

# ANTROPOLOGÍAS HECHAS EN ECUADOR

TANIA GONZÁLEZ R., CATALINA CAMPO IMBAQUINGO,

JOSÉ E. JUNCOSA B., FERNANDO GARCÍA S.

(EDITORES)

TOMO IV

EL QUEHACER ANTROPOLÓGICO



ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE ANTROPOLOGÍA

Tania González R., Catalina Campo Imbaquingo, José E. Juncosa B., Fernando García S. (editores)

*Antropologías bechas en Ecuador. El quehacer antropológico-Tomo IV / Tania González R., Catalina Campo Imbaquingo, José E. Juncosa B., Fernando García S. (Editores)*

1ra. Edición en español. Asociación Latinoamericana de Antropología; editorial Abya-Yala; Universidad Politécnica Salesiana (UPS) y la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO-Ecuador), 2022

484p.; tablas.; gráficos; mapas.

ISBN ABYA-YALA:

978-9978-10-648-8 OBRA COMPLETA

978-9978-10-686-0 Volumen IV

ISBN DIGITAL ABYA-YALA:

978-9978-10-653-2 OBRA COMPLETA

978-9978-10-688-4 Volumen IV

ISBN FLACSO:

978-9978-67-613-4 OBRA COMPLETA

978-9978-67-614-1 Volumen IV

Hecho el depósito legal que marca el Decreto 460 de 1995

Catalogación en la fuente – Asociación Latinoamericana de Antropología

---

© Asociación Latinoamericana de Antropología, 2022

© J (editores), 2022

1era Edición, 2022

Asociación Latinoamericana de Antropología

Editorial Abya-Yala

Universidad Politécnica Salesiana (UPS)

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO-Ecuador)

Diseño de la serie: Editorial Universidad del Cauca

Fotografía de portada: *Patas salada, Manabí*, Eduardo Quintana.

Diagramación: Editorial Abya-Yala

Diseño de carátula: Editorial Abya-Yala

Editor general de la colección: Eduardo Restrepo

Copy Left: los contenidos de este libro pueden ser reproducidos en todo o en parte, siempre y cuando se cite la fuente y se haga con fines académicos y no comerciales.

Edición 2022

# Contenido

Prefacio

Presentación

Nota sobre la edición

## **Parte II** **EL QUEHACER ANTROPOLÓGICO ECUATORIANO**

### **1. Patrimonio, tradición y fiesta**

“Bueno para comer”: construcción y transformación de moralidades alimentarias en Nayón

VERÓNICA C. VARGAS ROMÁN

Los diablos de Alangasí de la Semana Santa

ESTEFANY SAN ANDRES

Música y trabajo comunitario en contextos ecoagrícolas

FREDDY ORLANDO AUQUI CALLE Y EDISON GERARDO AUQUI CALLE

Sangre, lluvias y migración: el priestazgo en la Fiesta de los Toros en Girón

MANUEL OSWALDO SUIN

Oralidad, literatura oral y oralitura quichua: la producción de la editorial Abya-Yala

FERNANDO GARCÉS VELÁSQUEZ

Comensalidad, moralidad y ritualidades contemporáneas: la Semana Santa de la gente negra de Telembí en Esmeraldas, Ecuador

JEANNETH ALEXANDRA YÉPEZ MONTÚFAR

## 2. Antropología y género

“Los cuidados” en diálogo con la antropología feminista: sostenimiento de la vida y autonomía colectiva en la creación de redes de cuidado de mujeres campesinas en la región Sierra Centro del Ecuador

ANDREA BELÉN TAMAYO TORRES

Tejedoras y luchadoras: nuevas agencialidades de mujeres dedicadas al tejido de paja toquilla en la provincia de Azuay-Ecuador

DUNIA ELIZABETH SOLANO WASHIMA Y JANNY MAURICIO VELASCO ALBÁN

Entronque patriarcal: memorias e imágenes de un batallón amazónico

LISSET COBA

Violencia obstétrica durante el parto en el Distrito Metropolitano de Quito

NATALY CAROLINA CARRILLO ARCINIEGA, NATALIA ISABEL PINEDA ARIAS

Y JESSICA CUMANDÁ ROSALES QUINTANA

## 3. Antropología urbana

Urbanismo refractario: colectivos que transforman

KLEBER SANTIAGO CERÓN ORELLANA

El derecho a la ciudad: una perspectiva antropológica

MARCELO F. NARANJO

## 4. Antropología de la salud y del cuerpo

Más allá de lo biomédico: salud, enfermedad, atención y cuidado (un estudio de caso)

ALEXIS RIVAS TOLEDO

Explorando la discapacidad en la antropología ecuatoriana: prolegómenos para un desafío pendiente

GONZALO FERNANDO SCHMIDT MARTÍNEZ

La medicina en la normalización de los cuerpos

SILVIA LORENA CASTELLANOS RODRÍGUEZ

La antropología médica y la cosmovisión kichwa en el Ecuador

MARÍA FERNANDA ACOSTA ALTAMIRANO



## **5. Antropología amazónica**

Más allá de las operaciones del pensamiento salvaje entre los shuar de la Amazonía ecuatoriana

LUIS GREGORIO ABAD ESPINOZA

Las relaciones sociales y la hibridez alimentaria en el Mercado Central de Macas

VERÓNICA NATHALY ROMÁN SAN MARTÍN

Adolescencia y suicidio huaorani

VÍCTOR ALEJANDRO YÉPEZ

## **6. Antropología y naturaleza**

El poder de lo simbólico en los territorios ancestrales de la Costa del Ecuador: una mirada en perspectiva ambiental

