

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

**“IDEOLOGIA DE LA CONSTRUCCION DE LA ENFERMEDAD ENTRE LOS
QUICHUAS DEL ECUADOR”**

**PAR
CARLOS ALBERTO COLOMA**

**DÉPARTEMENT D'ANTHROPOLOGIE
FACULTÉS DES ARTS ET DES SCIENCES**

**THÈSE PRÉSENTÉ À LA FACULTÉ DES ÉTUDES SUPÉRIEURES
EN VUE DE L'OBTENTION DU GRADE DE
PHILOSOPHÆ DOCTOR (PH.D.)**

MARS, 1998

©CARLOS ALBERTO COLOMA, 1998

**Université de Montréal
Faculté des études supérieures**



GN
4
U54
1998
v.031

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulé:

“Ideología de la construcción de la enfermedad
entre los Quichuas del Ecuador”

présenté par:

Carlos Alberto Coloma

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes:

*Louise Y. Parades
Gilles Pi-Bear
Pierre Beaucage
Marcello Varanjo
Fieresse Thihaelt*

Thèse accepté le: *31.07.1998*

SOMMAIRE

La comprensión del fenómeno salud-enfermedad entre los quichuas del Ecuador, implica el reconocimiento de una sociedad y cultura que tiene una identidad particular, en la cual existe una definición de la salud y enfermedad y una manera de simbolizar este fenómeno en base a una ideología distinta de la cultura occidental. Esta identidad fue forjada en un proceso sociohistórico conflictivo que se continúa en el presente mediante la expresión de una situación de equilibrio crítico (social, económico, político y de poder) con la sociedad blanco-mestiza.

Esta tesis busca aportar un conocimiento más sistematizado de las bases ideológicas con las cuales se define e interpreta el fenómeno salud-enfermedad, así como de la identificación y expresión de los sistemas de signos, de significación y de acción de la población Quichua de la sierra ecuatoriana.

Para el presente estudio se adoptó una perspectiva centrada en la Antropología Médica, que ha permitido integrar una aproximación multidimensional al fenómeno salud-enfermedad. Este cuadro ha integrado diversos aspectos de las perspectivas siguientes:

La Epidemiología Sociocultural, permitió abordar el fenómeno en su magnitud cuantitativa (la dimensión de la enfermedad) a través de la identificación de indicadores de morbimortalidad de la población, asociados al contexto social y cultural específicos de las poblaciones de estudio. La Ecología (cultural y médica), permitió establecer la interacción de la población con su medio ambiente social y material, las condiciones de vida, y sus estrategias de mediación tanto para su supervivencia como para la gestión de nuevas estrategias dentro de un proceso de cambio sociocultural. De la Fenomenología, se tomaron aspectos específicos para comprender la dinámica entre la esencia del fenómeno de salud y enfermedad, configurado a partir de los principios ideológicos y la definición de una cosmovisión particular, y su dinámica de conformación del sistema de significados, de expresión de signos y de acción. La Semiología constituyó un aporte esencial, no solo como acceso para la comprensión del fenómeno (los significados

lingüísticos, icónicos, etc.) sino de complementariedad con las otras perspectivas, para el análisis de los vínculos entre el fenómeno salud-enfermedad y los paradigmas de base de la sociedad.

Esta aproximación al problema, definió la adopción de una multiplicidad de métodos provenientes de cada una de las perspectivas, mas también se utilizaron métodos participativos, como los grupos de discusión, talleres comunitarios, etc.

El proceso de construcción de la enfermedad entre los quichuas, parte de una identificación de factores patogénicos, quienes conforman un espacio (físico y simbólico) que se torna nocivo, los cuales son definidos y estructurados culturalmente. Estos factores van a producir alteraciones en el espacio corporal personal, y en algunos casos específicos en el cuerpo social, dando lugar a la producción de signos y síntomas como una expresión metafórica de la incorporación personal y social de la enfermedad. Este estado de predominancia de la enfermedad expresa un estado de desequilibrio del fenómeno salud-enfermedad, y puede ser caracterizado a partir de la identificación de grupos o tipos de enfermedades. El proceso tanto de enfermar como de reequilibrar la salud, tiene una base ideológica que se expresa a través del vínculo del fenómeno salud-enfermedad con los paradigmas de base de la cultura quichua: la *Pachamama* (la cosmovisión), lo *fresco-cálido*, y el *ailu* (lo social).

RÉSUMÉ

La compréhension du phénomène santé-maladie parmi les Quichuas de l'Équateur implique la reconnaissance d'une société et d'une culture ayant une identité particulière, dans laquelle il y a une définition de la santé et de la maladie ainsi qu'une façon de symboliser ce phénomène qui est basé sur une idéologie différente de la culture occidentale.

Les connaissances et l'organisation sociale spécifiques autour de ce phénomène ont permis aux Quichuas de générer des réponses spécifiques au problème de la maladie à partir de leur propre vision de monde, ayant peu ou pas de dépendance externe. De plus, le système de santé Quichua, tout comme ses réponses spécifiques au problème de la maladie, sont basés sur des processus sociaux et culturels propres aussi bien que sur leur expérience interculturelle avec d'autres sociétés (telles autres nations autochtones ou les sociétés blanches et métisses). Ceci implique que l'interprétation de la maladie est transcendante à la vision individuelle bio-pathologique, et s'imbrique à tous les aspects de la vie et aux conceptions de leur société.

Cette thèse cherche à contribuer aux efforts du Ministère de la santé de l'Équateur et des organisations autochtones en vue de formuler des réponses de santé plus adéquates à la population Quichua, dont les taux de morbidité et mortalité demeurent bien plus élevés que ceux estimés parmi les autres populations de l'Équateur. Cette contribution apporte une connaissance plus systématique des bases idéologiques à partir desquelles les

Quichuas définissent et interprètent le phénomène de santé-maladie, identifient et expriment leurs systèmes de signes ainsi que la stratégie qu'ils mettent en œuvre pour faire face aux problèmes. D'autre part, cette thèse comporte une analyse plus détaillée de la dynamique de la construction et de la déconstruction du phénomène de la santé-maladie, ainsi que des liens que ce phénomène maintient avec les paradigmes de base de la société Quichua.

Cette étude a adopté une perspective centrée sur l'anthropologie médicale. Ceci a permis d'intégrer une approche multidimensionnelle au phénomène de la santé-maladie. Ce cadre intègre divers aspects des perspectives de l'épidémiologie socioculturelle, de l'écologie (culturelle et médicale), de la phénoménologie et de la sémiologie.

L'épidémiologie socioculturelle a permis d'aborder ce phénomène dans sa dimension quantitative (la dimension de la maladie) au moyen de l'identification d'indicateurs de la morbi-mortalité de la population Quichua. Ces indicateurs de morbidité et de mortalité sont associés au contexte social et culturel de la population à l'étude.

L'écologie (culturelle et médicale) a permis d'établir l'interaction de la population Quichua avec son milieu tant social que matériel, ses conditions de vie et ses stratégies de médiation, non seulement pour la survivance du groupe mais aussi pour la création de nouvelles stratégies à l'intérieur des processus de changement socioculturel.

La phénoménologie a abordé des aspects spécifiques pour comprendre la dynamique existante entre l'essence du phénomène santé-maladie (configuré à partir des principes idéologiques et de la définition d'une cosmovision particulière) et la configuration du système de sens (i.e., l'expression des signes et des actions).

La contribution de la sémiologie est essentielle en tant que voie d'accès à la compréhension du phénomène santé-maladie, de sa signification linguistique et iconique, particulièrement. Elle a également permis l'étude de la complémentarité entre les différentes perspectives d'analyse et l'établissement de liens entre le phénomène santé-maladie et les paradigmes de base de la société Quichua.

Cette approche multidimensionnelle a impliqué l'adoption d'une multiplicité de méthodes provenant de chacune de ces perspectives. De plus, j'ai utilisé des méthodes participatives comme les groupes de discussion, les ateliers communautaires, etc. qui ont permis d'étudier et d'éclairer davantage l'hétérogénéité des connaissances et actions en santé. Cette hétérogénéité existe tant entre les régions qu'au sein d'une même communauté. Cette stratégie a permis également de tenir compte des problèmes éthiques liés aux études de la santé; ainsi, la population a obtenu les résultats du processus d'investigation de manière à pouvoir se mobiliser dans la recherche de réponses à leurs problèmes de santé-maladie.

L'hétérogénéité des connaissances a imposé une analyse stratifiée différentielle, l'une avec les personnes dédiées à l'intervention des problèmes de santé-maladie (telles les "*yachac*" ou "guérisseurs" et les sages-femmes), l'autre dans le reste de la population.

Le chapitre 1 présente les objectifs de l'étude, la description de la population Quichua et particulièrement le processus historique de définition de leur identité Quichua.

Au chapitre 2, je présente les étapes formatrices de la thèse, particulièrement le processus d'investigation, ses difficultés, les positions et stratégies adoptées pour en arriver à la définition d'une approche multidimensionnelle du problème. Ensuite, je fais la description de chacune des perspectives adoptées et leur articulation avec l'anthropologie médicale.

Au chapitre 3, je discute de la stratégie de la recherche, l'échantillon de la population étudiée ainsi que les régions où s'est réalisée l'étude. De plus, la multiplicité des méthodes utilisées y est décrite.

Au chapitre 4, de nature essentiellement ethnographique, je présente l'architecture de l'univers Quichua, où je discute la situation de la définition et re-définition de l'identité et la place actuelle de ce processus parmi les Quichuas. A partir des catégories organisatrices de l'univers Quichua, je présente la notion de personne, leur conception du corps (dans ses perspectives de corps objectif et corps transcendant) comme espace d'une expression culturelle du phénomène santé-maladie, à partir des notions de *cai* (vie) donné

par le *sinchi* ou force qui est la manifestation du *samai* (âme, esprit). Je présente également la cosmovision Quichua (leur organisation spatio-temporelle du monde).

Dans la section «famille, société et économie» du chapitre 4, je discute la notion de *aillu* en tant que principe de l'identité familiale et sociale, qui constitue la base de l'organisation de la société. A partir de cette conception, je présente les divers modèles économiques, à la manière d'une mosaïque où coexistent les modalités de travail et de production qui ont été historiquement liés à la possession de la terre. Je signale, de plus, l'émergence récente de modèles liés au capital financier, dans le cadre de l'économie de marché.

Le chapitre 5 est centré sur l'analyse de la construction de la maladie et présente ses multiples dimensions à partir de la définition culturelle de l'être sain ou malade.

Le processus de construction de la maladie se base sur l'identification des facteurs pathogéniques. Ces facteurs configurent l'espace physique et symbolique qui devient nocif. Ces facteurs pathogéniques sont définis et structurés culturellement. Ils produisent des altérations dans l'espace corporel (personnel et dans certains cas dans le corps social) et génèrent un spectre de signes et symptômes, comme une expression métaphorique de l'incorporation personnelle et sociale de la maladie.

Cet état de prédominance de la maladie représente un moment de déséquilibre dans le phénomène santé-maladie. Cet état peut être caractérisé à partir de l'identification des groupes ou types de maladie qui expriment la cause du déséquilibre. Au moyen

d'exemples des maladies les plus fréquentes, je montre comment se produit la construction spécifique de chaque maladie et leur déconstruction à partir de la logique et des connaissances spécifiques à cette maladie, tant de la part des *yachac* que des autres membres de l'*aiLLU*.

