

Betty Espinosa y William Waters, editores

Transformaciones sociales y sistemas de salud en América Latina



FLACSO
ECUADOR

Índice

Presentación	9
Introducción	
Visiones comparativas de las transformaciones sociales y los sistemas de salud en América Latina	11
<i>William F. Waters</i>	
SECCIÓN 1	
SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD EN ECUADOR Y AMÉRICA LATINA	
Buen gobierno en salud: un desafío de todos	27
<i>Nilhda Villacrés</i>	
Los modelos de atención de salud en el Ecuador	49
<i>Fernando Ortega Pérez</i>	
Los servicios públicos de atención de salud del DMQ: cantidad, calidad y costos	65
<i>Ruth Lucio</i>	
Los contenidos de la agenda local de salud: heterogeneidades y problemas transversales en municipios del Conurbano Bonaerense, Buenos Aires, Argentina	85
<i>María Mercedes Di Virgilio y María Canel</i>	
Un acercamiento al pluralismo médico en los Andes	101
<i>Jos Demon</i>	

© De la presente edición:

FLACSO, Sede Ecuador

La Pradera E7-174 y Diego de Almagro

Quito-Ecuador

Tel.: (593-2) 323 8888

Fax: (593-2) 3237960

www.flacso.org.ec

ISBN:

Cuidado de la edición: Paulina Torres

Diseño de portada e interiores: Antonio Mena

Imprenta: Rispergraf

Quito, Ecuador, 2008

1ª. edición: junio, 2008

SECCIÓN 2

POLÍTICAS DE SALUD Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL ÁMBITO NACIONAL E INTERNACIONAL

Desde el diseño a la implementación de políticas públicas: el caso de la reforma de salud en Chile	123
<i>Óscar Arteaga</i>	
A política de saúde e o Programa Saúde da Família no debate da seguridade social no Brasil: o olhar do serviço social	145
<i>Laurita Wiese</i>	
Educación ciudadana y políticas públicas en salud	163
<i>Juan Camilo Salas Cardona</i>	
Ecuador offers an alternative option to international aid and health policies	177
<i>Jean-Pierre Unger, Nancy Vásconez y Pierre De Paepe</i>	
Salud familiar integral y Asamblea Constituyente	189
<i>Edgar Rodas Andrade</i>	

SECCIÓN 3:

PRÁCTICAS EN LAS PROFESIONES DE SALUD

Formas simbólicas y tránsitos identitarios: una aproximación teórico-metodológica a las percepciones, usos y apropiación de la noche entre los enfermeros y enfermeras nocturnos	207
<i>Andrés López Ojeda</i>	
De la identidad institucional a la figura de estatus en la profesión de enfermería: un estudio de caso con enfermeras del sector público en la Ciudad de México	227
<i>Hedaldid Tolentino Arellano</i>	
Medicalización e industria del nacimiento	249
<i>Raúl Mideros Morales</i>	

Un acercamiento al pluralismo médico en los Andes

Jos Demon*

Introducción

Mediante este artículo espero aportar a una mayor comprensión de la interrelación entre la biomedicina -la medicina desarrollada por los avances de la ciencia, que se originó y que se difundió desde el occidente- y las formas tradicionales de la medicina. Me dedicaré al “pluralismo médico” en los países andinos, Ecuador en particular, donde se observa la convivencia de ambas formas de medicina. Mis reflexiones son instruidas por una pesquisa alrededor la historia de la medicina en países, como Holanda e Inglaterra donde se aniquilaron las formas tradicionales de curación. No puedo repetir los resultados de esta pesquisa por el formato de esta publicación, pero las propuestas para la comprensión del pluralismo médico en los Andes que se encuentran más adelante han sido elaboradas desde la comparación con la historia de la medicina en Holanda e Inglaterra en el siglo XVIII¹.

El presente artículo no tiene mayor pretensión histórica; más bien, debe ser considerado como un instrumento de apoyo para encontrar pautas para un estudio más amplio, sobre la conformación actual del pluralismo médico en los Andes. Las comparaciones entre contextos de salud tan diferentes, como el de los países nórdicos del siglo XVIII y el

* Estudiante Doctorado Flasco-Ecuador. Maestría en Teología en la Universidad Católica de Nimega, Holanda

1 Este artículo es una síntesis parcial de un texto más extenso: Demon, Jos (2006).

de los países andinos hoy, carecen de precisión histórica, y habrá que corregirlas según los avances de la historia de la salud de ambos lados del océano Atlántico. Pero estas comparaciones nos pueden apoyar en elaborar algunos paradigmas, o para construir algunos “tipos ideales”, según el término de Max Weber, en lo que se refiere al desarrollo de lo que ya calificamos como “pluralismo médico”². Aparte de la medicina tradicional y la biomedicina occidental nos encontramos en esta investigación con un tercer actor, la medicina alternativa de origen occidental, que ocupa un lugar estratégico con relación a las dos medicinas que ya mencionamos.

Pluralismo médico hoy en el Ecuador

Si comparamos la historia de la salud en un país andino como Ecuador, con la de Holanda e Inglaterra podemos comprobar un despegue en el desarrollo de la salud regular desde el siglo XVIII, desarrollo que no se logró conseguir con la misma dinámica en el Ecuador. Ecuador mantiene cierta fragilidad del sistema médico regular hasta el día de hoy si se comparamos con estos países nórdicos. Podemos señalar cierta correspondencia del país andino con Holanda antes de la segunda guerra mundial, en la medida que el sistema regular se comprueba incapaz de proveer una atención médica para la población entera. Los médicos y especialistas viven de los más adinerados, de la clase media y por arriba, y sus servicios son de difícil acceso para los estratos pobres. La gran difusión de clínicas particulares y la focalización de la atención en los hospitales, tanto privados como estatales, contrastan con los servicios de salud a nivel local, es decir: con la ausencia de practicantes con las características del “médico general” al estilo norte europeo, que asiste a los pacientes en los pueblos y barrios antes de irse al hospital y la precaria distribución de redes de asistencia primaria.