SILVIA G. ÁLVAREZ Y MÓNICA BURMESTER

La relacionalidad andina y su “perspectiva” ontológica de los cambios en el clima: reflexiones sobre el sentipensar kichwa-puruhá

EDISON AUQUI CALLE

## **7. Antropología, Estado y movilidad**

La construcción del extranjero: clase, raza y xenofobia en los grandes flujos migratorios del sur global

GLADIS AGUIRRE VIDAL

Las pericias antropológicas en el Ecuador: construcción de espacios de análisis intercultural y de género en ámbitos de la justicia penal

ROBERTO ESTEBAN NARVÁEZ COLLAGUAZO

## **8. Relatos etnográficos**

Relatos y memoria kayambi: dinámica de las mutaciones de una comunidad andina

ANA CORREA RODRÍGUEZ

El antiguo trapiche de Mascarilla hecho ruina para la historia material de la afrodescendencia en Ecuador

JOHN ANTÓN SÁNCHEZ

“Para que sean de letra, castellanos, pilas y sabidos”: estrategias de circulación infantil y prácticas relacionales en los Andes centrales ecuatorianos

ABRAHAN AZOGUE GUARACA

Etnografiando la democracia comunitaria: sentidos culturales, procedimientos y encuentros con el Estado ecuatoriano

ANDREA MADRID TAMAYO

Sobre las instituciones

# La antropología médica y la cosmovisión kichwa en el Ecuador<sup>122</sup>

MARÍA FERNANDA ACOSTA ALTAMIRANO<sup>123</sup>

## Introducción

Todas las sociedades han tenido sus prácticas terapéuticas para resolver sus problemas médicos o preservar la salud, sin embargo, la respuesta que cada cultura tiene frente a ¿qué es salud?, ¿qué es enfermedad?, no es universal. Cada sociedad tiene una comprensión distinta y esta pluralidad da cuenta de las diferentes cosmovisiones que pueden existir.

La antropología médica se centra en entender las diferentes concepciones de cuerpo, enfermedad, vida o salud de cada cultura, desde una visión respetuosa de la pluralidad y reconociendo la validez de la diversidad de perspectivas. Asimismo, desde esta subdisciplina se analizan las relaciones existentes entre los diferentes sistemas de salud y se visibilizan las relaciones de dominación o de subalternización de un sistema sobre otro.

En un primer tiempo, definiremos qué es la antropología médica y cuáles son sus alcances y abordajes. Una vez establecido el enfoque desde el que se analizan los contextos, en un segundo tiempo, nos enfocaremos en explicar las diferentes prácticas y presentaciones de enfermedad, salud, taxonomía de las plantas y de los seres vivos en el caso de los sistemas ancestrales de salud, desde la cosmovisión kichwa. Finalmente, nos centraremos en un estudio de caso sobre la atención

---

122 Fragmento de la tesis doctoral “Cultures de la naissance, entre la tradition et le biomédical: Étude comparative en Équateur et au Portugal” (2017).

123 Doctora en Antropología (Université Côte d’Azur), máster en Ciencias Sociales (FLACSO-Ecuador) y licenciada en Antropología Aplicada (UPS-Quito), es docente de la Universidad Nacional de la Educación (Azogues).

del parto, con el fin de caracterizar las interacciones presentes entre los distintos sistemas de salud en el país.

## ¿Qué es antropología médica? Reflexiones epistemológicas

Detrás de las prácticas curativas que implementa cada sociedad, hay una concepción y unas representaciones resultantes de cada cultura. La perspectiva elegida para este artículo es la antropología médica que pregunta “cómo traducir la pluralidad de formas de práctica, tradiciones, conceptos, teorías...” en relación al campo del cuidado y la salud (Saillant y Genest 2006: 2).

La antropología médica busca comprender las relaciones entre los diferentes sistemas de salud, mediante la adopción de un enfoque integral de prácticas alternativas al sistema académico de salud. Reconoce el pluralismo médico y valida a los sistemas médicos tradicionales que algunas veces tienen vínculos con el sistema biomédico u occidental (Kaptchuk y Eisenberg 2001).

La antropología médica cuestiona que exista un único sistema de salud legítimo y válido. Desde este entendimiento más global de la salud, esta subdisciplina tiende a desmedicalizar —entendiendo la medicalización como parte del Sistema Oficial de Salud (SOS)<sup>124</sup>— las prácticas alrededor de la salud. En palabras de Saillant y Genest, la antropología médica “implementa: el desplazamiento de los límites del ‘hecho médico’, del cuerpo, de la puesta en perspectiva de las categorías de sistema médico, enfermedad, terapia y curación” (2006: 14).

La mirada pluralista es, en sí misma, una forma amplia de entender la diversidad. Charles Leslie plantea que “todos los sistemas médicos actuales integran tradiciones y formas de prácticas diversas en organizaciones sociales complejas” (Leslie en Benoist 1997: 65). Dentro de las posibilidades de interacción entre los distintos sistemas de salud Cunningham (2002) plantea las siguientes posibilidades:

- El enfoque paternalista o integracionista.
- El enfoque culturalista.
- El enfoque de convivencia.
- El enfoque de empoderamiento o autonómico.