Le processus du «devenir malade» et du «rééquilibrer de sa santé» a une base idéologique qui s'exprime au moyen du lien entre le phénomène santé-maladie et les paradigmes culturels de base de la société Quichua: la *Pachamama* (la cosmovision), le *chaud – froid* et l'*aiLLU* (le social).

Finalement, je présente un sommaire de la conception du passage vers les divers niveaux de la *Pachamama*, à travers l'acte de la "mort", ce qui permet de montrer tant la production des maladies qu'une certaine hiérarchie de la punition.

Les conclusions ouvrent sur trois perspectives:

L'interprétation du phénomène à partir de l'anthropologie médicale met l'accent sur l'analyse du contexte socio-historique de la société Quichua. Ceci permet de comprendre la construction contemporaine du social. D'autre part, l'analyse de la multi-causalité de la maladie, à partir de l'idéologie de la population Quichua, permet de dépasser la vision clinique du problème, dans la mesure où elle est inscrite dans un contexte de violence politique, économique et sociale. L'anthropologie médicale permet également une vision plus dynamique de la maladie et de la manière dont elle est construite et déconstruite.

La re-interprétation de la situation de la santé publique du peuple Quichua met en question l'efficacité des systèmes de santé et la formulation de solutions exclusivement exogènes. De plus, je souligne la nécessité de définir un espace politique de la santé où les Quichuas pourront participer pleinement aux décisions institutionnelles concernant leur santé.

Le défi de la quête de la santé et la "question amérindienne" renvoient l'attention au concept central de coexistence critique entre les Quichuas et la société blanche-métisse, où l'on doit reconnaître la perméabilité des frontières identitaires, entre autre au niveau de connaissances, ressources et actions de santé. On trouve, cependant, une situation de restriction d'accès à la terre, au capital et au pouvoir politique qui constituent autant de limites qui affectent le bien-être. La "question amérindienne" n'est pas un problème exclusif aux Amérindiens mais à toute la société équatorienne puisqu'elle définit aussi son identité.

REMERCIEMENTS

Le Prof. Gilles Bibeau, mon directeur, guide et conseiller dans mes études en anthropologie médicale. Son charisme et influence intellectuelle, m'ont conduit à l'anthropologie dès nos premières rencontres à l'Équateur en 1979.

Le Prof. Pierre Beaucage, de qui j'ai reçu beaucoup des connaissances et des orientations valables de rigueur méthodologique pour comprendre mieux la société.

La famille Pineda, mes amis Antonio Pineda, sa femme Carmen Conterón, héritiers de la conscience et de la lutte de ses pères Don José Joaquín Pineda, un des grands *yachac* de Ilumán, et de Don Enrique Conterón qui dans sa vieillesse continue à lutter pour la terre. Aussi ses frères Rafael Pineda, président de la Association des *Yachac* de Ilumán, et Alberto Pineda, qui possèdent aujourd'hui des pierres sacrés de Don José Joaquín.

À tous les amis quichuas, avec qui nous avons partagé des années de travail pour chercher des réponses à leur mal être, et qui m'ont permis de faire la connaissance de leur monde.

Le Dr. Duncan Pedersen, qui m'a poussé au domaine de la recherche.

Je remercie beaucoup l'Université de Montréal, par son accueil, la qualité de l'éducation donnée, et l'appui continu et inconditionnel que j'ai reçu pendant mes études, en particulier de tous les membres du Département d'anthropologie.

Mes études n'auraient pas été possible sans l'appui qui m'a été donné par d'autres secteurs de l'Université de Montréal:

Madame Caroline Reid, du Bureau des services aux étudiants étrangers, m'a encouragé durant certaines moments difficiles.

M. Robert Cléroux et M. Dominic Maestracci, de la Faculté des études supérieures, qui m'ont octroyé une bourse, et des bourses d'exemption de frais de scolarité différentiels, comme étudiant étranger (1990-1991).

M. Jean-Paul Broudehoux, Directeur de la Direction générale des affaires universitaires et scientifiques, du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Science, Gouvernement du Québec, et Madame Lucie Duranceau, Chargée du projet Programme québécois de bourses d'excellence, qui m'ont octroyé une bourse pour la période 1993-1994.

DEDICATORIA

Al Consejo de Nacionalidades Indígenas del Ecuador

A mis padres

Julio Coloma †

Prof. Dr. Nondier Asís †

A mis madres

Margarita Asís de Coloma

Irma Haberthür de Asís

A mi esposa

Evelinda Trindade

A mis hijos

TABLA DE MATERIAS

SOMMAIRE	i
RÉSUMÉ	iii
REMERCIEMENTS	x
TABLA DE MATERIAS	xiii
INDICE DE FIGURAS, CUADROS, ESQUEMAS Y DIBUJOS	xvi
CAPITULO 1	1
INTRODUCCION GENERAL	1
1. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	1
2. PLAN DE LA TESIS	4
3. ENTRE SALUD COMUNITARIA Y ANTROPOLOGÍA	7
4. LA POBLACIÓN QUICHUA	11
5. CONSTRUCCIÓN SOCIO-HISTÓRICA DE LA IDENTIDAD	16
5.1. PERÍODO PREINCAICO	16
5.2. PERÍODO INCAICO	17
5.3. PERÍODOS DE LA COLONIZACIÓN ESPAÑOLA	19
5.4. EL SIGLO XIX	23
5.5. El Siglo XX	25
CAPITULO 2	28
UNA APROXIMACION MULTIDIMENSIONAL A LA CULTURA DE LA SALUD-ENFERMEDAD QUICHUA	28
1. LA BÚSQUEDA DE APROXIMACIÓN AL PROBLEMA	28
2. UNA PERSPECTIVA MULTIDIMENSIONAL	35
CAPITULO 3	62
ASPECTOS METODOLOGICOS: EL ACCESO A LA ARQUITECTURA DEL PROCESO SALUD- ENFERMEDAD QUICHUA	62
1. EL DESCUBRIMIENTO DE LO “NO FORMAL”	62
2. EL DESCUBRIMIENTO DEL SISTEMA DE SIGNIFICADOS	66
3. EL INTERÉS POR EL SISTEMA DE PENSAMIENTO Y EL DESAFÍO PARA ALCANZARLO	77
4. CUESTIONES ÉTICAS Y PRODUCCIÓN DE CONOCIMIENTOS	78
5. LA ADOPCIÓN DE UNA DECISIÓN METODOLÓGICA	82
5.1. CONTRADICCIONES ENTRE LAS CIENCIAS DE LA SALUD Y LAS CIENCIAS SOCIALES	83

5.2. <i>EL PROBLEMA DE LO CUALITATIVO Y LO CUANTITATIVO</i>	83
5.3. <i>LA TRADUCCIÓN DE LA LÓGICAS DE CADA CULTURA</i>	84
5.4. <i>LA CUESTIÓN DEL DISCURSO Y LA COMUNICACIÓN</i>	89
6. ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN	92
7. MUESTRA DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO	92
8. APROXIMACIÓN METODOLÓGICA Y TIPO DE ANÁLISIS	95
8.1. <i>INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN Y RECOLECCIÓN DE DATOS</i>	97
9. TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	108
9.1. <i>VALIDACIÓN DE LOS DATOS</i>	109
9.2. <i>ORGANIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN</i>	110
9.3. <i>ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN</i>	111
CAPITULO 4	117
EL TEJIDO DEL UNIVERSO DE LOS QUICHUAS ANDINOS	117
LA ARQUITECTURA DEL UNIVERSO QUICHUA	117
1. DEFINICIÓN Y REDEFINICIÓN DE LA IDENTIDAD	118
2. LA PERSONA	130
3. EL CUERPO	133
4. COSMOVISIÓN	147
5. FAMILIA, SOCIEDAD Y ECONOMÍA	157
5.1. <i>LAS HACIENDAS QUE MANTIENEN EL HUASIPUNGO</i>	<i>165</i>
5.2. <i>LAS HACIENDAS CON TRABAJADORES ASALARIADOS</i>	<i>166</i>
5.3. <i>LA ECONOMÍA COMUNITARIA</i>	<i>166</i>
5.4. <i>LA ECONOMÍA MIXTA (AGRARIA Y ARTESANAL)</i>	<i>172</i>
5.5. <i>LA ECONOMÍA MERCANTIL DE ARTESANÍAS Y SERVICIOS</i>	<i>173</i>
CAPITULO 5	186
EL PATHOS, DESORDEN Y SUFRIMIENTO:LA CONSTRUCCION DE LA ENFERMEDAD	186
1. LAS MÚLTIPLES DIMENSIONES DEL PATHOS	186
2. LA SITUACIÓN DE SALUD-ENFERMEDAD	190
3. ESTAR SANO - ENFERMO	192
4. LA ORGANIZACIÓN DE LOS FACTORES PATOGENICOS ESTRUCTURANTES	195
5. LA CONSTRUCCIÓN DE LA ENFERMEDAD	205
5.1. <i>CONSTRUCCIÓN DE SÍNTOMAS Y ACTIVACIÓN DEL SISTEMA DE SIGNOS</i>	<i>206</i>
5.2. <i>EL PROCESO DE INCORPORACIÓN DE LA ENFERMEDAD</i>	<i>209</i>
6. EL DESEQUILIBRIO HACIA LAS UNCUICUNAS (ENFERMEDADES)	212
6.1. ENFERMEDADES DONDE EL DESEQUILIBRIO ESTÁ DADO POR EL CONTACTO ENTRE LA PERSONA Y EL MEDIO	214

6.2. ENFERMEDADES DONDE EL DESEQUILIBRIO ES <u>TRANSFERIDO</u> A LA PERSONA.....	222
6.3. ENFERMEDADES DONDE EL DESEQUILIBRIO SE PRODUCE POR UNA <u>PÉRDIDA</u> DEL “ESPÍRITU” O SUS PARTES EN LA PERSONA.	237
6.4. ENFERMEDADES DONDE EL DESEQUILIBRIO SE PRODUCE POR LA <u>TRANSGRESIÓN</u> DE TABÚES O NORMAS SOCIALES.....	239
6.5. ENFERMEDADES DONDE EL DESEQUILIBRIO SE PRODUCE POR ENFERMEDADES “ <u>VENIDAS DE AFUERA</u> ”.	241
6.6. ENFERMEDADES DONDE EL DESEQUILIBRIO SE PRODUCE POR LOS <u>ACCIDENTES</u>	244
7. LOS PARADIGMAS DE BASE DE LA SALUD-ENFERMEDAD	246
7.1. <i>EL PARADIGMA DE LA PACHAMAMA</i>	247
7.2. <i>EL PARADIGMA FRESCO-CÁLIDO</i>	250
7.3. <i>EL PARADIGMA SOCIAL: AILLU</i>	253
8. UN ESPACIO INTERPRETATIVO DE LA SALUD-ENFERMEDAD.....	260
9. EL PASAJE ETERNO POR EL UNIVERSO	265
CONCLUSIONES.....	273
BIBLIOGRAFIA.....	281
ANEXO I	i
EJEMPLOS DE MATERIALES PRODUCIDOS EN LOS TALLERES COMUNITARIOS.....	i
ANEXO II	i
LA COSMOVISION QUICHUA SEGUN LA DESCRIPCION REALIZADA POR LOS “CRONISTAS DE INDIAS” Y EN LA ACTUALIDAD	i
ANEXO III	i
MORBILIDAD SENTIDA POR LA POBLACIÓN QUICHUA (MUJERES Y NIÑOS) EN DOS COMUNIDADES DE ESTUDIO.....	i
ANEXO IV	i
LAS ACCIONES DE BUSQUEDA DEL REEQUILIBRIO DE LA SALUD	i
SITUACIÓN TIPO 1 (CASO DE MUERTE N° 16).....	vii
SITUACIÓN TIPO 2 (CASO DE MUERTE N° 18).....	vii
SITUACIÓN TIPO 3 (CASO DE MUERTE N° 33).....	viii
SITUACIÓN TIPO 4 (CASO DE MUERTE N° 42).....	ix
SITUACIÓN TIPO 5 (CASO DE MUERTE N° 9).....	x
SITUACIÓN TIPO 6 (CASO DE MUERTE N° 28).....	xi