2 El uso del término “pluralismo médico” se difundió con rapidez. La rápida difusión conlleva cierto peligro de incurrir en un manejo ideológico del término, en el sentido de negar las diferencias de poder existentes entre practicantes regulares e irregulares, educados y empíricos, en la salud, como las describimos en el texto.

Existe otro desnivel en la atención médica por la concentración de servicios de salud en las ciudades y su falta de cobertura en el campo³. Por fin se suma una división según las clases sociales entre la atención en el sistema de salud particular y otra atención bien diferente en las instituciones de la salud estatal. Aunque sea peor sin ellas, la atención gratuita en los hospitales públicos y la asistencia a la población campesina, mediante el seguro campesino en los hospitales del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social sigue siendo altamente deficiente y no puede compensar a una red de asistencia primaria y de médicos (“generales”, “familiares”) de primera fila.

Aquella estratificación del acceso a los servicios de la salud atestigua la incapacidad del estado ecuatoriano para garantizar una base satisfactoria en la atención de la salud para los estratos más pobres de la sociedad y la quiebra del ideal de un seguro social para todos. Es fiel testigo, sobre todo, de una realidad económica en que la riqueza se concentra en una minoría de la población, la ausencia de una verdadera clase media que pueda contribuir en aliviar la excesiva polarización del espectro social y la falta de voluntad del estado para encaminar una redistribución de riqueza mediante una política fiscal. Además del limitado acceso a la salud, la desigualdad social se repite en el campo de la nutrición, educación, servicios básicos, infraestructura e inversiones que se expresa en la creciente brecha entre los estándares de vida de la ciudad y del campo⁴.

La falta de cobertura de la medicina regular y occidental influye en que los “empíricos”⁵ siguen ejerciendo una fuerte influencia en países an-

3 Se estima que la ciudad de Lima tenía concentrada al 70 por ciento de los profesionales de la salud del Perú en 1985 (Cueto y Zamora, 2006: 53). Es probable que encontramos una concentración parecida del personal médico en las grandes ciudades del Ecuador. Tenemos que tomar en cuenta la gran cantidad de médicos asociadas a clínicas y hospitales, la mayoría de ellas privadas. La relación entre médicos que atienden a familias en los pueblos y barrios y especialistas en Holanda fue de 2 115 a 136 en 1900, una relación de 16 a 1. En 1980, sin embargo, la relación se había invertido: hubo 9 322 especialistas con tan sólo 5 556 médicos familiares; una relación de 5 a 3, según Vegchel (1991: 27).

4 Los ideales para implementar una asistencia primaria en salud para los países en desarrollo expresado en la Conferencia de Alma Ata en 1978 y promovido por La Organización Mundial de Salud nunca se concretaron en América Latina (Cueto y Zamora, 2006: 28-54, 79-93).

5 Con el término empíricos me refiero a practicantes de la salud que no se califican por una educación formal, reconocida por las autoridades municipales o estatales. Solapan pero no coinciden con los que calificamos como irregulares porque entre estos últimos sí había o hay personas, como algunos itinerantes, que recibieron una educación formal.

dinos como Perú, Bolivia y Ecuador. Persiste toda una cultura popular con varios ramos de medicina informal o irregular donde figuran el compondor de huesos y el sobador, la rezandera y la yerbatera (yuyero, yuyera), la partera y el curandero-chamán⁶. Es muy difundido, entre indígenas y mestizos, la curación por opuestos conocido como el sistema frío-caliente, en el que se ha debatido los orígenes precolombinos e hipocráticos⁷. Y, existen prácticas por parte de los curanderos de uroscopia y teorías de sangre que parecen que fuesen herencias del sistema de los humores aunque (ya) no se acompañan con sangrías⁸.

Abundan, además, otras enfermedades que se han definido como “síndromes culturales” en la antropología médica⁹: el susto/ espanto, el mal aire, el mal de ojo, el empacho, los nervios y la debilidad. Como parte de estos “síndromes culturales” -en mi modo de ver relacionadas con la magia y la religión, o la “cosmología”, de las poblaciones andinas- habrá que incluir a las creencias alrededor del embrujamiento¹⁰. El chamán mantiene su importante papel de intermediario en estas enfermedades relacionadas con la cosmología y la brujería, tanto entre indígenas como entre mestizos y tanto en el campo, como en la ciudad¹¹.

Mientras tanto se presentó un tercer contrincante para la contienda en la arena de la salud andina, sumándose a la biomedicina y la medicina tradicional: la medicina alternativa de origen occidental. Aquel tipo de me-

6 Para una impresión de la variedad en la medicina tradicional en los Andes, consulte Koss-Chioino *et. al.*, 2003; Ruiz Saona, 2006.

7 Entre la variedad de aportes sobre el tema remitimos a dos visiones opuestas, Vokral (1991) y Foster (1994).

8 Muñoz Bernard (1986: 32-37). La sangría y la aplicación de sanguijuelas son indicios interesantes para la difusión del sistema de los humores en América Latina (Foster, 1994: 75-95, 87).

9 Literalmente, “síndromes culturalmente atados” (*culture bound syndromes*). De la abundante literatura de las últimas dos décadas sobre este tema, se merece dar particular énfasis a los aportes de la corriente interpretativa de la antropología médica, con representantes como Good (1994) Kleinman (1988) y Csordas (1994).

10 En otro ensayo propuse diferenciar entre cuatro categorías de enfermedades entre los indígenas kichwa de la sierra, en base de sus etiologías: las enfermedades relacionadas al complejo “frío-caliente”, a la “cosmología”, a la brujería o “la magia del daño y las enfermedades relacionadas a la influencia de los blancos” (Demon, 2007).