El *enfoque paternalista o integracionista*, a nivel formal, reconoce la diversidad cultural en las prácticas terapéuticas, sin embargo, posiciona al SOS (biomédico) como el sistema válido, el legítimo. Las prácticas curativas de otros grupos culturales son entendidas como interesantes y hasta folclóricas; no obstante, no se contempla

---

124 El SOS también conocido como biomedicina, medicina alopática, académica, “occidental” (u occidentalizada).

que el sistema académico incorpore elementos inclusivos como la lengua no oficial ni tampoco busca integrar las prácticas terapéuticas de los agentes de salud de fuera del SOS y mucho menos entender las lógicas detrás de ellas. Es decir, existe una frontera étnica entre la atención brindada por los agentes de salud del SOS y las necesidades de las minorías culturales, las cuales no son tomadas en cuenta. Las intervenciones médicas, en este caso, se construyen desde el argumento de autoridad positivista, que tiene la última palabra y da cuenta de relaciones de verticalidad. La mayor parte de Estados asignan su presupuesto al SOS, marginalizando a los otros agentes de salud como *yachaks*, parteras, *shamanes*... existe una repartición inequitativa de los recursos, debido a que no hay un interés por conocer otras prácticas curativas que las que están legitimadas por el sistema oficial de educación y se validan con un título universitario. Esta percepción se visualiza en el texto de Véronique Goblet:

Cuando el Doctor Manuel, resumiendo el pensamiento de la mayoría de los doctores, dice de las parteras que son todas “indígenas, campesinas, autóctonas brutas que se visten con polleras y viven junto a los animales, no tienen aseo, ni conocimiento de enfermería, no son racionales ni científicas como los blancos, no saben ni entienden nada, pero son necesarias porque ayudan a la gente pobre del campo que comparte con ellas una cultura tradicional” (escenario dos), aparecen claramente varios discursos hegemónicos [...]. Las parteras en algunas circunstancias sufren de “violencia simbólica” (Bourdieu) por parte de los “Doctores” —como llaman las parteras a todos los agentes del sistema de salud formal—, cuando aplican criterios dominantes de evaluación de sus propias prácticas (por ejemplo, en eventos oficiales o más formales) y reconocen la legitimidad del capital simbólico dominante, pero desconociendo su carácter de arbitrario e impuesto (1993: 59, 64).

Armando Muyolema (2001) identifica este tipo de interacciones como procesos de “blanqueamiento”, en los cuales existe una colonialidad epistémica que posiciona lo blanco-mestizo, académico, positivista por encima de las prácticas curativas de culturas ancestrales que parten de la transmisión intergeneracional. Estas relaciones de poder se cimientan en la construcción de imaginarios culturales que marginalizan a las otras prácticas terapéuticas desde la construcción de un universo simbólico, el cual se denomina violencia simbólica: “Creando un universo simbólico (títulos, equipamiento, vocabulario) que daba prestigio a las actividades de sus miembros; desacreditar las prácticas alternativas; y, en general, ejerciendo una presión constante para obtener o mantener el apoyo de instituciones que controlan los recursos necesarios para mantener su posición dominante” (Dussault 1985: 5).

El segundo enfoque presentado por Cunningham (2002) es el *enfoque culturalista*, el cual reconoce el pluralismo cultural de las otras prácticas terapéuticas, pero no las considera como válidas y no busca entender cómo funcionan ni a las representaciones existentes detrás de las manifestaciones curativas. No existe un diálogo de saberes entre los dos tipos de conocimientos. Los promotores

de salud o también llamados técnicos de atención primaria de salud (TAPS), en Ecuador, tienen entre otros el rol de ser intérpretes de la lengua de cada pueblo al español; sin embargo, sería importante preguntarnos cuántos de las o los doctores, enfermeros, auxiliares se implican realmente en conocer cómo funcionan las prácticas terapéuticas de este otro sistema de salud.

El *enfoque de convivencia*, tercera interacción planteada por la autora, es un proceso de interacción real entre los miembros de las distintas culturas. En este contacto se construye un puente de comprensiones mutuas de los procesos terapéuticos en relaciones equitativas de poder. Se trata de una relación intercultural profunda y real: es un diálogo de saberes. En este encuentro, los dos sistemas curativos —tanto el SOS como el tradicional o ancestral— se retroalimentan.

En el caso del Ecuador, para que esta interacción se dé exitosamente es necesario entender las relaciones de poder que atraviesan los sistemas de salud y construir relaciones equitativas y horizontales entre los distintos sistemas de salud.

Finalmente, Mirna Cunningham (2002) presenta el *enfoque del empoderamiento o autonómico*, en el cual cada sistema de salud opera por su cuenta y tienen una legitimación y validación por medio del reconocimiento real de los derechos culturales de cada pueblo a decidir sobre su propio sistema terapéutico (manifestaciones curativas y sus representaciones, agentes de salud tradicionales). Asimismo, tienen la posibilidad de participar en espacios de decisión sobre la política pública nacional, libertad de determinación y acceso a recursos.

Actualmente, en el caso del embarazo y la atención del parto, tanto en Ecuador como a nivel mundial, el paradigma del SOS se ha extendido en las zonas urbanas y rurales. Esto da como resultado que el parto hospitalario sea percibido como “la forma correcta de dar a luz”, marginalizando los saberes y las prácticas de culturas y pueblos que han sido producto de siglos de sabiduría ancestral. La partería y las parteras son agentes clave de la memoria viva de cada uno de los pueblos y guardan, en la mayoría de los casos, conocimientos ancestrales sobre el manejo de las plantas, los cuales han sido transmitidos intergeneracionalmente. La idea del parto, entendido desde el pensamiento único, ha eclipsado la existencia de otras formas de entender el nacimiento.