INDICE DE FIGURAS, CUADROS, ESQUEMAS Y DIBUJOS

FIGURA 1: MAPA DE LA DISTRIBUCION ESPACIAL DE LA POBLACION QUICHUA EN EL ECUADOR	13
FIGURA 2: CROQUIS DE LAS ÁREAS DE ESTUDIO EN DISTINTAS PROVINCIAS DE LA REGIÓN ANDINA DEL ECUADOR	94
CUADRO 1: PUEBLOS QUE ASUMEN LA IDENTIDAD QUICHUA, SEGÚN REGIÓN Y UBICACIÓN PROVINCIAL	15
CUADRO 2: SÍNTESIS DEL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN SOCIO-HISTÓRICA DE LA IDENTIDAD QUICHUA DEL ECUADOR	128
DIBUJO 1. REPRESENTACION DEL MAL	226
DIBUJO 2. REPRESENTACION DEL ACTO DE “MUERTE”	268
ESQUEMA 1. DISTRIBUCIÓN DE LA TIERRA EN EL INCARIO	18
ESQUEMA 2. DISTRIBUCIÓN DE LA TIERRA DURANTE EL 1 ^{ER} PERÍODO DE LA COLONIZACIÓN ESPAÑOLA.....	20
ESQUEMA 3. DISTRIBUCIÓN DE LA TIERRA DURANTE EL 2 ^{DO} PERÍODO DE LA COLONIZACIÓN ESPAÑOLA.....	22
ESQUEMA 4. DISTRIBUCIÓN DE LA TIERRA DURANTE EL S. XIX	23
ESQUEMA 5: PERSPECTIVAS TEÓRICAS DEL ESTUDIO.....	39
ESQUEMA 6. TÉRMINOS CENTRALES DE LA TEORÍA DE LA SIGNIFICACIÓN.....	54
ESQUEMA 7: PERSPECTIVA FENOMENOLÓGICA Y SEMIOLÓGICA	60
ESQUEMA 8: ESTRUCTURA Y RELACIONES DE TRABAJO EN EL TALLER COMUNITARIO.....	102
ESQUEMA 9. PRINCIPALES ELEMENTOS DE LA NOCIÓN IDENTIDAD	122
ESQUEMA 10. PRINCIPALES DENOMINACIONES DE LA UBICACIÓN ESPACIAL DEL CUERPO.....	139
ESQUEMA 11: UBICACIÓN DE LOS PRINCIPALES COMPONENTES DEL CUERPO	141
ESQUEMA 12. SÍNTESIS DE LA CONSTITUCIÓN DEL PACHAMAMA.....	156
ESQUEMA 13: RESUMEN DE MODELOS ECONÓMICOS COEXISTENTES ENTRE LA POBLACIÓN INDÍGENA QUICHUA.....	179
ESQUEMA 15: DINÁMICA GENERAL DE LA CONSTRUCCIÓN DE LA ENFERMEDAD.....	195
ESQUEMA 16: EJEMPLOS DE LA ORGANIZACIÓN DE LOS FACTORES PATOGENICOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE SÍNTOMAS Y DE LA ENFERMEDAD	197
ESQUEMA 17: PROCESO DE INCORPORACIÓN DE LA ENFERMEDAD	212
ESQUEMA 18. SITUACIÓN DEL FENÓMENO EN RELACIÓN A LOS PARADIGMAS.....	261
ESQUEMA 19: DELIMITACIÓN DEL ESPACIO DE FENOMENALIZACIÓN A PARTIR DE LA PERSPECTIVA DE LOS PARADIGMAS DE BASE DE LA CULTURA QUICHUA	265
ESQUEMA 20: CICLO DE PASAJE POR LOS ESTRATOS DEL MUNDO.....	270

ANEXO I

DIBUJO 1. NACIMIENTO Y MUERTE EN LA COMUNIDAD DE BRAMADERO GRANDE (BOLÍVAR).....	vi
DIBUJO 2. MAL DE OJO (COMUNIDAD DE SARACHUPA, CHIMBORAZO).....	vii
DIBUJO 3. DIARREA (COMUNIDAD DE RAYO ALTO, BOLÍVAR).....	viii
DIBUJO 4. MAPA PARLANTE DE LA COMUNIDAD DE TOCTECINÍN, CHIMBORAZO (MOMENTO DE ELABORACIÓN INICIAL).....	ix
DIBUJO 5. MAPA PARLANTE DE LA COMUNIDAD DE TOCTECINÍN, CHIMBORAZO (A LOS TRES MESES DE REUNIONES).....	x
DIBUJO 6. REGISTRO COMUNITARIO DE LA MORTALIDAD DE NIÑOS DE LA COMUNIDAD DE TOCTECINÍN, CHIMBORAZO	xi

ANEXO II

DIBUJO 1. REPRESENTACIÓN DEL MUNDO EN EL TEMPLO DE KORIKANCHA.....	iii
DIBUJO 2. “CONZEDERACION MURIO DIOS POR EL MU...”	vi
DIBUJO 3. “CRIO DIOS AL MUNDO”.....	vii
DIBUJO 4. “EL TERZERO MES MARZO PACHAPUCUY”.....	vii
DIBUJO 5. “IVNIO HAVCAI CUVSQVI”.....	viii
DIBUJO 6. “IVLIO CHACRA RICVI CHACRA CVNACVI CHAVA VARQVM QUILLA”	viii
DIBUJO 7. “PRIMER CAPITVLO DE LOS INGAS / ARMAS PROPIAS”.....	ix
DIBUJO 8. “CONZEDERACIÓN / CIUDAD DEL CIELO PARA”.....	ix
DIBUJO 9. “CONZEDERACIÓN / CIUDAD DEL INFIERNO”	ix
DIBUJO 10. REPRESENTACIÓN ACTUAL DE LA COSMOVISIÓN QUICHUA.....	xi

ANEXO III

CUADRO 1: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA MORBILIDAD REPORTADA POR MUJERES (15 A 49 AÑOS) Y NIÑOS (0 A 5 AÑOS) SEGÚN LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES, EN ILUMÁN.	ii
CUADRO 2: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA MORBILIDAD REPORTADA POR MUJERES (15 A 49 AÑOS) Y NIÑOS (0 A 5 AÑOS) SEGÚN LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES, EN IMANTAG.	iii

CAPITULO 1

INTRODUCCION GENERAL

El trabajo de investigación en salud al interior de una población y de una cultura absolutamente diferenciada de la población sobre la cual recibimos nuestro aprendizaje en la Facultad de Medicina, nos remitió a la práctica de un conjunto de experiencias que se prolongaron durante quince años. Dentro de estas experiencias resulta difícil separar los límites de lo que podríamos llamar el método de investigación, y el propio proceso de experiencia de acierto y error sobre la multitud de propuestas de abordaje científico a los problemas que se fueron presentando a lo largo de cada etapa del trabajo.

La comprensión de la salud-enfermedad entre los quichuas se constituyó como un proceso constituido por etapas, dentro de las cuales el sujeto de estudio y las diversas maneras de búsqueda de su comprensión adoptaron características específicas. Estos cortes arbitrarios por etapas permitieron definir y redefinir los objetivos de investigación a partir de numerosas preguntas de investigación que emergían de cada uno de los hallazgos precedentes.

1. Objetivos de investigación

El problema del estado de la salud en la población latinoamericana fue debatido durante las últimas décadas y numerosos planes y programas de salud pública fueron emprendidos, mas, la cuestión de la salud de la población indígena ha tenido escasa o nula atención. Usualmente se ha incluido a esta población como un usuario más de los servicios de salud rural, donde los planificadores y administradores de la salud pública normatizan la atención de la salud desde una perspectiva homogeneizante, a pesar de las declaraciones de la “adaptación cultural” de los programas, para facilitar la accesibilidad a los servicios de salud.

La tendencia imperante tanto en la concepción como en las propuestas dadas por las burocracias nacionales e internacionales fue de que la población indígena adaptase su cultura a las “ofertas” de servicios. Ultimamente se pretende una “convergencia” entre la “medicina tradicional” y la “medicina moderna”, buscándose “articular” el sistema de salud oficial con las redes de “curanderos y parteras”. Esta iniciativa no tiene en cuenta las evaluaciones de los esfuerzos y resultados llevados a cabo en la aplicación de la estrategia de Atención Primaria, cuando esta se aplicó entre la población indígena.

En general en casi todos los países se sostiene que el perfil de morbilidad general de la población ha cambiado, por lo que indirectamente muestra el éxito de los programas realizados, mas hasta el presente no existe una discriminación de datos que puedan mostrar claramente que ha sucedido en el seno de las poblaciones indígenas. De otra parte los escasos estudios específicos sobre la población indígena, que se han orientado a dimensionar el problema de la enfermedad, muestran que no solamente se mantienen cifras elevadas de morbilidad y mortalidad, sino que aún se mantiene la predominancia de las enfermedades infecciosas como una de sus primeras causas.

De otra parte existe un conjunto de aspectos que no han sido comprendidos por los gestores de las políticas de salud, y estos hacen referencia a la dimensión cultural del problema (que es tácitamente aceptado). La cuestión es que la cultura ha sido tratada en términos limitados y limitantes, en la medida que los estudios de etnomedicina se han dirigido a recoger evidencias de las diferencias (cuadros de enfermedad propios de los indígenas, inventario de plantas medicinales, estudios sobre los rituales de los “curanderos”, terapéuticas populares, etc.), es decir fragmentos de una realidad que no permite explicar la totalidad del pensamiento y la acción en salud de los indígenas. De otra parte, resulta limitante pues estos conocimientos han sido situados en una posición de subordinación, sea “precientífica” o cuando no reducida a la dimensión folklórica de una “medicina tradicional” en vías de desaparición.

Dentro del conjunto de estudios podemos observar que aún resulta necesario comprender cuáles son los fundamentos ideológicos que sustentan una concepción de salud particular

entre los indígenas, y particularmente como esta concepción ha sido definida, y que tipo de procesos (ideológicos, sociales y culturales) la población ha seguido.

Considero que este punto constituye un aspecto central del problema, para la comprensión del proceso salud-enfermedad, y como tal se constituyó como sujeto de investigación, en la medida que partí de la hipótesis de que: la identidad quichua y la cultura como parte inseparable de ella, ha gestado un sistema de significados, de expresión de signos y de acción, en un proceso de construcción cultural de la enfermedad y en la incidencia del curso de la misma, que tiene características propias y distintivas de la concepción de salud biomédica occidental.