11 Descripciones de la práctica de chamanes mestizos que operan en las ciudades de la costa norte de Perú se encuentran en: Sharon, 1998 [1978]; Joralemon y Sharon, 1993; Glass-Coffin, 1998. Para Ecuador, compare: Schweitzer de Palacios (1994).

dicina, donde destacan corrientes como las hierbalistas, la hidroterapia y la homeopatía, nació como protesta, y protesta organizada, al monopolio de los regulares en el Norte de Europa y Estados Unidos a comienzos del siglo XIX. Algunos representantes, entonces, de esta medicina alternativa que se popularizó en los Andes, ya tenían su historia en el occidente: por ejemplo la uroscopia, la iriscopea, la homeopatía y las terapias de las hierbas. Una corriente, como la homeopatía se difundió tempranamente en América Latina y la actual preocupación con la dieta y una vida sana, ya se pueden detectar en la preocupación por el régimen de los non-naturales y la higiene en una tradición de intelectuales europeos de varios siglos¹².

Otras ramas son más novedosas como la medicina oriental, la acupuntura, el shiatsu, el reiki, el yoga, la aroma-terapia, como otras tendencias más volátiles de la Nueva Era donde se aducen conceptos de reencarnación y del chamanismo para explicar a las enfermedades. Como ocurrió en el occidente del siglo XIX, hoy en día, el núcleo de los defensores de la medicina alternativa en los países andinos está constituido por médicos bien instruidos en, pero descontentos de la medicina regular. Esta medicina está muy ligada con la clase media emergente, algo que se repite con la Nueva Era donde constan profesionales que se distanciaron de las iglesias tradicionales¹³.

Por la incapacidad de la medicina regular en dominar al mercado de la salud se mantienen empíricos tradicionales en los Andes, parecidos a los del siglo XVIII en Europa y se desenvuelven descendientes de corrientes de medicina alternativa que se originaron en este continente a finales del mismo siglo. En la situación actual de los Andes parece que se diera una acumulación de los representantes de las más diversas orientaciones de la salud. En vez de desaparecer aunque sea paulatinamente, como en Holanda e Inglaterra, los empíricos se mantienen al lado de la biomedicina y de la medicina alternativa. El interés de la medicina alternativa, de la

12 Smith, Ginnie (1985) Smith, Virginia (1987); Emch-Dériaz (1992); Pedraza Gómez (2002). José Peregrino Sanmiguel, físico del ejército de Juan José Flores y otros coidearios establecieron el primer instituto de homeopatía en Bogotá en 1865 (Sowell, 2001:47-50).

13 El fenómeno conocido como la Nueva Era (*the New Age*) tiene una larga cadena de antecedentes en la historia occidental. Vea: Hanegraaf (1998 a; 1998 b).

Nueva Era y del turismo en la medicina tradicional, particularmente en las terapias de las hierbas y en el chamanismo, la intervención de organismos internacionales y la consagración de los derechos de los pueblos nativos en la constitución (Assies; Haar; Hoekema, 2003; Warren y Jackson, 2002) da otra dimensión de la globalización a la defensa de la medicina tradicional¹⁴.

El pluralismo médico en los países andinos resulta ser complejo. Hay acceso de los adinerados a servicios de medicinas tradicionales y a los servicios de los chamanes, pero también al contrario, un uso selectivo de la biomedicina por parte de las clases pobres. Existe una variedad de alternativas de salud en los Andes lo que, en principio, dará más opciones al individuo o la familia para escoger entre estos servicios, posibilidad que corresponde particularmente a la situación de las clases intermedias. En el siguiente apartado intentaré formular algunos criterios para comprender mejor a esta convivencia y esta competencia entre sistemas de salud tradicionales, regulares y alternativos en los países andinos.

Algunas reflexiones sobre la convivencia de y competencia entre sistemas de la salud: autoridad como eficacia, legalidad y estatus

Lo que consta, por lo general, es que el encuentro de la medicina tradicional con la biomedicina resultaba en el debilitamiento y la marginación de la primera. La difusión de la ciencia y de la biomedicina puede tener efectos devastadores para la medicina que se había concebido en términos culturales. Podemos preguntarnos en qué medida la medicina tradicional puede sustentarse, adaptarse o renovarse al lado de la biomedicina. En general, estos sistemas de carácter cultural y popular, carecen de capacidad para incorporar los nuevos elementos de la ciencia.

La supervivencia de cualquier sistema médico está siendo determinada por su eficacia, o al menos, por su reputación de eficacia. La biomedicina es altamente eficaz en combatir enfermedades que supo diagnosticar

14 Para el impacto de estos factores en la práctica de los chamanes, vea: Schweitzer de Palacios y Wörrle (2003: 47-104, 348-352).

y cuyos síntomas ha podido generalizar. La medicina tradicional suele mantener su influencia en la medida que sabe curar enfermedades que logran escapar a esta dinámica de las sistematizaciones científicas. Es interesante ver que, tanto campesinos de la sierra ecuatoriana, como mestizos de la ciudad de Quito, saben distinguir entre enfermedades que pueden ser solucionadas con la medicina científica y otras que sólo pueden ser remediadas por métodos tradicionales¹⁵.

Pero aunque importante, y tal vez el más importante, la reputación de la eficacia de un sistema de salud, no es el único factor que aporta a convencer a personas y grupos en buscar sus auxilios. Un importante ámbito del debate es el del reconocimiento de la autoridad de los practicantes médicos; llamémoslo su legalidad, por estar sustentado por las autoridades municipales o estatales y por las ideologías que la sostienen. No nos olvidemos tampoco del poder de instituciones, como las iglesias, y su influencia en la construcción de la ética, de la opinión pública y, en la conformación del sistema legal.