La atención hospitalaria del parto hoy está atravesada por una serie de protocolos médicos que garantizan la seguridad de la madre y del neonato; no obstante, también provocan una suerte de hipermedicalización del nacimiento, en la cual la mujer pierde el rol protagónico de su propio parto. Para ejemplificar esta última afirmación, a pesar de que en la Organización Mundial de la Salud mucho tiempo atrás ya recomendó que la tasa de cesáreas no debía superar el 15 % de los nacimientos (OMS, 1985), en Ecuador esa tasa fue del 25,8 % entre 2008 y 2012, y en el caso del Brasil llegó al 66 % (OMS 2013: 102).



Según la encuesta ENDEMAIN de 2004, existe 34 % de cesáreas en las zonas urbanas; mientras que en las zonas rurales esta tasa es de 16,1 %. Entre más elevado es el nivel de educación, existe más incidencia de cesáreas: 49,1 % en mujeres con educación superior; mientras que 10,1 % en mujeres que no tienen educación formal. El componente económico es igualmente relevante, ya en instituciones privadas se daban 49,8 % de cesáreas; en comparación a la media nacional en 2004 que era de 34,5 % (Mideros 2008: 250-251). En definitiva, entre mayor educación tiene una mujer tiene mayor probabilidad de tener una cesárea, ya sea por voluntad propia o por consejo de su agente salud. Asimismo, el hecho de que las cesáreas sean más comunes en el sistema privado de salud plantea la posibilidad de que muchas veces se realiza este procedimiento en situaciones que no lo ameritan, pero resulta más rentable para el agente de salud.

Tras entender la mirada de la antropología médica, nuestro foco se orientará en visibilizar cuáles son las representaciones presentes en la cosmovisión kichwa de salud.

## Cosmovisión kichwa de salud

En este subtema nos centraremos en entender los procesos históricos que han modulado las concepciones kichwa de salud y nos enfocaremos en analizar las representaciones existentes tras las prácticas curativas.

Los testimonios arqueológicos de las culturas preinkaicas dan cuenta de una nascente organización social y la presencia de representaciones sobre enfermedades relacionadas con “seres humanoides, extraños e invisibles, que podían poseer, invadir y abandonar a las personas” (Cruz s. f.: 153). Estos seres provocaban en estos pueblos miedos y un sentimiento de inferioridad. La enfermedad se presentaba como un sufrimiento colectivo y dependencia mutua que requería de un esfuerzo colectivo para asegurar la supervivencia de cada individuo y por lo tanto del grupo. Las enfermedades eran concebidas como manifestaciones de poder superior. Estas culturas comenzaron a desarrollar conocimientos empíricos sobre su entorno y las plantas que podían curar ciertas enfermedades (Cruz s. f.).

Posteriormente, durante los siglos XV y XVI, la cultura inka nacida en Cuzco conquistó pueblos ubicados en los actuales territorios de Perú, Ecuador, Colombia, Bolivia, Chile y Argentina, durante los siglos XV y XVI. En el proceso de conquista inka se impuso a las culturas dominadas su religión, su lengua (kichwa) y también su cosmovisión.

Dentro de la cosmovisión kichwa está el ícono de Ima Imana Wiracocha, una figura cosmogónica que enseñó al pueblo inka los principios sacerdotales y médicos. Esta figura arquetípica es encarnada por los *yachaks* o curanderos, cuyas prácticas de sanación están vinculadas al mundo de lo sagrado (Rodríguez Flor 2010).

La llegada de Cristóbal Colón a América marca un giro en las sociedades de ese momento. A partir de 1492 se produjo un proceso de colonización durante el cual se impuso la cultura española a los pueblos conquistados: su religión católica, su lengua y todo el sistema de sus representaciones y prácticas. Los pueblos americanos experimentaron una aculturación cultural, durante la cual se cuestionó toda su cosmovisión y se implantó otra cultura como la dominante.

Paralelamente a la conquista de América, Europa estaba experimentando el impacto de la Inquisición, que provocó que la colonización fuese mucho más intolerante con las prácticas culturales —como la religión y la medicina ancestral— de estos nuevos pueblos subalternizados. A pesar de esta agresión cultural, los pueblos de los Andes resistieron esta dominación:

Un caso especial es el del personaje sacerdotal “Guarungo” que durante el período de la “gran viruela” (epidemia generalizada entre 1586 y 1589 y durante 1614) animó a los nativos a deshacerse de los símbolos cristianos, la cruz y las imágenes religiosas para evitar esta enfermedad y estos pueblos la obedecieron. Es muy significativo que la propagación de esta epidemia, en su mente, se haya asociado con esta aculturación religiosa (Cáceres s. f.: 20).