En segundo lugar, tuve en cuenta la hipótesis de que la concepción de la salud, no es un aspecto polarizado a la enfermedad, sino un proceso cultural y social entendido como un fenómeno “salud-enfermedad”, que se sustenta a partir de una definición ideológica del concepto de universo o mundo indígena y no sólo como una respuesta de adaptación cultural e histórica.

En tercer lugar, este fenómeno no puede ser comprendido dentro de los paradigmas particulares de cada ciencia, en particular de las ciencias médicas, por lo que resulta necesario la complementariedad de las aproximaciones al problema a partir del establecimiento de una perspectiva multidimensional de estudio.

El propósito general del estudio busca contribuir al conocimiento de la concepción del proceso salud-enfermedad indígena, sus fundamentos ideológicos, y una redefinición de las perspectivas de interpretación y acción sobre el fenómeno, por parte de las organizaciones indígenas.

En términos de los objetivos específicos, se plantea:

1. Identificar la concepción de salud-enfermedad, dentro de las características ideológicas, sociales, económicas y culturales de la población quichua.

2. Identificar los paradigmas de base de la cultura quichua y sus interrelaciones con el fenómeno salud-enfermedad.
3. Identificar y analizar: el sistema de significados gestados por la cultura, las manifestaciones del sistemas de signos a partir de los principales cuadros de enfermedad quichua, y los sistemas de acción, en términos de la búsqueda de la protección, de la interpretación y recuperación de la salud.
4. Identificar y analizar el proceso de construcción y desconstrucción de la salud-enfermedad.

2. Plan de la Tesis

Para el desarrollo del documento de tesis, el contenido de la información y análisis, fue organizado en 5 capítulos, a saber:

El capítulo 1, titulado “Introducción general”, presenta los objetivos del estudio, que delimitan el trabajo de investigación. Estos objetivos orientan el tratamiento del sujeto de estudio hacia una perspectiva de comprensión del fenómeno salud-enfermedad, mas que de centrarse en el estudio de la “medicina indígena”, o de las prioridades de estudio que establece la etnomedicina respecto a los conocimientos y prácticas nativas de salud (como los rituales terapéuticos, las hierbas medicinales, la descripción de enfermedades autóctonas, etc.). Si bién esta información fue esencial para elaborar la presente tesis, he tomado la información específica de ella para realizar los análisis pertinentes que permitan entender el fenómeno salud-enfermedad, presentándola en algunos casos como una materia prima del análisis, y en otros, a manera de ejemplos.

En este mismo capítulo se presenta a la población quichua de la sierra, de la cual se ha utilizado exclusivamente la información para la elaboración de esta tesis. Si bién, se encuentran alrededor de 40.000 habitantes quichuas en la región de la Amazonía u

Oriente ecuatoriano, existen importantes diferencias tanto de la población y habitat, como del fenómeno salud-enfermedad, por lo que no fueron integrados en el análisis. Los estudios realizados con los quichuas del oriente, fueron solamente tomados a título referencial para comprender mejor como se presenta el fenómeno salud enfermedad en la sierra.

En este mismo capítulo, se resume el proceso de construcción histórica de la identidad de los quichuas, donde se observa el conjunto de aspectos puestos en juego durante los últimos 6 siglos, que aporta elementos para una mejor comprensión de la situación actual de los quichuas, mas también como se presentaron determinadas restricciones para el estado de salud (tierra y poder).

Al final de este capítulo, como en el capítulo 3 (metodología) se incorpora un relato de la experiencia vivida durante el proceso de investigación, mostrándose los problemas, dilemas y la adopción de decisiones y posiciones, respecto a éste proceso.

El capítulo 2, “Una aproximación multidimensional a la cultura de la salud enfermedad quichua”, presenta las aproximaciones teóricas adoptadas para la presente tesis.

El capítulo 3, “Aspectos metodológicos: al acceso a la arquitectura del proceso salud-enfermedad quichua”, presenta las áreas del estudio, la muestra de la población y los métodos implementados durante el proceso de investigación.

El capítulo 4, “El tejido del universo de los quichuas andinos”, resume los principales aspectos etnográficos que se vinculan al fenómeno salud enfermedad.

Se discute el problema de la definición y redefinición de la identidad, que permite mostrar la heterogeneidad de la población, en términos de las posiciones y respuestas dadas en la coexistencia histórica con modelos opresivos, y cómo estos influyen el proceso de cambio socio-cultural.

La definición de la persona, el cuerpo, la cosmovisión, la familia, la sociedad y la economía son destacados como aspectos fundamentales para el análisis y comprensión del fenómeno salud-enfermedad de los quichuas. La información muestra como la cultura define e interpreta a cada uno de ellos, y como constituyen un mosaico complejo de situaciones, tanto en la organización de la población como en las estrategias implementadas por la misma.

El capítulo 5, “El *pathos*, desorden y sufrimiento: la construcción de la enfermedad”, se constituye como el análisis del fenómeno salud-enfermedad, y donde se insume los contenidos de los capítulos anteriores.

Se presentan datos de la situación de enfermedad (a partir de la información epidemiológica obtenida en las comunidades seleccionadas) así como las definiciones quichuas de los estados de salud y enfermedad.

Finalmente se presenta, el proceso de la construcción de síntomas y de la enfermedad, a partir de la identificación y organización de los factores patogénicos. Los principales cuadros de enfermedades fueron agrupados según la modalidad de producción o causalidad de ellas.

En este capítulo se busca demostrar que la cultura va a construir, identificar y explicar la enfermedad a partir de los paradigmas de base de su sociedad.

Las conclusiones de la tesis, retoman las conclusiones parciales vinculadas al fenómeno salud-enfermedad, mas también buscan estimular o abrir reflexiones sobre los aportes del análisis de la Antropología Médica, el cuestionamiento de la eficacia de los sistemas de salud, y el desafío de la búsqueda de salud dentro del contexto de la “cuestión indígena”.

3. Entre salud comunitaria y antropología

Podríamos señalar que durante los años 80 se fueron perfeccionando y masificando diversos cuadros teóricos y métodos de investigación y trabajo con la población, originados en las experiencias de trabajo de campo¹ más que en los claustros universitarios, teorías y métodos que muchas veces fueron derivados de la necesidad de superar el campo de investigación fundamental o básica debido a la situación emergente de salud de la población, cuando no, de la demanda específica de los líderes indígenas y campesinos para articular respuestas encuadradas en sus propios procesos organizativos, así como en la toma de iniciativas frente a ciertas aperturas gubernamentales o de proyectos conjuntos con diversos niveles institucionales del Ministerio de Salud.

En esos años la Antropología Médica² se nos presentó como uno de los caminos más aptos para superar las limitaciones derivadas de la aplicación de principios teóricos y métodos de la epidemiología convencional. De otra parte, los cuadros de referencia y métodos propuestos por la Antropología, si bien, constituyeron una base fundamental para nuestro trabajo, estos nos llevaron a un sinnúmero de problemas aún no resueltos claramente. Frente a estos problemas nos colocamos las siguientes preguntas:

¹ Téngase en cuenta una serie de eventos acontecidos en América Latina, que influenciaron no sólo las practicas limitadas de la investigación sino esencialmente las relaciones de esta práctica con la población, como: la aplicación de la propuesta metodológica de Paulo Freire, que a partir del Brasil prácticamente se expandió hacia numerosos programas populares de educación de adultos en la mayoría de los países de latinoamérica; la proliferación de organizaciones no gubernamentales impulsadas por cientistas sociales de izquierda que fueron cesanteados de sus empleos públicos y de las universidades por los gobiernos militares (hacia 1984, en Perú existían al menos 300 ONG's que trabajaban en salud popular); el cambio de orientación sobre los principios, fines y práctica de la investigación, derivada en gran parte de las condiciones políticas nacionales (la caída de gobiernos progresistas en Argentina, Chile, Bolivia, Perú, etc.) y de la adhesión de los investigadores sociales a la Teoría de la Dependencia. En todo caso la orientación predominante del trabajo científico en el campo social se reorientó hacia el principio de Freire "*investigar la realidad para transformarla...*"

² Hacia finales de los años 70 en este nuevo campo de investigación sólo disponíamos como bibliografía a la obra de David Landy (1977) que nos ayudó en la búsqueda de un contexto teórico más amplio que el propuesto por la Etnomedicina, así como de algunos trabajos puntuales aparecidos en publicaciones periódicas de América del Norte, entre ellos, el trabajo publicado en *Santé, culture, health* del GIRAME, "*La place de l'anthropologie médicale dans la rencontre entre sciences sociales et sciences de la santé: quelques balises*" (Bibeau, G. 1983a), que nos influenció y reorientó en nuestra aproximación a los problemas de salud de los campesinos e indígenas.

¿Cuál es el grado de proximidad o distancia de nuestro trabajo con la población? ¿A qué ética de investigación nos referimos y respondemos, cuando nos encontramos con patrones culturales y una normatividad social de una población diferente a los valores de sociedades urbanas y donde la formación universitaria se da dentro de los marcos de la cultura occidental? ¿Hasta qué punto podemos separar el trabajo investigativo de la intervención o de la acción en el seno de la población? ¿Hasta qué punto se pueden desdoblarse los roles de investigador y de médico frente a problemas de salud que nos enfrentó a situaciones no sólo de riesgo a la salud de alguna persona, sino de grandes segmentos de la población?. Finalmente, ¿A quién se ha dirigido esencialmente la investigación, a un sector académico, a responder a las necesidades de la población, o a contribuir para que la propia población tenga más recursos para enfrentar la problemática?.

Indudablemente cada investigador tiene numerosas respuestas a cada una de ellas, esto es en el nivel personal, no obstante, las diversas escuelas en ciencias sociales plantean un conjunto de principios respecto al rigor científico y debido a ello, en nuestra descripción de las etapas de trabajo, estableceremos la reflexión pertinente que nos llevó a asumir diversas posiciones dadas por una parte por los niveles de experiencia alcanzados en el trabajo de campo, y por otra, por los distintos niveles de relación alcanzados con la población.

En todo caso, podemos establecer que partimos hacia la investigación con los principios teóricos y los métodos clásicos aprendidos en recintos universitarios, pero cada día fuimos seleccionando unos u otros, modificándolos y adaptándolos continuamente en la medida que nuestros niveles de conocimiento de la cultura se profundizaban. De aquel *yachac* (o curandero) que inicialmente era considerado como un “informante clave” llegamos a la comprensión que su saber era la base y la expresión de un poder que desbordaba ampliamente el campo de la salud (tal como se define de manera restrictiva en la ciencias médicas de occidente), lo que nos permitió someter nuestras categorías de análisis a su consenso, para estar seguros que lo que nosotros interpretábamos de ellos era también válido y coherente con su cultura.

Las diferencias en el establecimiento de la jerarquía u orden de las nociones y conceptos, y la definición de categorías de análisis, dadas por nuestras aproximaciones teóricas, frente a la síntesis de conocimientos y la organización de los saberes producidos dentro de otro orden cultural, como los expresados por la población y por los diferentes *yachac*, estimularon un proceso de reflexión y cambio.