Los empíricos del siglo XVIII en Europa -la partera, el componedor de huesos, el cupper: el o ella que aplicaba las ventosas, el uroscopista y el astrólogo que ya bajaron al nivel de la cultura popular, con los practicantes de magia y brujería- tenían pocas posibilidades para defenderse de la imposición de la medicina regular sancionada por las autoridades municipales. En tal extremo, que esta gente “sencilla y sin educación”, apenas importaba a los doctos físicos, cirujanos y farmacéuticos, que controlaban la opinión pública culta y los mecanismos de popularización de la medicina.

Los verdaderos oponentes de los regulares en Inglaterra y Holanda eran más bien los itinerantes que llevaban el mismo título de doctor y estos empíricos uroscopistas y astrólogos que adquirieron las simpatías de la clase media por arriba. Así mismo declararon la guerra a los droguistas que a pesar de su ignorancia de la medicina formal comenzaron a vender

15 McKee (1988) demuestra como se reconocen cinco diferentes tipos de diarreas en las comunidades de la sierra, solamente uno puede ser considerado como una enfermedad que puede ser solucionada por el médico de tradición regular occidental. En otro estudio, la autora relata como un padre de familia, médico de clase media alta, se convence que su hijo debería ser tratado por una curandera (McKee, 2003).

medicinas, prescripciones y tratamientos, con el que bajaron los precios de la asistencia médica. Por lo demás, la preocupación se dirigió hacia la delimitación de fronteras entre los tres grupos de regulares y el novedoso practicante general y hacia la nueva resistencia organizada de los corrientes de la medicina alternativa.

Los empíricos se encargaban de las clases sociales donde no llegaban los físicos y los nuevos cirujanos, y donde no podían llegar tampoco, teniendo en cuenta su limitada capacidad de intervención médica. Es probable que aquella situación cambió cuando el poder de los practicantes regulares aumentó a fines del siglo XIX, lo que hizo más real y palpable la utopía de poder extender el control médico a la población entera¹⁶.

Ya en el siglo XVIII, el título de doctor equivalía al permiso de ejercer la medicina y le daba una importante protección al practicante como podemos deducir de casos como los del astrólogo Ludeman y el uroscopista Myersbach, empíricos que adquirieron sus títulos en formas poco transparentes. Aunque un practicante con título pudo ser atacado y contrariado por el colegio de físicos o por otro físico o cirujano resultó factible que él mantuviese su práctica con el apoyo de su clientela y su público.

La dificultad en descalificar a la homeopatía y la hidroterapia, por ejemplo resultó del hecho que muchos de estos practicantes llevaban sus títulos de médico¹⁷.

Los empíricos, sin embargo, dependían de otro tipo de legitimación que se desprendió de la cultura popular, que no debemos subestimar, pero que se debilitó con la imposición de las leyes del aparato municipal y estatal, y con la difusión de la medicina regular. En Europa del norte podemos averiguar un mecanismo, o avanzar una regla donde se consolidaba la nueva biomedicina con los respaldos de la autoridad conferida por la ciencia y el estado, se debilitaba la autoridad de la cultura popular y con ella, la influencia de los empíricos.

16 Estas aserciones sobre Holanda e Inglaterra en el siglo XVIII son un resumen de las siguientes compilaciones: Blécourt, Frijhoff y Gijswijt-Hofstra (1993); Gijswijt-Hofstra (1995); Gijswijt-Hofstra y Frijhoff (1987); Bynum y Porter. (1987); Porter (1985); Porter (1992).

17 Brown (1987); Harrison (1987); Porter (1987); Wear (1992). Este fenómeno de la protección de los títulos se repite en la actualidad en los países de los Andes. Las corrientes de medicina alternativa se difunden bajo la protección de médicos graduados que se convencieron del valor y de la integridad de estas corrientes.)

Averiguemos si la validez de esta regla de la difusión de la biomedicina en los países norte- europeos, se puede corroborar en los países latino-americanos. Demos unos ejemplos por sí significativos. La llegada de un centro de salud público atendido por un médico y una enfermera en Hidalgoitlán, un pueblo de origen náhuatl de la zona petrolera de México, en los años ochenta del siglo XX repercutió en un desprestigio de curanderos populares como las parteras de trasfondo indígena y los culebreros que se habían especializado en mordeduras de víboras.

El sobador y los curanderos que se dedicaban a enfermedades de carácter cultural como el espanto, el mal de ojo y la caída de la mollera mantenían su prestigio por la sencilla razón que el nuevo centro médico no pudo sustituir a sus servicios. Estos curanderos, sin embargo, experimentaron la competencia de los pentecostales y adventistas que negaban la existencia de aquellos síndromes culturales y que pretendían curar mediante la oración. Parteras, culebrero y espiritualista se aliaban con un médico del pueblo, un practicante que ejerció la medicina en tiempo parcial y sin título, para defenderse de la influencia del nuevo centro de la salud (Modena, 2002).

Pero la regla que mencionamos se deja invertir. Donde la biomedicina se comprueba voluble e incompetente se debilita su autoridad, con aquella de la ciencia y el estado y se puede difundir la autoridad, tanto de los empíricos como de la cultura tradicional o popular que les alberga. Una linda ilustración de esta inversión es aquella descrita por Libbet Crandon en la cual una familia mestiza de un pueblo del altiplano en Bolivia¹⁸, que se había identificado con la cultura occidental, se convenció de su interés de respetar a la autoridad de un chamán aymará. Los mestizos del pueblo perdieron gran parte de sus terrenos adjunto a su papel de intermediarios, entre las elites de la nación y los indígenas aymará, cuando la reforma agraria de 1952 acabó con los grandes terratenientes y los privilegios mestizos de la administración municipal.