En la actualidad, especialmente en las sociedades rurales, se mantienen las prácticas derivadas del sistema de salud cultural ancestral, y los agentes de salud como los *yachaks*, chamanes y parteras existen en paralelo con el sistema académico. Para entender los principios de la medicina ancestral en la cultura indígena en Ecuador, es necesario entender el cuerpo, la salud, la enfermedad o cualquier otro concepto relacionado con la salud más allá de los cinco sentidos, pues existe una relación con las dimensiones espirituales y sagradas. La naturaleza es, asimismo, uno de los principales elementos curativos (proporciona las plantas) y es concebida en sí misma como un ser vivo:

Los *yachaks* afirman que más allá del mundo que percibimos con los cinco sentidos, lo que vemos, lo que tocamos, lo que escuchamos; hay niveles más sutiles de vibraciones que se pueden percibir con un correcto desarrollo de nuestras facultades. Los *yachaks* afirman la existencia de la fuerza vital y las fuerzas elementales de la Naturaleza (Rodríguez Flor 2010: 28).

Esta concepción espiritual sobre la que se tejen los sentidos de esta medicina ancestral, incluye representaciones religiosas que constituyen una trilogía.

Primero, el Pachakamak, que es:

Una esencia de la vida existente, la realidad inmanente de la vida universal. Es el Omnipresente absoluto en el espacio ilimitado. Pachakamak está por todo. Es el Omnipotente ya que él tiene todos los poderes, toda

manifestación de energías nace de Él en el universo. Él es Omnisciente, de él nacen todas las formas de sabiduría y conocimiento; en consecuencia, todo el conocimiento (pasado, presente y futuro) es poseído por Él [...]. Es el centro generador de todo mundo, de toda existencia en lo tangible y en lo intangible (Noboa 2006: 88).

Segundo, la Pachamama, que es “la dimensión femenina del Pachakamak, por lo tanto es la que recibe la semilla de la vida en sus infinitas manifestaciones” (2006: 89). Se asocia con la fertilidad, por lo tanto con la agricultura y la tierra; por tanto, cuando hablamos de la tierra en la cultura indígena, se trata de un ser vivo y sagrado.

Tercero, el Inti o Sol (en kichwa), que es:

El principio espiritual de la vida creativa que se manifiesta desde la Estrella Central de nuestro sistema solar a través de la luz física. Es el centro de Sinchi (una fuerza o energía) y el Samai (aliento de vida). Es el principio de la vida creativa el que guía los procesos evolutivos de la conciencia del hombre, hacia su unificación con el cosmos (2006: 88).

En la cosmovisión de los pueblos kichwa, la salud emerge del equilibrio entre estos tres mundos que coexisten en la misma realidad:

El Cai Pacha corresponde al plano de la realidad donde actúan todos los seres vivos (humanos, animales, plantas, naturaleza). Cada uno de ellos es masculino (warmi) o femenino (kari). Pacha es al mismo tiempo tiempo tiempo tiempo [sic] y espacio y es también la fuerza vital de la naturaleza que da comida y medicina a todos los seres vivos.

El Jahua Pacha es el plano de la realidad de las estrellas como (el sol, la luna, las estrellas, entre otros) y los fenómenos telúricos que tienen energías beneficiosas o malignas.

El Ucu Pacha es el inframundo, tiene una energía que influye en el Jahua Pacha y el Cai Pacha y se manifiesta en: huacas (enterramientos antiguos), cuevas, cascadas y grietas (2006: 89).

### *Concepción de las enfermedades*

La cosmovisión kichwa se basa en un principio de “paridad equilibrada”, por lo que el caliente (*rupak*) y el fresco (*chiri*) deben estar en equilibrio dentro de los organismos para que estén sanos. La enfermedad es considerada como la pérdida de este equilibrio vital, llamado *sinchi* (Rodríguez Flor 2010).

El individuo puede perder su estado de armonía (*sinchi*) por diferentes situaciones de desequilibrio: una mala calidad en su dieta, malas condiciones físicas o mentales,

tanto personales como de su entorno. Un desequilibrio en la dieta se produce por la falta o el exceso de alimentos y/o el consumo de productos en descomposición o muy condimentados.

El medio ambiente tiene un papel muy importante porque el agua con la que se riegan frutas y verduras puede contaminar la Pachamama, los alimentos y las personas. Los olores fétidos, igualmente, pueden enfermarlos.

Los estados de ánimo también influyen en la salud, según esta cultura: la ira, la rabia, el odio, el sentimiento de venganza, los resentimientos, los dolores y el comportamiento negativo de la persona, pueden causar enfermedad. Existen otras causas de enfermedades asociadas a los espíritus de la naturaleza, entendidos como seres vivos y poderosos que tienen efectos de equilibrio o desequilibrio en los seres humanos. Las causas externas más importantes son:

- El efecto del viento (*wayra hapishka*)
- El efecto del huracán (*akapana hapishka*)
- El efecto del arco iris (*yurak kuichi hapishka*)
- El efecto del chaleur (*rupakmanta*)
- El efecto de una cascada (*puki tashumanta*)
- El efecto de las montañas (*rasumanta*)
- El efecto de una piedra (*walli tashu*) (Rodríguez Flor 2010: 42).

Mientras en la concepción aristotélica se entiende la muerte como una tragedia, en el mundo de los Andes se la concibe como una transición a una nueva forma de vida. La persona que fallece se reintegra a la Pachamama, a la Tierra, de la que forma parte. Por lo tanto, la muerte es parte de este equilibrio en este universo.