Nuestra posición inicial de comunicación de los hallazgos epidemiológicos y las contribuciones dadas a la salud pública, fue siendo asumida gradualmente hacia el campo de la antropología médica, como una búsqueda de coherencia con el conocimiento de la población, dejando así de privilegiar la traducción de ese conocimiento a la cultura occidental.

De aquellas entrevistas individuales (que podían variar según el día, el momento o eventos de salud-enfermedad que se suceden ininterrumpidamente) nos orientamos al trabajo de grupos en talleres comunitarios. De la observación y de la observación participante sobre eventos puntuales o locales, pasamos a la observación de procesos no sólo comunitarios, sino también a nivel nacional, teniendo en cuenta los factores macrosociales como los de orden político y organizativos de la población indígena.

En algunos casos nuestra participación fue la de vivenciar experiencias conjuntas con grupos de quichuas ecuatorianos en el exterior del país, como en el Cusco, Lima, México y en estos últimos años en Montréal.

Estas experiencias nos permitió ubicarnos en una posición diferente de la clásica relación investigador-investigado, esto nos aproximaba a eventos comunes de descubierta conjunta sobre variados aspectos centrales de la cultura quichua ecuatoriana, esto nos permitía vivenciar las maneras culturales de comprender la realidad y de responder a ellas, algo así como una experiencia epistemológica que nos referenciaba uno al otro marcando nuestras diferencias, pero estableciendo un tipo de comunicación más integral que la dada por la situaciones de entrevistador-entrevistado u observador-observado.

Estas experiencias permitieron una aproximación más integral, de mayor profundidad, de respeto mutuo sobre las lecturas e interpretación de la realidad, de ruptura del etnocentrismo, pero sobre todo el de un diálogo intercultural sobre problemas a comprender y enfrentar³.

Las sucesivas reflexiones teóricas y los ensayos metodológicos fueron indispensables para comprender las múltiples dimensiones de la cuestión salud-enfermedad de la cultura quichua.

Si bien nuestra intención nunca se orientó a realizar una etnografía completa de la población quichua, era necesario profundizar en campos fundamentales de su sociedad y de su cultura, que nos permitiera una comprensión más integrada no sólo de las manifestaciones de la salud-enfermedad, sino esencialmente de la manera de concebirla y de vivirla. Esto fue lo que nos obligó a ingresar a una visión más holística de la problemática y de allí a profundizar aspectos que nos parecieron centrales y donde a veces los propios indígenas nos orientaron a profundizar otros aspectos que jamás hubiésemos tenido en cuenta *a priori*.

A manera de síntesis podemos expresar que el problema de comprensión de la salud y la enfermedad en la población quichua nos llevó a adoptar un proceso reflexivo a partir de un doble anclaje: sea desde el punto de vista de la formación académica así como la de la práctica y experiencia con la población; sea la de la prueba de métodos formales de

3 Una de las experiencias más impactantes para nosotros fue la lectura de las grafías estampadas en telas de fardos funerarios que se encuentran en el Museo de Antropología de Lima, en una de ellas lo que para nosotros era una resolución estética de los dibujos de un conjunto de hombres (orden, uso del color, simetría, tipo de dibujo) y que podían orientarnos hacia diversas representaciones, para ellos era claramente un ejército de guerreros. Las conversaciones mantenidas en *Cusco* y *Machu Pichu* con indígenas de la zona, más que transformarse en un ejercicio lingüístico era un re-encuentro entre aquello que antiguamente era la periferia y el centro del *Tahuantinsuyo*, era otra manera de comunicación por sobre las diferencias dialectales, era todo un encuentro intracultural de las diferencias dadas por los eventos históricos vividos por cada pueblo, y de hecho la lectura de ambas ciudades no sólo adquirió un sentido sacro sino de esa trascendencia histórica del significado arquitectónico y de la manera de vivenciar y coexistir en un espacio no solo ocupado por las catedrales de piedra sobre los cimientos de los templos Incas, sino por el turismo nacional e internacional. Estos relatos hubiesen variado fundamentalmente si nosotros hubiésemos sido los interlocutores directos de los quechuas del Cusco o de los quichuas ecuatorianos que hablaban sobre el Cusco.

investigación como de la adaptación cultural realizada a los mismos por el contacto e interacción con los indígenas.

Esta posición de interfase permitió una mayor flexibilidad no sólo de comunicación sino de enriquecimiento de los objetivos de investigación, pues permitió conjugar diversos niveles de intereses y prioridades tanto de la población como de la propia acción investigativa. Esencialmente esto nos ayudó a la puesta en común de la problemática y a la búsqueda de su esclarecimiento, mediante una acción que se tornó más intencional y consciente tanto para la población como para nosotros.

4. La población Quichua⁴

En la República del Ecuador, en base a los datos censales de 1974, se estimaba la existencia de cerca de 2 millones de indígenas, dentro de los cuales se calculó un total 594.521 indígenas “...*que los procesos de aculturación no habían logrado borrar los rasgos de su cultura*” y 1.500.000 “...*que han perdido su identidad externa, aunque no la biológica de origen*” (Costales y Costales, 1979).

En la actualidad se observa que sobre un total de población estimada de 10.733.000 habitantes, se considera que el 55% son mestizos, el 25% corresponde al total de la población indígena, mientras que el 10% son blancos, y el 10% negros⁵.

En términos absolutos se pondera que habría alrededor de 2.684.250 indígenas, no obstante, ésta cifra debe tomarse con relatividad debido a dos factores: el primero, es que los cuestionarios censales no establecen criterios para diferenciar las categorías étnicas; y en segundo lugar, debido a los conflictos mantenidos, en el año 1990, entre la Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador con el gobierno nacional, la

⁴ La palabra *Quichua* es utilizada en Ecuador debido a que en el alfabeto de esta no se utilizan las vocales *e* y *o*, a diferencia del Quechua utilizado en el Perú.

⁵ Se utiliza la denominación de los grupos étnicos dados por las instituciones oficiales del Ecuador.

gran mayoría de los indígenas boicotearon el trabajo del Instituto Nacional de Censos, por lo que numerosas comunidades indígenas no fueron censadas.

Según los cálculos establecidos por las propias organizaciones indígenas⁶, se estima que las cifras son más elevadas que las presentadas oficialmente, pues la tasa de reproducción indígena es ligeramente superior a la media nacional, por lo que calculan que la población indígena representa casi el 45% del total nacional siendo que la población quichua es la más numerosa y representa casi el 95% del total de las 12 familias etno-lingüísticas que se encuentran en el país.

Independientemente de la precisión de las cifras demográficas, podemos establecer que la población quichua del Ecuador tiene una presencia significativa en el país, no sólo por el elevado número de personas, ya que está lejos de ser una minoría, sino esencialmente, por su dinámica social y las características culturales que posee.

La mayor parte de la población quichua se sitúa en el medio rural, donde las comunidades de la sierra ocupan distintos pisos ecológicos a lo largo del callejón interandino, que van desde los valles interandinos (alrededor de 2.300 m. de altitud) hasta las zonas de alta cordillera (alrededor de 3.500 m.), mientras que alrededor de 30.000 quichuas del oriente se encuentran en la región amazónica en las provincias de Napo y Pastaza. Por otra parte, se encuentran asentamientos urbanos en ciudades de mediano y gran porte de la sierra y de la costa del país.

Véase el mapa de la distribución espacial de la población quichua en la página siguiente.

⁶ Sobre esta estimación no se ha divulgado la metodología de como se han realizado los cálculos.

Si bien, la concepción del origen de los quichuas es motivo de una gran variedad de versiones, que van desde el relato mítico-religioso, hasta la ambigüedad descriptiva de los pueblos fundadores y su relación con los *Incas-quechuas*⁷, los quichuas se autodefinen e identifican dentro de una cultura de origen diferente al resto de la población. Así la identidad étnica quichua es adscrita por los individuos, comunidades y pueblos, y esta es reivindicada como una nacionalidad desde sus diversos niveles organizativos, ante la sociedad blanco-mestiza.

En la mayoría de los casos la población indígena expresa que “*los indios son los naturales de esta tierra...*”, por oposición a los “blancos” que son venidos de afuera, y a los mestizos que además de no ser “*naturales*”, esencialmente, son vistos a partir de las contradicciones cotidianas, como gentes que no son confiables y que siempre buscan sacar provecho de ellos⁸.

Por otra parte, esta diversidad también está determinada por un sustrato de población, que si bien, bajo la identificación genérica de quichuas, se encuentran pueblos indígenas que tuvieron orígenes y tradiciones diferentes. En la página siguiente se presenta el Cuadro 1, donde se muestra de manera resumida, a los pueblos que constituyen la población indígena quichua.

La identidad es definida al interior de la sociedad, a través del consenso del pueblo y en base a normas establecidas que preserven esta pertenencia. Por ejemplo: el uso del cabello con trenza es uno de los rasgos distintivos de la identidad en los Otavalos y Saraguros, en el caso de los individuos que voluntariamente se cortan el cabello, éstos

⁷ Los *Incas-kechuas*, desde su asentamiento originario en la ciudad de Cusco (en el actual Perú) iniciaron su expansión ocupando la mayor parte de la región andina de América del Sur. Los territorios dominados constituyeron el *Tahuantinsuyo* (*Tawa-N-Intin-Suyu* = Las cuatro regiones del mundo) o Imperio Incaico. Este fue dividido en 4 regiones, definidas como ángulos que convergen hacia la ciudad de *Cusco* (centro u ombligo del mundo), a saber: *Antisuyu* (hacia el este), *Collasuyu* (hacia el sur), *Chinchasuyu* (hacia el oeste) y *Contisuyu* (hacia el norte).

⁸ Lingüísticamente son denominados *mishu*, término que también es utilizado para nominar al “blanco”. Los campesinos mestizos, son los principales competidores de mano de obra, así como los comerciantes mestizos son los que buscan incrementar sus ganancias a expensas de la compra y venta de productos indígenas.

son tratados con exclusión, como si fueran mestizos, o está en tren de serlo. En otro nivel, en el caso de los Salasacas (que poseen minifundios que apenas proveen recursos a nivel de la subsistencia) existe la prohibición de contraer matrimonio con personas ajenas a su pueblo, en el caso de violación de la norma, éste es expulsado de la comunidad perdiendo su identidad de indígena Salasaca, aunque éste puede ser reconocido como indígena por otras poblaciones.

Cuadro 1: Pueblos que asumen la identidad quichua, según región y ubicación provincial

Región del país	Provincia	Nominación genérica de los pueblos	Principales pueblos constitutivos
Quichuas de la Sierra	Imbabura	Natabuelas Otavalos	Adoptan el nombre según la comunidad donde residen
	Pichincha	Cayambes	Cayambes
		Quichuas de Pichincha	Zambizas Pintag
	Cotopaxi	Quichuas de Cotopaxi	Jatun Huihuas Zumbahuas Macas
	Tungurahua	Quichuas de Tungurahua	Salasacas Chibuleos Quinsapinchas
	Chimborazo	Quichuas de Chimborazo	Coltas Cachas
	Bolívar	Quichuas de Bolívar	Huarangas Simiatug
	Cañar	Cañaris	Cañaris
	Azuay	Quichuas de Azuay	Quinquis Shiñas
Loja	Saraguros	Saraguros	
Quichuas del Oriente	Napo	Quichuas de Napo	Quijos Yumbos
	Pastaza	Quichuas de Pastaza	Canelos

La identidad quichua fue adoptada también por otros pueblos, que tuvieron un origen diferente, pero que durante el período incaico fueron trasladados por razones geopolíticas (a lo que actualmente es el territorio ecuatoriano) desde distintas regiones del imperio.

