. (V. Guerrero, Entrevistador)
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Suchman, E. (1965). Social patterns of illness and medical care. *Journal of health and human behavior*, 2-16.

- Taussig, M. (1995). La reificación y la conciencia del paciente. En M. Taussig, *Un gigante en convulsiones* (págs. 110-146). Barcelona: Gedisa.
- Trujillo, J. (1986). *La hacienda serrana 1990-1930*. Quito: Abya Yala; IEE.
- Turner, V. (1967). *La selva de los símbolos*. México: Siglo XXI.
- Tylor, E. (1871). *Primitive culture. REsearches into de development of mythology, philosophy, religion, Lamguaje, art and custom.* . Londres: John Murray.
- Vélez, D. (1992). *La selección de indígenas del archivo histórico de Quito*. Quito: FLACSO.
- Viaña, J. (2008). Reconceptualizando la interculturalidad. En D. Mora, & S. Alarcón, *Reflexiones sociocríticas para pensar la educación* (págs. 293-343). La Paz: Instituto Internacional de Integración.
- Viracucha, M. (23 de Enero de 2013). Causas de enfermedades. (V. Guerrero, Entrevistador)
- Walsh, C. (2007). Interculturalidad y colonialidad del poder. Un pensamiento y posicionamiento desde la diferencia colonial. En J. Saavedra, *Educación superior, interculturalidad y descolonización* (págs. 175-213). La Paz: PIEB.
- WHO. (Octubre de 1978). *The promotion and development of tradicional medicine*. Obtenido de World Health Organization: www.apps.who.int
- Yapo, M. (22 de Agosto de 2012). concepciones sobre biomedicina y medicina tradicional. (V. Guerrero, Entrevistador)
- Yapo, P. (13 de Febrero de 2013). Historia de Lloa y medicina tradicional. (V. Guerrero, Entrevistador)
- Young, A. (1982). The Antropologies of illness and sickness. *Ann Review of Antropology*, 257-285.
- Zalles, J. (2006). Bolivia, un ejemplo de mutua exclusión cultural en salud, con dramáticas consecuencias. Un desafío que no puede esperar. En G. Fernández Juárez, *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. (págs. 389-404). Quito: Abya Yala.
- Zamudio, M. (9 de Agosto de 2009). *Determinantes de Salud*. Obtenido de Zamudio organization: www.zamudio.org.mx
- Zola, I. (1973). Culture and symptoms: an analysis of patient. *American Sociological Review*, 615-630.