### *Clasificaciones de las enfermedades*

Esta medicina ancestral distingue varios tipos de enfermedades:

- Enfermedades de la tierra/campo/brujería. Las “enfermedades de la tierra” ocurren cuando la persona tiene su *sinchi* o armonía vital demasiado débil y estas son enfermedades asociadas con órganos como el corazón, los pulmones o el hígado. Mientras que las “enfermedades del campo” afectan a otros órganos como los brazos, las piernas, las manos y se asocian con enfermedades enviadas por dios. La tercera categoría de enfermedad es la brujería (*ashkamanta*) que es el resultado de un hechizo y debe ser curada por un *yachak*.
- Enfermedades del aire (*wayra hapishka*). El término *wayra hapishka* significa atrapado o llevado por el aire o el “mal aire” y esas son enfermedades

causadas por la influencia de las energías del Uku Pacha o inframundo. Esto puede suceder cuando una persona pasa por uno de estos lugares (cascadas, cuevas, grietas, entre otros) y es atrapada por este espíritu actuando una energía negativa sobre ella. Los síntomas incluyen ansiedad, miedo y/o dolor corporal y al mismo tiempo náuseas, vómitos y diarrea.

- Enfermedades de la luz y el agua. La causa de estas enfermedades es a menudo el arco iris o *kuichi* (resultado de la presencia simultánea de luz y agua), desde donde la enfermedad se llama *yurak kuichi*. Los síntomas de esta enfermedad son hemorragias, anemias y problemas durante el embarazo.
- Enfermedades frescas (*chirimanta*) o por el calor (*rupajmanta*). El exceso de frío se expresa en el cuerpo, trayendo consigo un desequilibrado su *sinchi* o armonía vital y sus consecuencias son secreciones, tumores, resfríos, dolor, entre otras. Las enfermedades debidas al calor se expresan con el exceso de calor en el cuerpo, como el caso de la fiebre.

La manera de hacer el diagnóstico también va a diferir entre la biomedicina y la medicina ancestral. Los curanderos utilizan otros medios para hacer su diagnóstico y tratamiento:

- El uso de la orina para detectar enfermedades de frío y calor.
- El uso del conejillo de indias el cual, frotado en el cuerpo de la persona afectada; absorbe su energía y reproduce en su cuerpo los mismos síntomas.
- La lectura de la vela que absorbe la energía de los pacientes y la expresa por los diferentes colores y tonos de la llama.

Las plantas medicinales, que son la base de los tratamientos en el mundo indígena, se clasifican en tres grupos (Ruiz en Rodríguez Flor 2010: 57-58): las plantas con diversos efectos medicinales, las plantas calientes y frías o frescas, y las plantas para “limpieza”, entre estas plantas para “limpiar”, también existen hierbas calientes y hierbas frescas (Solarte 2010).

Este acercamiento a la cosmovisión kichwa pretende demostrar que las diferencias en las prácticas terapéuticas entre una cultura y la otra no constituyen solo una diversidad entre las manifestaciones culturales, sino que responden a representaciones sociales sobre el cuerpo, la naturaleza, la vida, la salud y la enfermedad que difieren completamente de una cultura de la otra. Para construir un puente entre los sistemas médicos, se necesita primero tejer este diálogo de saberes en el que se entiendan estas construcciones simbólicas.

## Ecuador y las posibilidades de pluralismo médico, en el caso de la partería

Según la Constitución de 1998, “el Ecuador es un estado social de derecho, soberano, unitario, independiente, democrático, pluricultural y multiétnico” (art. 1). Más adelante, esta misma Constitución establece que el Estado “reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de las medicinas tradicional y alternativa, cuyo ejercicio será regulado por la ley, e impulsará el avance científico-tecnológico en el área de la salud, con sujeción a principios bioéticos” (art. 44). Por su lado, la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (2006), decretó “toda mujer tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y post-parto, así como al acceso a programas de salud sexual y reproductiva” (art. 1).

Aunque estos dos marcos jurídicos garantizaban jurídicamente el reconocimiento y el apoyo a las medicinas tradicionales y alternativas, no existieron instrumentos prácticos para integrar las prácticas de las parteras en el sistema nacional o el reconocimiento diario de sus conocimientos, con la excepción de algunos casos especiales, como el Hospital San Luis de Otavalo, el Centro de Salud Jambi Huasi o el subcentro de Guamaní (dentro del sistema público de salud de esa época).

Posteriormente, la nueva Constitución (2008) y el discurso político reivindicaban el Buen Vivir (basado en el *Alli Kawsay* del movimiento indígena). Este marco legal permitió más permeabilidad y visibilidad de los derechos culturales de los pueblos, por lo que en 2008 se emitió la “Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado” (MSP 2008), en donde se validaban y legitimaban las prácticas de las parteras tradicionales. El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), durante ese periodo, elaboró varias guías técnicas para facilitar este contacto intercultural en el momento del parto: se equipó a los subcentros de elementos como con sillas, cuerdas y demás elementos que facilitan la atención del parto en la posición que las mujeres tradicionalmente parían. Se abrieron las puertas a la atención paralela de parteras reconocidas por la comunidad y se creó la figura de los técnicos de atención primaria de salud.

Así, en este subtema nos centraremos —a partir del estudio de caso de Arajuno— en analizar si estas políticas públicas fueron suficientes para generar un diálogo de saberes o qué tipo de relaciones se tejieron entre los dos sistemas de salud: el oficial y el ancestral.

Arajuno se encuentra a 58 km de Puyo, la capital de la provincia de Pastaza. Según el censo de 2010, su población es de 6491 habitantes. La página de Prefectura indica la presencia de mestizos, kichwas, shuar y huaorani.