5. Construcción socio-histórica de la identidad

El análisis del proceso de construcción de la identidad quichua se realizará sobre los aspectos centrales de carácter social, político y económico, a partir de la siguiente periodización histórica⁹: Período preincaico, período incaico, períodos de la colonización española, siglo XIX, y siglo XX.

5.1. Período preincaico

Existe información limitada sobre los asentamientos de la población en la región andina del actual Ecuador, no obstante, se afirma que una corriente migratoria, que se originó en el Caribe, y luego de establecerse en lo que es hoy Venezuela, fundaron posteriormente un pueblo en la *Bahía de los Caras* o *Caraques* (en las costa del actual Ecuador). Desde la costa la inmigración de los *Caras* ascendió al altiplano andino en donde se establecieron sojuzgando a los nativos que ya existían en el callejón interandino.

A lo largo de toda la cordillera de los Andes, existen valles de suelos fértiles con favorables condiciones climatológicas para la agricultura. Estos se encuentran separados por nudos montañosos, que permitió la formación de cacicazgos más o menos independientes, como los *Imbayas*, *Quitus*, *Puruháes*, *Cañaris* y *Paltas*. Los cronistas de Indias destacaron la predominancia de los caciques, *señores* o *shyris* de Quito sobre los demás caciques, que solo integraron a los *Puruháes* bajo una alianza, teniendo con los restantes una relativa independencia.

⁹ Esta periodicidad fue definida a partir de los trabajos de etnohistoria realizados con la población quichua, en el Centro de Investigaciones para la Educación Indígena (CIEI), de la Universidad Católica de Quito en 1981-1982. Esta prioriza los acontecimientos que tuvieron impacto significativo en la población indígena.

Posteriormente éstos fueron conformando unidades geopolíticas más amplias en base a la alianza y unión de comunidades agrícolas (Jaramillo Alvarado, 1983).

5.2. Período incaico

Hacia mediados del siglo XV, se produce la primera invasión de los *Incas*, provenientes del Perú, pese a la resistencia militar local, los *Shyris* fueron derrotados, lo que les obligó a su retirada hacia el norte del país. Los quechuas ocuparon gran parte de la región andina, pero el retorno al *Cusco* del Inca *Tupac-Yupanqui*, permitió la contraofensiva y reconquista del territorio por parte de los *Shyris*. En 1460 se produce una nueva invasión *Inca* que contó con el apoyo de tribus locales como los *Cañaris*, hasta que finalmente conquistaron todo el territorio norte constituyendo así el *Contisuyu* de lo que fue el *Tahuantinsuyo* o Estado Incaico.

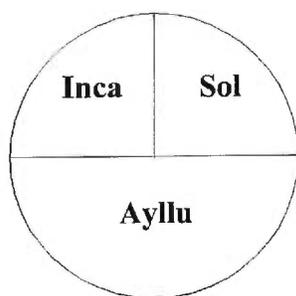
Esta dominación se caracterizó por la dura represión de la población local ante las tentativas de revuelta, mas finalmente, se estableció una ocupación pacífica debido a la alianza establecida mediante el matrimonio del *Inca* con la hija del último *Shyri*.

El *Tahuantinsuyo* llegó a tener una extensión estimada en 800.000 km² (Fellman Velarde, 1961) con la Cordillera de los Andes como eje vertebrador del territorio, cuya base económica fue la agricultura. Para toda la población del territorio se definió que la célula fundamental del Estado Incaico era la comunidad o *ayllu*, donde se impuso un régimen político, jurídico y social sumamente rígido.

Para el desarrollo y consolidación de este régimen se erigieron funcionarios estatales en un número considerable, a cargo de unidades poblacionales específicas. Allí se replicaron las normas administrativas y la unificación del sistema matemático, para establecer la contabilidad que era centralizada en el Cusco; se implementó la enseñanza de la lengua quechua; se estableció un calendario agrícola, al cual se lo relacionó con la difusión de rituales y fiestas religiosas, lo que implicó un proceso de transmisión o síntesis de la

cosmovisión. En el plano militar, las rebeliones o tentativas de ellas, luego de ser controladas, se obligaba a la migración masiva de toda la población, es así que, se supone que los *Saraguros* y los *Salasacas* fueron pueblos *mitimaes* o migrantes forzosos provenientes de distintas regiones de la actual Bolivia.

Respecto a la tenencia de la tierra, el Jefe Supremo o *Sapa Inca* (que según la cosmovisión de esa época era descendiente del Sol) era el propietario de la tierra dividiéndose la misma como se observa en el siguiente esquema simplificado de producción:



Los *ayllu*, no solamente representaban un sistema de organización comunitario dirigidos por un jefe o *curaca*, sino que ocupaban un territorio o *marca*, donde estaban amparados por un dios protector o *huaca*. Cada comunero tenía derecho a recibir de parte del Estado una parcela de tierra llamada *tupu*.

Esquema 1. Distribución de la tierra en el Inca

Las nuevas tribus y pueblos asimilados al Estado Inca, fueron subordinados al reconocimiento de un dios superior, *Viracocha*, que tenía su encarnación material en el Sol o *Inti*. El establecimiento de un poder religioso permitió consolidar un complejo cultural poderoso que tuvo incidencia en toda la vida de los *ayllu*.

El Estado controlaba la administración de las tierras con la finalidad estratégica de consolidar el proceso de unidad territorial y de poder político del monarca. El *Inca* determinó que de cada siete hombres, uno debía trabajar para el Estado, algunos en forma vitalicia, otros en forma rotativa.

Aproximadamente 500.000 hombres, sobre un total estimado de 8 millones de habitantes, prestaban sus servicios en tierras del Inca para el sustento del emperador, el ejército y la clase dominante, a la par que trabajaban en las obras monumentales del *Tahuantinsuyo*: caminos, puentes, canales, templos fortalezas, etc.

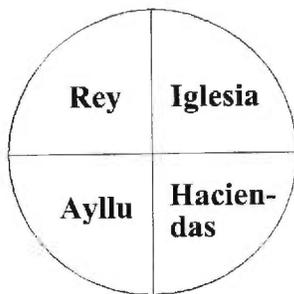
El Estado al dominar todos los pisos ecológicos tenía una producción agrícola abundante y variada, esto permitió tener excedentes que fueron acumulados en reservas llamados *tambos*. Frente a los desequilibrios ecológicos y a los problemas de cosechas, el Estado ponía en marcha mecanismos de redistribución social, mediante la entrega de alimentos, semillas y animales. De otra parte, se estableció la ayuda permanente a las viudas, huérfanos y ancianos.

Es este período, posiblemente el más importante de la historia de los quichuas, es donde se organizaron los elementos de base que contribuyeron a la conformación de una identidad más extensiva en el espacio regional. Esta organización permitió articular la heterogeneidad de pueblos que vivieron el proceso desarrollado a partir de la dominación *Inca*, en un período de tiempo considerado breve (alrededor de tres generaciones), en el que se adoptaron pautas culturales de un sistema del cual persisten hasta hoy importantes trazos del mismo.

5.3. Períodos de la colonización española

El desarrollo político del *Tahuantinsuyo* y la consolidación de la nacionalidad quichua fue interrumpido por la invasión española que provocó la caída del Imperio Incaico. El período de dominación española podría dividirse según la estrategia política aplicada en dos etapas sucesivas, la primera que se extiende entre 1532 a 1570, y la segunda entre 1570 a 1759.

En el primer período, la estructura de la tenencia de la tierra de los *Incas* fue replicado por los españoles que reemplazaron los poderes establecidos. Es así que la autoridad del Rey y de la Iglesia, usufructuaron las tierras correspondientes al *Inca* y al Sol, mientras los *ayllu* siguieron disponiendo de su tierra, tal como se observa en el esquema siguiente:



El impacto social más grave se produjo al suprimirse los mecanismos de redistribución económica, mientras se aplicó la explotación más brutal de la mano de obra indígena. Se priorizó la explotación en las minas de oro y plata, por sobre el trabajo agrícola.

Esquema 2.
Distribución de la tierra durante el 1^{er} periodo de la colonización española

El feudalismo traído por los colonizadores españoles no se aplicó en forma pura sino junto a la explotación esclavista (Zubritski, 1979).

Uno de los sistemas de explotación fue la *mita*, ya aplicada desde la época incaica, y que consistía en el trabajo obligatorio para la construcción de caminos, fortalezas, almacenes y especialmente en las minas.

El *mitayo*, bajo el control de los españoles, por lo general ya no regresaba a su comunidad por la imposición de las brutales condiciones de trabajo. A manera de ejemplo se cita que en las minas de Zamora (situadas en la ceja de selva ecuatoriana) durante 50 años se enviaron 20.000 hombres, de los cuales solo sobrevivieron 500 (Pareja Diazcanseco, 1957). En las minas de Potosí (Bolivia) murieron millares de indígenas, ya que debían permanecer a nivel subterráneo sin salir a la superficie. Se calcula que “...para las islas mayores y menores y los territorios descubiertos y conquistados hasta 1542” murieron alrededor de 15 millones de indígenas cuyas dos causas principales fueron, las “...guerras sangrientas y la cruel servidumbre” según Fray Bartolomé de las Casas (1984: 33).

Los talleres textiles fueron denominados *obrajes*, donde se trabajaba bajo encierro durante toda la jornada, y a menudo los indígenas eran encadenados a los telares. Del pago personal se descontaban los tributos con lo cual el trabajador siempre estaba en deuda con el propietario del taller, y aún después de su muerte la deuda pasaba a su mujer o hermanos, lo que garantizaba la constante dependencia y mano de obra de los indígenas.

El tributo se aplicaba a todas las personas entre los 18 a 50 años, aún a las personas fallecidas y a los niños en estado fetal, lo que enriquecía el tesoro “público” y al nuevo aparato estatal, desde el simple recaudador al Virrey (Zubritsky, 1979).

Uno de los modos de librarse de la condición de indios tributarios y de la obligación de prestar servicio de la *mita*, era abandonar la indumentaria indígena y disfrazarse de *viracochas* o mestizos; en el año 1759, el gobierno encargó a los gobernadores de indios, la misión de identificar a los disfrazados de mestizos, para que “...reconociendo su naturaleza de Indios, se sujetaran al Real Tributo” (Moreno Yáñez, S. 1989: 249).

Desde los momentos tempranos de la colonia, se indujo a las élites indias (los caciques y sus familias) al aprendizaje del castellano mediante la alfabetización. La escuela, que fue creada por la congregación religiosa de los dominicos, tuvo un significativo impacto, pues esta educación “...provocó el distanciamiento entre la dirigencia y el pueblo indio, (ya que) implicaba una fuerte relación con el colonizador, sea por el lado de la escuela, el mestizaje, los casamientos, o el adoctrinamiento religioso” (Ramón Valarezo, G. 1992: 354-355).