Una madre de familia y sus hijas que representaban al liderazgo mestizo, quedaron sin mayor amparo después de la muerte del padre de la familia. Las hijas terminaron su educación para profesora en el campo, pero

18 La autora no nos revela la identidad del pueblo, Crandon (2003).

no encontraron un cónyuge del estatus social que su tradición les hubiese requerido. Una de ellas entró en serios disturbios mentales y murió después; su tratamiento en un hospital psiquiátrico en la capital de La Paz, por ser profesora, financiado por el seguro nacional, no aportó en la recuperación de su salud. Cuando la segunda hija cayó enferma, su novio le dejó tratar por un chamán aymará, un yatiri, pero una indígena aymará advirtió a la madre que el chamán intentaba matar a su hija. La madre había acusado al hijo del yatiri de robar de la mina que ella explotaba con su segundo esposo, y en venganza el chamán entregó la hija al Tio, el espíritu de la mina. Sólo por hacer sus excusas públicamente y someterse, entonces a la autoridad médica del chamán, el yatiri le perdona a la madre y procura que la segunda hija recupere su salud.

Aquellos ejemplos, cuyo espectro se podría ampliar¹⁹, demuestran que el forcejeo entre la medicina tradicional y la biomedicina está determinado por una variedad de factores sociales. Crandon presenta la historia de la madre y sus hijas para ilustrar su tesis de la importancia de la lucha de clases y del estatus social: el anhelo de pertenecer a, e identificarse con ciertas capas de la sociedad en las negociaciones sobre la salud (Crandon, 2003, en: Koss-Chioino; *et. al.*, 2003: 27-41. Compare: Crandon-Malamud, 1991.

Y en verdad, su opción de respetar al yatiri corresponde al reconocimiento de los cambios sociales bajo los cuales, ya no tiene mayor sentido que los mestizos sigan identificándose, en todos sus aspectos, con la cultura blanca-occidental. Pero su historia sirve también para ilustrar al criterio de la eficacia; la madre ya perdió la confianza en la medicina occidental por la muerte de su primera hija y estaba dispuesta a arriesgarse con el especialista de la salud de la cultura indígena²⁰.

El componente de estatus se aplica tanto a los clientes como a los practicantes. Donde la biomedicina está minando a la posición de los empíricos, ellos pueden buscar una alianza con otros practicantes que se oponen a sus representantes, como señalamos en el caso de Hidalgo-

19 Bastien (2003); Greenway (2003); Mckee (2003); Miles (2003); Price (2003). La importancia de la estrategia étnica en opciones de medicina se extiende por lo demás a opciones en la alimentación: Graham (2003); Vokral (1991); Weismantel (1988).

20 Compare la crítica en Kleinman (1995: 197-201).

titlán, ampliar sus conocimientos, como ocurrió con una curandera en Cuenca que se adueñó de teorías y prácticas de la medicina alternativa, o simplemente incorporar símbolos de la biomedicina y de la cultura hegemónica como vestimenta occidental, teléfonos, esferos y hojas de prescripción²¹.

La competencia de la biomedicina no es la única y probablemente y, a menudo, ni el más importante para los empíricos porque existe otra interna, entre ellos mismos, en que intentan realzar su renombre y reputación personal. En la asociación de chamanes o yachacs en el pueblo de Ilumán, entre las cabeceras de Otavalo e Ibarra al norte del Ecuador, estudiado por Bernhard Wörrle, se utilizan varias estrategias para resaltar destrezas y conocimientos individuales, entre ellas el contacto con curanderos de la selva, con los del Valle de Sibundoy en Colombia y con los curanderos de los indígenas Colorados de Santo Domingo.

Algunos curanderos destacan la confiabilidad de la tradición kichwa cuando otros, especialmente los curanderos mestizos, juegan con su libertad para integrar elementos de la magia occidental, del espiritismo y hasta convicciones y oraciones de los testigos de Jehová. Mientras tanto, los yachac de Ilumán se abrieron a la creciente corriente del turismo alternativo que se interesa por la cultura indígena y el chamanismo, otro mercado para mejorar sus ingresos y aumentar su estatus social²².

Algo innovador en la historia de los empíricos es el reconocimiento de la medicina de los pueblos nativos como tradiciones culturales valederas en la constitución de 1998 en Ecuador. Con ello, el Estado ecuatoriano proclamó su intención de integrar la biomedicina con la medicina tradicional y creó la nueva sección de la Dirección de Salud Indígena, dentro del ministerio de la Salud. Y aunque no quedó claro cómo se debería implementar, o cómo el Estado se proponía promover este tipo de integración, estos acontecimientos crearon un inaudito precedente para una tra-

21 Vea: Miles (2003); Joralemon y Sharon (1993: 161-162).

22 Wörrle (2002: 24-103), en particular páginas 39-46, 85-98. Las conexiones entre los chamanes ecuatorianos, sus estrategias para enfrentar la competencia y la incursión del mundo global en el chamanismo han sido descritos en el estudio de Schweitzer de Palacios y Wörrle, 2003. Una descripción de la influencia del turismo en los napo kichwa de la selva. Se lo puede encontrar en Baumann, 2003.

dición médica (y de religiosidad andina) que, legalmente y moralmente, había sido prohibida por 500 años²³.

Grupos de parteras y yachac, como los de Ilumán, obtuvieron un reconocimiento estatal, el de asociación, lo que significó que ganaron cierta autonomía. Esta independencia ha sido cuestionada por un importante actor del movimiento indígena, como es la Confederación Nacional de los Pueblos Indígenas (CONAIE), por desligarse del control de sus comunidades. El reclamo de la CONAIE evidencia el meollo de los problemas ocasionados por el reconocimiento estatal de la salud tradicional. El nuevo estatus de la medicina tradicional originó una variedad de preguntas: ¿quién debería legitimar a quién? ¿cómo se podría discernir entre auténticos curanderos y charlatanes? y si se puede integrar la biomedicina con una medicina de índole cultural²⁴.