En este poblado, la mayoría de las parteras tienen una dinámica cotidiana en la que se movilizan, de sus casas en el poblado central de Arajuno, los fines de semana,



hacia sus fincas (en terrenos aledaños más distantes), en las que se dedican a cosechar sus productos y a la cría de animales. Las parteras de Arajuno fueron reconocidas por la comunidad, bajo la tutela de la Dirección Provincial de Salud de Puyo. Este vínculo con el MSP buscaba su carnetización e implicaba recibir capacitaciones sobre identificación de los signos de riesgo durante el embarazo y el parto, y el proceso de remisión de las mujeres a los subcentros de salud. El MSP les pedía también integrar ciertos protocolos en sus prácticas, como el uso de guantes o completar los formularios de embarazo y seguimiento del embarazo y el parto. Asimismo, adquirirían el compromiso de mantener informado al MSP de su trabajo.

Las mujeres, cuyos embarazos están a término en Arajuno, a menudo huyen de las visitas médicas del SOS, porque temen que se les haga una cesárea; por el contrario, asocian a las parteras con un parto vaginal. Los TAPS algunas veces también están asociados al SOS y ya ha ocurrido que cuando ellos van a hacer las visitas de control del embarazo, las mujeres se esconden en las casas de sus fincas. Estos hechos indican que las mujeres no estaban sintiendo que sus necesidades fuesen escuchadas ni sus deseos respetados.

Después de haber entrevistado a 29 parteras y parteros, de los cuales 10 fueron de Arajuno, llegamos a ciertas conclusiones. Arajuno fue uno de los lugares que más luces nos dio sobre el tema de la interacción entre los dos sistemas de salud; de hecho, el Distrito Provincial de Salud editó una publicación sobre uso de plantas en el momento del parto, cuya autoría fue exclusivamente de las parteras de la zona. En esta comunidad pudimos no solo hacer las entrevistas, sino vivir experiencias de observación directa sobre las prácticas alrededor del embarazo y el parto. Pudimos acompañar la maniobra de “componer”, “mantear” o “acomodar” a los bebés durante el embarazo, el proceso de seguimiento domiciliario del embarazo por parte de los TAPS y de las parteras, y presenciar un parto que empezó siendo atendido por la partera y terminó siendo atendido por los médicos residentes.

Si bien muchas parteras ejercen articuladamente con el MSP, otras no van regularmente a las capacitaciones y asisten los partos sin reportarlos al SOS. Sus experiencias también muestran un cierto grado de autonomía y empoderamiento.

En Arajuno, como en gran parte de las zonas rurales del país, las parteras tradicionales tienen el papel de preservar la memoria de una cultura, transmitir el saber de sus abuelas y sus antepasados. Son vitales para la supervivencia de estas tradiciones. Llevan a cabo sus prácticas de forma gratuita, lo que se considera una ayuda mutua en la dinámica de Arajuno. Se basan en el respeto y el reconocimiento de la comunidad.

A pesar de las tensiones debidas a las fronteras culturales entre los dos sistemas de salud, existe colaboración y permeabilidad entre ambos. Existen ciertas experiencias de convivencia en la medida de que la partera tiene la posibilidad de hacerse cargo

de un parto en un subcentro de salud y el subcentro está equipado para adaptarse a un parto tradicional (con varios materiales como la silla para el parto, la cuerda, un pequeño colchón estéril, etc.). Hay algunos cambios en prácticas tales como: la introducción de guantes, la incorporación de un registro de seguimiento que permite al SOS saber de los embarazos y sus posibles complicaciones. La figura de los TAPS busca construir un puente entre los dos sistemas de salud, a menudo estos técnicos pertenecen a ambos sistemas: por un lado, crecieron en la cultura indígena y, por el otro, se les formó desde la mirada biomédica. Sin embargo, se espera siempre que sean las parteras las que adapten sus prácticas y aprendan del SOS y se insiste poco en que los agentes del SOS tengan más aceptación y cercanía con la cosmovisión de las parteras.

Existen también ciertas actitudes que dan cuenta de relaciones desde el culturalismo en los discursos de algunos agentes de salud del SOS, cuyo discurso está permeado por el argumento de autoridad académica, con afirmaciones como que los agentes de salud oficial “sí, saben”, “han estudiado”, a diferencia de las parteras que no estudiaron, y por ende, desde su lectura “no saben” o “no saben tanto” y no cuentan con la misma legitimidad. Con relación al presupuesto, aún no se ha podido destinar muchos recursos al sistema de salud tradicional y no se ha incorporado en la formación universitaria de los agentes de salud oficial, asignaturas que permitan una mirada respetuosa y de reconocimiento al sistema de salud tradicional. El MSP todavía no ha decidido introducir administrativamente a las parteras comunitarias reconocidas, con el fin de remunerar su trabajo (lo que también es un tema discutible, ya que cambiaría las relaciones de reciprocidad propias de la comunidad). Los protocolos de atención se centran en el sistema biomédico: únicamente el parto asistido por un agente del SOS era considerado como “un parto seguro”.

## Conclusiones

El SOS es una construcción cultural resultante de relaciones de poder y tensiones entre diferentes actores. Se creó a lo largo de una historia atravesada, en el caso del Ecuador, por un proceso de conquista y colonización. Esta colonialidad, lejos de ser únicamente militar, fue también simbólica: desde el proyecto civilizatorio, se propendió a borrar todo rastro de la cultura dominada, imponiendo la lengua, la religión y las cosmovisiones de la cultura dominante. La salud no fue la excepción.