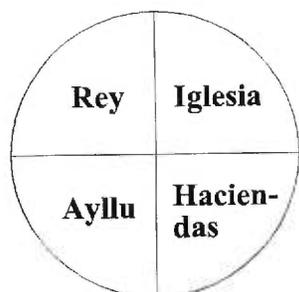
Esta política tuvo una corta duración, pues hacia finales del S.XVI, los españoles perdieron interés del control indirecto de los pueblos indios, ya que “...el dominio español ya no operaba contra las instituciones políticas de los pueblos andinos (como lo hizo durante la invasión y conquista), ni predominantemente sobre ellas (como lo hizo durante el mandato indirecto), sino dentro de ellas” (Salomon, F. 1990, vol. 3: 121).

Durante el segundo período colonial, se produjo un reordenamiento dispuesto desde España, debido a la triple catástrofe que sucedía en las colonias:

- en lo económico se destruyó la base agro-pastoral del *Tahuantinsuyo*,
- en lo demográfico, se produjo el despoblamiento de la colonia ya que hacia el 1600 no quedaban más de 2 o 3 millones de indígenas,
- en lo cultural, se destruyeron los mecanismos de integración y reproducción de la sociedad indígena, especialmente con la matanza de sacerdotes y *amautas* o maestros

quichuas, realizada con el fin de facilitar la imposición ideológica y religiosa del cristianismo.

Dentro de este reordenamiento político y jurídico, se introdujo el régimen de haciendas, entendida como una estructura económica-social de rehabilitación y desarrollo.



Esquema 3.
Distribución de la tierra durante el 2^{do} período de la colonización española

La tenencia de la tierra se reestructuró, disminuyendo una vez más la tierra disponible para las comunidades indígenas pues el establecimiento de las haciendas se realizó a expensas de la cantidad de tierra explotable por los *ayllus*, que a partir de ese momento pasaron a llamarse comunidades. Sin embargo la minería siguió funcionando como eje estratégico de la economía disponiendo de la población indígena para proveer mano de obra, tanto a la minas como a las haciendas.

Como resultante de esta situación el grado de deterioro de las fuerzas productivas fue tan radical que a lo largo de siglos de dominación no pudo ser reparado.

Por parte de la población se produjeron alzamientos y rebeliones¹⁰, que sucesivamente fueron aplastados, y por otra parte se gestaron movimientos migratorios de huida en busca de refugio y protección, hacia la selva amazónica y a la costa norte del Ecuador.

¹⁰ Dentro de los reductos de resistencia se cita a *Victos*, en el valle del *Urubamba* (cercano al *Cusco*), que se constituye como el centro de la resistencia Inca entre 1537 a 1572, el movimiento de *Taqui Ongoy* que se extiende en la sierra central del Perú, entre 1560 y 1570. (Wachtel, N. 1973). En la región del actual Ecuador, según Moreno, S. (1985) las revueltas se produjeron durante el período de conquista y más tarde, desde 1730 hasta finales de la colonia se realizaron 12 levantamientos indígenas. En el Perú se produjo la rebelión de Juan Santos Atahualpa entre 1741 a 1751 y posteriormente hacia 1780 la rebelión de Tupac Amaru.

5.4. El Siglo XIX

La guerra de independencia contra el régimen colonial (1810-1826) contó con la activa participación indígena, no solamente la apoyaron y contribuyeron para el establecimiento de las operaciones militares rebeldes, sino que también entre 1810 y 1811 organizaron y comandaron sus propias insurrecciones.

Mientras tanto se había desarrollado un proceso de mestizaje que mostraba un nuevo perfil de la conformación social. Esto generó nuevas contradicciones en el seno de las relaciones interétnicas, que no superaron, sino más bien acentuaron las desigualdades sociales de los períodos anteriores, en la cual los indígenas continuaron subordinados.

A pesar de las intenciones de los líderes independentistas, que pretendieron establecer la igualdad de los derechos económicos y políticos del indígena, el nuevo reordenamiento jurídico estableció medidas que afectaron significativamente la vida de las comunidades.



En el esquema se muestra que el establecimiento de los títulos de propiedad de la tierra expropió en forma significativa la disponibilidad de tierras comunitarias, siendo imposible su recuperación frente a las nuevas leyes establecidas.

Esquema 4. Distribución de la tierra durante el S. XIX

La estructura agraria fundamental siguió siendo constituida por la hacienda, que utilizó formas de explotación feudal y semifeudal.

Esta se expresó en unas 40 modalidades o formas de dependencia laboral (Peñaherrera de Costales y Costales Samaniego, 1964), siendo las más importantes:

- el *huasipungo*, por el cual el quichua residente en tierras de la hacienda disponía de un minúsculo terreno para su subsistencia, a cambio del cual debía trabajar en las tierras del hacendado (generalmente 4 días a la semana) por lo cual recibía un salario, cuyo valor era varias decenas de veces menor que el costo de la mano de obra.

- el *arrimado* era una forma similar de trabajo, pero se diferenciaba de la anterior debido a que por el uso de la parcela el indígena debía trabajar gratuitamente en la hacienda.
- el *finquero* era la relación por la cual el indígena, al usar una porción de tierra estaba obligado a pagar al hacendado en dinero, en productos o con trabajo, según se acordaba con el terrateniente.
- la *yanapa* y *ayuda* establecía que el cambio de algún derecho cedido por el terrateniente en su territorio (derecho a abastecerse de leña, pastos, agua de riego, etc.) debía trabajar para el hacendado un número determinado de días de la semana o del mes.
- la *huasicamia* era una obligación contraída por el campesino huasipunguero y los miembros de su familia, de trabajar por turnos en calidad de servicio doméstico en la casa de los hacendados.

La hacienda se constituyó en un poder local y regional sobre el cual giraba la vida económica, política y social de la población. Sobre ésta el hacendado estableció sus propios reglamentos que permitieron la implantación de un orden y modo de vida caracterizado por el uso arbitrario de su poder, la conservación de la autonomía de su territorio frente al Estado, y al mantenimiento del principio de “desigualdad” natural entre blancos, mestizos e indígenas, por lo que impuso un régimen social de jerarquización absoluta. La cultura criolla dominante fue definiendo el sentido de la nación, como también la formación del Estado, con las consecuentes reformas administrativas y el nombramiento de una cadena de funcionarios que tomaban control de la nueva “legalidad”.

Con la abolición del tributo en 1857, se redefinió la relación de la República con los indígenas, la versión oficial fue la creación de un indio genérico dentro del sentido de una raza. Como existen pocos indicios de lo que era la identidad o autodefinición de los

indígenas que efectuaban sobre su propia condición, solo se registró la versión instituida por la nueva sociedad dominante, ésta calificó a los indios de “clase abyecta”, “clase infeliz”, “raza vencida”, que marcaba cierta distancia de los calificativos de la época colonial, cuando eran señalados como “rústicos” y “cortos de pensamiento”.

La imposición de impuestos en 1825 obligó a la realización de censos, en los cuales se estableció claramente la frontera entre “blancos” e “indios”. Hacia finales del siglo se estableció la diferencia entre “indio civilizado” e “indio salvaje”, de acuerdo al grado de “integración” o resistencia a las políticas del Estado.

Las formas de resistencia cultural y los levantamientos de la población indígena, permitieron mantener en actividad importantes niveles de organización social, que contribuyeron a redefinir la identidad indígena ante las nuevas reglas del juego instauradas en la República.

5.5. El Siglo XX

Hacia finales del S.XIX la revolución liberal que había promovido un discurso de la justicia para el indio, atribuyó al Estado un carácter protector y de conversión a la ciudadanía. En 1895 se derogó el trabajo subsidiario y el impuesto a la propiedad de la tierra, en la medida que los catastros realizados anteriormente incluyeron a importantes sectores de la población indígena como propietarios de tierras, mientras que por otra parte, el Estado pasa a asumir funciones que eran atribuidas a la Iglesia, como en el registro de nacimientos, defunciones, y matrimonios. La inscripción de nacimientos imponía la selección de los nombres, a partir de una lista confeccionada por las autoridades del Registro Civil.

La estructura de la hacienda se mantuvo estable en el tiempo y se reprodujo mediante formas de producción precapitalista, donde la modernidad y el racismo se convirtieron en los elementos centrales de las nuevas ideologías terratenientes.

Desde 1920, en la región central del país se generó un importante ciclo de revueltas campesinas, donde los levantamientos más significativos, se caracterizaron por el ataque a centros poblados, donde se encontraban las instancias administrativas inferiores del Estado, y la residencia de autoridades civiles y religiosas.

En 1925 el Estado, dentro de un proceso de tipo modernizador, trató de establecer nuevos procedimientos administrativos y judiciales para la resolución de los conflictos de tierra, mientras se mantuvo al ejército como fuerza disuasiva y represiva.

Hacia 1935, el Congreso de Industriales planteó la vinculación de los indígenas al consumo de la producción industrial, mediante un cambio cultural que implicaba el reemplazo del vestido y el calzado tradicional, para romper las barreras del autoconsumo y así ampliar la expansión del mercado interno (Ibarra, H., 1992).

En la década de los años 60, se realizó un conjunto de transformaciones en la estructura y funcionamiento de la hacienda, orientados por la llamada “modernización” de la hacienda tradicional, que permitiera su inserción dentro de la tendencia gubernativa que definía el desarrollo nacional dentro de un modelo capitalista. La nueva racionalidad económica hizo que los terratenientes realizaran una entrega anticipada de tierras, pues estas entregas fueron legalizadas en 1964 cuando el Estado inició la Reforma Agraria, que decretó en 1966 la “liquidación” del *huasipungo*.

En la actualidad aún subsisten formas de producción mixtas, donde coexisten modalidades precapitalistas con la hacienda, como empresa productiva, fundamentada en la vinculación al capital comercial e industrial. Esta coexistencia no es una simple yuxtaposición de modelos, sino que se estructura como una formación económica-social donde se articulan varios modelos de producción, y que conforman un concepto ideológico y político del desarrollo del país¹¹ (Barsky, 1978; Velasco, 1983; Guerrero, 1983).

¹¹ Hacia finales de los años 70 era frecuente encontrar en los avisos clasificados de la prensa, la venta de tierras o haciendas con las comunidades e indígenas que se encontraban en su territorio.

A partir de la década de los 70 se produjeron cambios importantes dentro de la economía del país, ya que la economía nacional septuplicó su capital a partir de la explotación petrolera. En este nuevo cuadro de situación, la producción agrícola dejó de tener el peso estratégico que tuvo históricamente, y por lo cual el modelo de desarrollo aplicado en el país se orientó a priorizar el desarrollo industrial.

Desde sectores de la política nacional, como el Partido Socialista, en los años 30, y el Partido Comunista, en 1944, se estimuló la conformación de un movimiento que estimuló la lucha por la tierra y la incorporación de los campesinos al sindicalismo; y posteriormente a partir del estímulo dado por la iglesia progresista se fundó el Movimiento Ecuarrunari, que buscaba la alianza obrero-campesino.

En el año 1990, la sociedad blanco mestiza se ve sorprendida por la expresión de un levantamiento indígena, esta vez estuvo conducido por la nueva estructura organizativa de los indígenas del Ecuador, conocida como CONAIE (Consejo de Nacionalidades Indígenas del Ecuador). Por primera vez el movimiento indígena adoptó un carácter nacional, pues articuló una movilización de las naciones indígenas que paralizó casi todas las actividades del país, lo que reactualizó la “cuestión indígena” como un fenómeno que no sólo se creía que estaba olvidado, sino que este era considerado como un problema que estaba en vías de desaparición debido a la “modernización” del país.