Conclusiones

El estado de la salud en países andinos como Perú, Bolivia y Ecuador hoy se caracteriza en que la atención de la medicina regular se focaliza en la población de clases medias y altas. Existe poca capacidad del estado y poco incentivo de los practicantes regulares, para extender sus servicios de salud a las capas pobres de la sociedad, con la valiosa excepción de grupos e individuos singulares. La debilidad de la medicina regular, hoy en día identificada con la biomedicina, influyó en la supervivencia y la vitalidad de las medicinas tradicionales entre las poblaciones indígenas, afro-americanas y mestizas. A lo largo de los siglos, hasta el día de hoy, la falta de cobertura de la medicina regular ha determinado una necesaria coexistencia de esta medicina con la medicina tradicional.

23 Habrá que enfatizar lo que quisimos demostrar; y es que, a lo largo de los siglos, hasta el día de hoy, la falta de cobertura de la medicina regular ha determinado una necesaria coexistencia de esta medicina con la medicina tradicional. La ausencia de un estatus legal, sin embargo, ocasiona que los empíricos y chamanes sean muy vulnerables a las presiones, abusos y chantajes de sus clientes y de los representantes de la ley, como comprobaron Joralemon; Sharon (1993: 160-163), en las ciudades de la costa norte de Perú.

24 Vea: Joralemon y Sharon (1993) y Schweitzer de Palacios (2003: 194).

Podemos señalar una acumulación de servicios de salud en los países andinos por la incursión de corrientes de la medicina occidental alternativa, sin que se disminuya la influencia de los empíricos de la medicina tradicional. La lucha por clientela entre representantes de la medicina regular, tradicional y alternativa, depende de factores como su (reputación de) eficacia, su cobertura ética y legal, por medio de instituciones como las iglesias, el estado y las leyes y la conexión de los sistemas médicos con el estatus social, que a la vez se asocia con la pertenencia a ciertas clases y razas.

Estos tres factores que otorga autoridad a los sistemas médicos: eficacia, legalidad y estatus social, son herramientas importantes para el análisis del pluralismo médico, lo que no significa que puedan ser desligadas del contexto más amplio de la contienda de ideologías a que pertenecen. Los tres factores mencionados están inmersos en las corrientes ideológicas que les animan y que les definen; en el contexto de los países andinos, estas ideologías se expresan, por ejemplo, por el anhelo de identificarse con la cultura occidental o por medio de la reivindicación de la identidad ancestral negra o indígena.

La medicina regular y la biomedicina en particular, se desarrollaron desde la dinámica de los ideales de la Ilustración y su dominio en Europa occidental coincide con la difusión de estos ideales hasta las capas más pobres de la población. Esta imposición de ideales por parte de intelectuales ilustrados quebró la hegemonía del sacerdote católico y del pastor protestante, dinámica en la cual se aniquiló la autoridad de la religión popular y de los empíricos de la medicina tradicional. De esta forma, los intelectuales ilustrados provocaron una radical remodelación de la cultura popular en Europa occidental²⁵.

Los representantes de la Ilustración nunca lograron esta medida de control, o una hegemonía parecida, en los países andinos; en este ámbito cultural sus paradigmas e ideales enfrentan una fuerte competencia, tanto de las iglesias cristianas como de la cultura y de la religión popular. Elementos particulares de la ideología en los Andes son la identificación

25 Estas ideas se desprenden de un estudio anterior sobre el significado del fenómeno de la religión popular; Demon (1986). Compare: Portelli (1974).

de las corrientes alternativas de la medicina occidental con la medicina tradicional y el reconocimiento de esta última como patrimonio cultural, una tendencia que se cristalizó en la legislación de un país como Ecuador, fenómenos que habrá que analizar en el contexto actual de la globalización.

La historia del desarrollo y de la adaptación del sistema de humores en la historia occidental, su gradual y tácito abandono en la segunda mitad del siglo XIX y la supervivencia de los sistemas tradicionales de la salud de la China, Japón e India al lado de la biomedicina, son importantes temas de investigación para aclarar aquella relación entre los tres tipos de medicina. Se puede sugerir otra entrada para esta investigación, que consiste en una mejor determinación del fenómeno de la religión -donde yo incluiría a la magia- y de la ideología y sus pretensiones en el área de la salud humana, una entrada que representantes de la corriente “interpretativa” de la antropología médica ya comenzaron a explorar²⁶.

Bibliografía

- Armus, D., Ed. (2002). *Entre médicos y curanderos. Cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna* Buenos Aires: Ed. Norma.
- Assies, Willem; Haar, G. van der; Hoekema, A., Eds., (2003). *The challenge of diversity. Indigenous peoples and Reform of State in Latin America*. Amsterdam: Thela Thesis.
- Bastien, Joseph W. (2003). “Sucking blood or snatching fat: Chagas disease in Bolivia”, in: Koss-Chioino; Leatherman; Greenway, *Medical pluralism in the Andes* London: Routledge; =Theory and practice in medical anthropology and international health, 9, Pp. 166-188.

26 Veá los autores citados en la nota 9. La investigación de los sistemas de la salud nos lleva a comprobar, de forma plástica, el conflicto entre una racionalidad occidental -racionalidad que se expresa de forma preferida en la palabra ciencia- que se impone sobre y se discute con los diferentes ‘mundos de la vida’ (en el sentido en que Alfred Schutz y Jürgen Habermas utilizan al término) de los países occidentales y no-occidentales. Últimamente, este conflicto nos refiere a la tesis y las inquietudes de Max Weber sobre el significado del desencantamiento del mundo.