Aunque el paradigma biomédico haya sido y continúe siendo el dominante, existen paralelamente otras prácticas, conocimientos y sabidurías que, a pesar de los procesos de colonialidad epistémica, siguen vivos. El parto, así como otras enfermedades o desequilibrios (según como se los perciba), no tiene un solo manejo terapéutico ni se puede considerar al SOS como la única respuesta posible o válida.

Las prácticas terapéuticas no pueden ser consideradas como un hecho universal. Las prácticas curativas traen consigo un tejido de representaciones culturales que es necesario considerar para entender los sentidos que de ahí emergen y que consolidan los sistemas de salud.

Si bien en Ecuador, desde 2008, se ha producido un cambio de enfoque sobre la política pública en salud, el objetivo es tener en cuenta la interculturalidad para poder responder a las necesidades y demandas de todos los sistemas culturales. El cambio de enfoque en el sistema de salud ecuatoriano ha provocado ciertas experiencias de convivencia entre los dos sistemas, sin embargo, en la mayoría de los casos, siguen siendo los agentes de salud del sistema tradicional o ancestral quienes tienen que adaptarse a las demandas del SOS y no al contrario. Para que pueda existir un real diálogo de saberes es necesario que las interacciones se den en relaciones de equidad y respeto mutuo, y eso significa un proceso de decolonización epistémica y de decolonización de los imaginarios sociales.

La antropología médica abre las puertas de este debate desde una mirada de respeto a la diversidad, desde el reconocimiento de todos los sistemas de salud. Posibilita estas interacciones desde otros lugares de enunciación, desde la deconstrucción de estos hitos de dominación que pasan por la violencia simbólica. Asimismo, desde este enfoque, las voces de quienes detentan todos estos saberes ancestrales y muchas veces milenarios, son visibilizadas, así como su importancia en la consolidación de la memoria de los pueblos.

## Referencias citadas

- Benoist, Jean. 1997. "Réflexions sur le pluralisme médicale: tâtonnements, alternatives ou complémentarités?" [Archivo]. <https://bit.ly/3NZlxWL/>
- Cáceres, Efraín. (s. f.). "Encuentros y desencuentros de dioses y curanderos: 500 años en la medicina andina". En: Dante Orellana Salvador (ed.), *Salud, historia y cultura: contribución a la práctica sanitaria a finales del siglo y milenio*, pp. 152-158. Quito: Abya-Yala.
- Constitución Política del Ecuador*. 1998.
- Constitución Política del Ecuador*. 2008.
- Cruz, Marcelo. (s. f.). "Historia de las neurociencias en América". En: Dante Orellana Salvador (ed.), *Salud, historia y cultura: contribución a la práctica sanitaria a finales del siglo y milenio*, pp. 152-158. Quito: Abya-Yala.
- Cunningham, Mirna. 2002. *Etnia, cultura y salud: la experiencia de la salud intercultural como una herramienta para la equidad en las regiones autónomas de Nicaragua*. Washington DC: OPS; OMS.
- Dussault, Gilles. 1985. "Professionnalisation et déprofessionnalisation. Traité d'anthropologie médicale. L'Institution de la santé et de la maladie".

- En: Autor, *Les classiques des sciences sociales*. Université du Québec à Chicoutimi.
- Goblet, Veronique. 1993. *Parteras, entre brujas y doctores: juegos de poder antiguos entre agentes de los sistemas de salud formal e informal en la Sierra ecuatoriana*. Quito: FLACSO.
- Kaptchuk, Ted y David Eisenberg. 2001. Varieties of healing 1: Medical pluralism in the United States. *Annals of Internal Medicine*. 135(3): 189-195.
- Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia*. 2006. Última reforma: 12 de septiembre de 2014.
- Mideros, Raúl. 2008. "Medicalización e industria del nacimiento". En: Betty Espinosa y William Waters (eds.), *Transformaciones sociales y sistemas de salud en América Latina*, pp. 247-255. Quito: FLACSO; Ministerio de Cultura.
- MSP. 2008. "Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado". SNS; CONASA.
- Muyolema, Armando. 2001. "De la 'cuestión indígena' a lo 'indígena' como cuestionamiento. Hacia una crítica del latinoamericanismo, el indigenismo y el mestiz(o)aje. Ecuador". En: Ileana Rodríguez (ed.), *Convergencia de los tiempos: Estudios subalternos, Contextos latinoamericanos, Estudios cultura y subalternidad*. Ámsterdam y Atlanta: Rodopi.
- Noboa, Patricio. 2006. "Representaciones del corpus de la naturaleza: de la pre a la postmodernidad". En: Adolfo Albán Achinte (ed.), *Textiendo textos y saberes*, pp. 83-104. Universidad del Cauca.
- OMS. 1985. "Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento". Fortaleza: OMS.
- ONU. 2013. "Objectifs du millénaire pour le développement". États-Unis: Nations Unies.
- Rodríguez Flor, Germán. 2010. *La faz oculta de la medicina andina*. Quito: Abya-Yala.
- Saillant, Francine y Serge Genest. 2006. *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux*. París: les Presses de l'Université Laval; Economica; Anthropos.
- Solarte, Marco. 2010. "Hierbas, usos, rezos y rituales: testimonio" [Archivo]. <https://bit.ly/37veUuA/> (01/10/2012).