- Baumann, Franziska (2003). “Schamanismus und Tourismus bei den Quichua im ecuadoranischen Tiefland”, en Schweitzer de Palacios; Wörrle (Ed). *Heiler zwischen den Welten. Transkulturelle Austauschprozesse im Schamanismus Ecuadors*. Marburg: Curupira. Pp. 145-180.
- Blécourt, W. de; Frijhoff W.; Gijswijt-Hofstra, M. (1993). *Grenzen van genezing. Gezondheid, ziekte en genezen in Nederland, 16e tot 20e eeuw, Verloren; Hilversum*. (Límites de la curación. Salud, enfermedad y curación en Los Países Bajos, siglo 16 a 20).
- Brown, P.S. (1987). “Social context and medical theory in the demarcation of Nineteenth-century boundaries”, in: Bynum, W. F.; Porter, Roy (Ed). *Medical fringe and medical orthodoxy 1750-1850*. London: Croom Helm. The Wellcome Institute Series in the History of Medicine. Pp.216-233.
- Bynum, W. F.; Porter, Roy, Ed. (1987). *Medical fringe and medical orthodoxy 1750-1850* Croom Helm; London. The Wellcome Institute Series in the History of Medicine.
- Crandon-Malamud, Libbet (1991). *From the fat of our souls. Social change, political process, and medical pluralism in Bolivia*. Berkley: UCLA.
- _____ (2003). “Changing times and changing symptoms: the effects of modernization on mestizo medicine in rural Bolivia”, en: Koss-Chioino *et al. Medical pluralism in the Andes* London: Routledge; =Theory and practice in medical anthropology and international health, 9. Pp. 27-41
- Csordas, Thomas J., Ed. (1994). *Embodiment and experience. The existential ground of culture and self*. Cambridge UP. Cambridge Studies in Medical Anthropology, 2.
- Cueto, Marcos; Zamora, Víctor, Ed. (2006). *Historia, salud y globalización*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, IEP.
- Demon, Jos (1986). “Over de betekenis van cultuur en godsdienst. Met een speciale verwijzing naar de discussie over de volksgodsdienst in Latijns Amerika”. Tesis de maestría en Teología, Universidad Católica de Nímege, Holanda. Acerca de la relevancia de la cultura y de la religión. Con una referencia especial a la discusión sobre la religión popular en América Latina.

- _____ (2006). "La medicina en Inglaterra y Holanda en el siglo XVIII: algunos aportes para comprender al pluralismo médico en los Andes", manuscrito. Quito: FLACSO, 47 p.
- _____ (2007). *Concepciones de la salud en la cultura kichwa de la sierra ecuatoriana*, en: Waters, William F., Haerly, Michael T., *Estudios Ecuatorianos: una aporte a la discusión – Tomo II*, Abya Yala, FLACSO: Quito, 147-179.
- Emch-Dériaz, Antoinette (1992). "The non naturals made easy" in: Porter, R. (Ed). *The popularization of medicine, 1650-1850*. London: Routledge. The Wellcome Institute Series in the History of medicine. Pp.134-159
- Foster, George M. (1994). *Hippocrates Latin American Legacy. Humoral Medicine in the New World*. Berkeley: UCLA; Theory and practice in medical anthropology and international health, 1.
- Gijswijt-Hofstra, Marijke, red. (1995). *Op zoek naar genezing : medische geschiedenis van Nederland vanaf de zestiende eeuw*. (En búsqueda de curación: historia médica de los Países Bajos desde el siglo XVI). Amsterdam: University Press.
- _____ (1997). *Vragen bij een onttoverde wereld. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar. Sociale en Culturele Geschiedenis aan de Universiteit van Amsterdam op 27-10-1997*, Universiteit van Amsterdam. Amsterdamse Historische Reeks. (Preguntas alrededor un mundo 'descantado'. Discurso pronunciado con la toma de posesión del cargo de la cátedra en Historia Cultural y Social en la Universidad de Amsterdam).
- Gijswijt-Hofstra, M; Frijhoff, W. (1987). *Nederland betoverd. Toverij en hekserij van de 14e tot 20e eeuw*. (Los Países Bajos encantados. Magia y brujería del siglo XIV a XX). Amsterdam: De Bataafsche Leeuw.
- Glass-Coffin; Bonnie (1998). *The gift of life. Female spirituality and healing in Northern Peru*. Albuquerque: University of New Mexico Press.
- Good, Byron J. (1994). *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective*. New York: Cambridge UP.
- Graham, Margaret A. (2003). "Food, health and identity in a rural Andean community", in: Koss-Chioino; Leatherman; Greenway,

- Medical pluralism in the Andes*. London: Routledge =Theory and practice in medical anthropology and international health, 9. Pp.148-165
- Greenway, Christine (2003). "Healing soul loss: the negotiation of identity in Peru", in: Koss-Chioino; Leatherman; Greenway,. *Medical pluralism in the Andes*. London: Routledge =Theory and practice in medical anthropology and international health, 9. Pp. 92-106
- Hanegraaf, Wouter J. (1998a). "Romanticism and the esoteric connection", Chapter 14, in: Van den Broek & Hanegraaff (editors), *Gnosis and Hermeticism: from antiquity to modern times*, State Uni. of N.Y. Press, 237-268.
- _____ (1998b). "The New Age Movement and the esoteric tradition", Chapter 18, in: Van den Broek & Hanegraaff (editors), *Gnosis and Hermeticism: from antiquity to modern times*, State Uni. of N.Y. Press, 359-382.
- Harrison, J.F.C. (1987). "Early Victorian Radicals and the medical fringe", in: Bynum, W. F.; Porter, Roy, *Medical fringe and medical orthodoxy 1750-1850*. London: Croom Helm. The Wellcome Institute Series in the History of Medicine. Pp.198-215.
- Joralemon, Donald; Sharon, Douglas (1993). *Sorcery and chamanism. Curanderos and clients in Northern Peru*. Salt Lake City: University of Utah Press.
- Kleinman, Arthur (1988). *The illness narratives. Suffering, healing and the human condition*. New York: Basic Books Inc.
- _____ (1995). *Writing at the margin. Discourse between anthropology and medicine*. Berkeley: UCLA.
- Koss-Chioino, Joan D.; Leatherman, Th.; Greenway, Christine, Ed. (2003). *Medical pluralism in the Andes*. London: Routledge; =Theory and practice in medical anthropology and international health, 9.
- McKee, Lauris (1988). "Tratamiento etnomédico de las enfermedades diarreicas de los niños en la Sierra del Ecuador", en: McKee, L. y Sylvia Arguello, ed., *Nuevas investigaciones antropológicas ecuatorianas*. Quito: Abya Yala. Pp. 311-322.
- _____ (2003). "Ethnomedicine and inculturation in the Andes of Ecuador", in: Koss-Chioino *et al.*, *Medical pluralism in the Andes*

- London: Routledge; =Theory and practice in medical anthropology and international health, 9, 107-128
- Meyer, Birgit; Pels, Peter (2003). *Magic and modernity. Interfaces of revelation and concealment*. Stanford: Stanford UP.
- Miles, Ann (2003). *Healers as entrepreneurs: constructing an image of legitimized potency in urban Ecuador*, in: Koss-Chioino et al., *Medical pluralism in the Andes* London: Routledge; =Theory and practice in medical anthropology and international health, 9, 107-128.
- Modena, María Eugenia (2002). "Combinar los recursos curativos: un pueblo mexicano en las últimas décadas del siglo XX", en: Armus, D. (Ed). *Entre médicos y curanderos. Cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna*. Buenos Aires: Ed. Norma. Pp. 331-370
- Muñoz Bernand, Carmen (1986). *Enfermedad, daño e ideología. Antropología médica de los Renacientes de Pindilig*. Quito: Abya Yala.
- Pedraza Gómez, María (2002). "La difusión de una dietética moderna en Colombia: la revista Cromos entre 1940 y 1986", en: Armus, D. (Ed). *Entre médicos y curanderos. Cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna*. Buenos Aires: Ed. Norma. Pp. 293-330.
- Pels, Peter (2003). "Introduction: magic and modernity", in: Meyer; Pels. *Magic and modernity. Interfaces of revelation and concealment*. Stanford: Stanford UP. Pp. 1-38
- Porter, R., Ed. (1985). *Patients and practioners; Lay perceptions of medicine in pre-industrial society*. Cambridge: Cambridge UP. Cambridge History of Medicine.
- _____ (1987). 'I think Ye both quacks': the controversy between Dr. Theodor Myersbach and Dr. John Coakley Lettsom, in: Bynum; Porter. *Medical fringe and medical orthodoxy 1750-1850* Croom Helm; London. The Wellcome Institute Series in the History of Medicine. Pp. 56-78.
- _____ Ed. (1992). *The popularization of medicine, 1650-1850*. London: Routledge. The Wellcome Institute Series in the History of medicine.
- Portelli, H. (1974). *Gramsci et la question religieuse*. Ed. Anthropos, Paris.
- Price, Laurie J. (2003). "Illness management, social alliance and cultural identity in Quito, Ecuador", in: Koss-Chioino; Leatherman; Green-

- way. *Medical pluralism in the Andes* London: Routledge; =Theory and practice in medical anthropology and international health, 9. Pp. 209-233.
- Ruiz Saona, Edgardo (2006). *Etnomedicina. Un nuevo camino para un vivir integral*. Quito: OPS/OMS, UNESCO.
- Sharon, Douglas (1998 3ª, 1978 1ª inglesa). *El chaman de los cuatro vientos*. Madrid: Siglo XXI.
- Schweitzer de Palacios, Dagmar (1994). *Cambiashun. Las prácticas médicas tradicionales y sus expertos en San Miguel del común, una comunidad indígena en los alrededores de Quito*. Bonn: Holos Verlag. Mundus Reihe Ethnologie, Band 81.
- Schweitzer de Palacios, Dagmar; Wörrle, Bernhard (2003). Hrsg., *Heiler zwischen den Welten. Transkulturelle Austauschprozesse im Schamanismus Ecuadors*. Marburg: Curupira.
- Smith, Ginni (1985). "Prescribing the rules of health: self-help and advice in the late eighteenth century", in: Porter, R. *Patients and practioners; Lay perceptions of medicine in pre-industrial society*. Cambridge: Cambridge UP. Cambridge History of Medicine. Pp. 249-282.
- Smith, Virginia (1987). "Physical Puritanism and sanitary science: material and immaterial beliefs in popular physiology", in: Bynum; Porter. *Medical fringe and medical orthodoxy 1750-1850* Croom Helm; London. The Wellcome Institute Series in the History of Medicine. Pp. 174-197.
- Sowell, David (2001). *The tale of healer Miguel Perdomo Neira. Medicine, ideologies, and power in the nineteenth-century Andes*. Wilmington, Delaware: Scholarly Resources.
- Vegchel, G. van (1991). *Medici contra kwakzalvers. De strijd tegen niet-orthodoxe geneeswijzen in Nederland in de 19e en 20e eeuw*. (Médicos contra matasanos. La lucha contra las medicinas no-ortodoxas en los Países Bajos, siglo XIX y XX). Amsterdam: Het Spinhuis.
- Vokral, Edita V. (1991). *Qoñi-Chiri. La organización de la cocina y estructuras simbólicas en el altiplano del Perú*. Quito: COTESU, Abya Yala.
- Warren, Kay, J; Jackson, Jean E., ed. 2002, *Indigenous movements, self-representation and the state in Latin America*, Univ. of Texas Press; Austin.

- Wear, Andrew (1992). "The popularization of medicine in early modern England", in: Porter, R. *The popularization of medicine, 1650-1850*. London: Routledge. The Wellcome Institute Series in the History of medicine. Pp.17-41.
- Weismantel, Mary. J. (1988). *Food, gender and poverty in the Ecuadorian Andes*. Illinois: Weaveland Press.
- Wörrle, Bernhard (2002). *Heiler, Rituale und Patienten. Shamanismus in den Anden Ecuadors*. Berlin: Dietrich Reimer.