En esta breve revisión del proceso histórico se trata de observar la persistencia de situaciones que determinaron los comportamientos o los sistemas de acción de los quichuas, y como estas constituyen un expresión de las representaciones sociales e ideológicas. En este caso entendemos que la identidad está, en permanente modelación, en relación a las situaciones y consecuencias vividas por la población.

CAPITULO 2

UNA APROXIMACION MULTIDIMENSIONAL A LA CULTURA DE LA SALUD-ENFERMEDAD QUICHUA

La adopción de un cuadro teórico orientado hacia la interpretación de la salud-enfermedad entre los quichuas me situó dentro una reflexión no menos ardua que compleja. Esta actividad podría ser considerada como un proceso de inmersión en distintos campos de conocimiento, los cuales a su vez viven su propio proceso de conformación, de consolidación o de transformación.

Esto significó una tarea que no solo se presentaba como un simple aprendizaje de teorías o de las corrientes determinadas por la diversa posición de las escuelas o academias, sino que implicaba la adopción de una aproximación teórica que permitiera explicar o interpretar más coherentemente la cuestión de salud-enfermedad de la población indígena.

1. La búsqueda de aproximación al problema

Esta dinámica adoptaba otra dimensión, una dimensión dada por el contacto con la población indígena durante muchos años, la que se constituyó como un referente social concreto frente a la tarea de adoptar un referente abstracto, o sea el abordaje a las diversas posiciones teóricas que permitieran interpretar o explicar más coherentemente la cuestión de la salud-enfermedad.

El análisis de la salud-enfermedad puede ser realizado desde distintas perspectivas, mas entre estas perspectivas existen problemas y conflictos que han dado lugar al debate entre la aproximación dada por las ciencias sociales y las llamadas “ciencias de la salud”, o a la

praxis de la Antropología Médica como una expresión dependiente de las teorías antropológicas y de la búsqueda de su articulación con las Ciencias de la Salud.

Dentro de las perspectivas de análisis de la salud y enfermedad, en las ciencias sociales se observan dos tendencias que tienden a polarizar un *continuum* existente entre ellas.

En una de ellas se encuentra la corriente culturalista, que tiende a explicar la enfermedad y la diversidad de comportamientos resultantes, exclusivamente a través de la comprobación de un sustrato particular de conceptos y valores de la sociedad. La explicación de la totalidad del proceso de salud-enfermedad, centrado en la cultura deja frecuentemente en un plano secundario, o ignora, otra serie de aspectos como la situación social y económica, que contribuyen a explicar aspectos fundamentales del proceso de salud-enfermedad de la población. En la otra corriente se encuentran los investigadores que priorizan el enfoque social, que establecen sus interpretaciones a partir de los imperativos del ambiente ecológico, de los factores económicos y de los juegos de poder que se encuentran en la sociedad. Si bien, estos aspectos son indispensables, para el análisis de los procesos sociales y de salud, estos tienden a ignorar los aspectos culturales, o a subordinarlos de tal manera que aparecen como consecuencias o manifestaciones particulares de los primeros (Bibeau, 1981).

Uno de los conflictos predominantes entre las ciencias sociales y las ciencias de la salud, se refiere a la discusión de los principios teóricos adoptados en las investigaciones, pues se mantuvo como irreconciliable la posición adoptada entre los paradigmas de las ciencias naturales (y biomédicas), y los de las ciencias sociales. Strong y McPherson (1982) definen que la medicina occidental es en sí misma una tecnología que se elabora a partir de las ciencias naturales, y que tardíamente se establece una relación con las ciencias sociales no siempre bien claras y definidas. No obstante, estos autores señalan las siguientes conexiones o similitudes: las explicaciones causales pueden ser encontradas en todos los fenómenos, incluso de las acciones humanas, entendidas también como parte de la naturaleza; el determinismo físico está gobernado por leyes de la materia, que son universales; la ciencia forma una unidad cuyas partes o niveles están

interconectados. Esta posición se funda en una concepción positivista de la realidad social, que es considerada como inadecuada en las ciencias humanas.

Niklas (1982) enfatiza que en general las relaciones causales de la medicina occidental son establecidos a partir del uso de los métodos experimentales, que están conectados con la física, biología y la química, lo que establece una diferencia radical con las ciencias sociales. Según este autor, las diferencias de los principios de estas ciencias pueden ser sintetizados de la manera siguiente:

- La ciencia es gobernada por métodos exactos basados en observaciones, y los reflejos en la sociedad deben ser suplementados recurriendo a la experiencia social.
- La experiencia diaria guía a la búsqueda de la verdad en ciencias sociales, mientras que en las ciencias exactas la realidad es segmentada en datos mensurables.
- Los factores que controlan un experimento son también los factores determinantes de las condiciones de la aplicación de los resultados, mientras que en la investigación social, las condiciones de aplicación están más allá del alcance de los factores de control durante el estudio.
- En las ciencias sociales el conocimiento de la causalidad es auxiliar para interpretar los fenómenos, en las ciencias médicas es a la inversa.
- La búsqueda de razones mas que las causas, parten desde diferentes intereses de conocimiento.

Zempleni (1988) sostiene que en la concepción biomédica, psiquiátrica o psicoanalítica, sólo hay “enfermedad” en el individuo, por lo que la antropología médica comenzó a relativizar este axioma médico-cultural dominante de occidente, buscando incorporar los principios de construcción cultural de la enfermedad. Este autor destaca también que, la aproximación antropológica invita a invertir el sentido habitual de interrogar, y a preguntar de como el individuo se sirve de medios ofrecidos por la sociedad para resolver sus problemas de salud, mas, como la sociedad se sirve de sus “enfermos” para asegurar su propia reproducción o por hacer frente a sus mutaciones; o a preguntar en qué y cómo la eficacia o la productividad social de los procesos médicos puede condicionar sus

elecciones de atención y sus eficacias propiamente terapéutica; y sobre todo, en qué consisten los usos sociales de la enfermedad y cómo ellas se realizan en o a través de las experiencias patológicas de los individuos.

Tanto los especialistas en ciencias de la salud, como los científicos sociales reclaman la necesidad de un modelo comprehensivo o un paradigma genuino (Engel, 1975; Press, 1980) que permita relacionar los procesos biológicos con los sistemas culturales de significación. Al parecer, la falta de conceptos y paradigmas puestos en común, hacen más difícil la tarea del trabajo interdisciplinario y limita la validez de las comparaciones interculturales sobre la salud y los sistemas médicos (Leslie, 1978).

El proceso de convergencia/divergencia nace a partir de las perspectivas de los investigadores del campo médico, y posteriormente de la antropología y sociología. Ya en 1849, Virchow (patólogo alemán), definía que “...*la Medicina es una ciencia social, hasta la médula de sus huesos*” (Rather, 1958: 66). Sin embargo, su discurso quedó aislado frente al poder obtenido por las escuelas biomédicas sustentado en los descubrimientos bio-clínicos, el avance de los descubrimientos farmacológicos y la introducción de tecnología en salud, propiciada por el modelo de desarrollo industrial.

A partir de las ciencias sociales, los antropólogos de la escuela británica, se vieron forzados a abordar la medicina tradicional a partir de los aspectos sociales, en particular los estudios realizados en Africa. De manera diversa, Evans-Pritchard, V. W. Turner, M. Marwick, J. Middleton, M. Gluckman, entre otros, contribuyeron a la comprensión de la enfermedad como una dimensión de la desarmonía social, y a las técnicas terapéuticas como restablecedoras del equilibrio; el rol de curandero se comprende como un analista social, sensible a las tensiones de la sociedad; la brujería, se encuadra dentro de los conflictos sociales; los rituales terapéuticos se presentan como una ritualización del “drama social” donde los participantes tienen la ocasión de actualizar la totalidad de las relaciones sociales con las contradicciones estructurales que ellas implican, o también son interpretados como una catarsis social. En una segunda aproximación a la medicina africana, se considera a esta como una expresión del pensamiento mágico, luego del

debate sobre la “mentalidad primitiva” o los conocimientos “precientíficos”, Malinovsky aporta la trilogía “Magia, Ciencia y Religión”. Si bien Turner (1968) consideró a los rituales terapéuticos como una concatenación de símbolos, de sistemas de valores, creencias, y de significaciones, fue Lévi-Strauss (1958) que explicó los mecanismos puestos en acción de la “eficacia simbólica” estableciendo los nexos con la psicofisiología (Bibeau, 1979).

Más recientemente, la Antropología Médica, intenta establecer una síntesis de las corrientes históricas de pensamiento en torno a la salud-enfermedad, estableciendo su propio debate en el seno de dos corrientes generales: una está orientada a la aplicación de la antropología médica al interior del trabajo de la medicina occidental, y la otra a la continuidad del conocimiento de las culturas médicas tradicionales.

La primera fue esencialmente desarrollada en los países industriales, centrándose en los problemas de atención médica y las relaciones de interfase entre el “paciente” y las características del sistema médico moderno (Good, 1984), así como las relaciones entre cultura y patología, o la importancia del contexto socioeconómico para interpretar los problemas de salud mental (Kleinman 1986); mientras que la segunda, es desarrollada principalmente a partir de los trabajos que se realizan en los países no-occidentales o del llamado “Tercer Mundo”, lo que establece un nuevo tipo de conflictos en la definición de la Antropología y Sociología Médicas, en la medida que se integran aspectos como la geopolítica (neocolonialismo, presencia e impacto de las compañías farmacéuticas transnacionales, las influencias de modelos occidentales sobre la definición y conformación de sistemas de salud nacionales, etc.), la economía (coexistencia de diversos modelos económicos dentro de un contexto de crisis), y el cambio sociocultural que se produce en estas sociedades (Vidal 1973, Badgley 1981, Navarro 1982).

En la concepción dominante de las aproximaciones teóricas de la Antropología Médica, subsiste la dimensión individual de la enfermedad, donde lo social se constituye como un telón de fondo, y es desde esta perspectiva que se hacen las distinciones derivadas de la lengua inglesa: “*sickness*”, “*disease*” e “*illness*”. En la lengua española “*sickness*” y

“*disease*” no tienen una traducción específica que establezca una diferencia de significados, pues ambos se expresan como “enfermedad”, mas, Según (1982) a manera de equivalencia propuso la distinción de los términos “dolencia” y “enfermedad”. Finalmente la palabra “*illness*” puede ser traducida como “malestar”,

Para Kleinman (1980), la dicotomía entre “*disease*” e “*illness*” constituye un axioma clave en antropología médica, pues según su definición “*disease*” se refiere al mal funcionamiento biológico y/o de los procesos psicológicos, mientras que “*illness*” es la experiencia psicosocial y los significados que tiene la enfermedad percibida. Los modelos de medicina responden a sistemas culturales, pues éste es un sistema de significados fijados en patrones de interacciones personales e instituciones sociales (Kleinman, 1978). Este autor ha elaborado un modelo conceptual para estudiar los elementos cognitivos y los problemas de comunicación que se presentan en la prestación de servicios de salud, llamado “Modelo Explicativo” y que está constituido por nociones elaboradas sobre la base de episodios de enfermedad, y en referencia al tratamiento utilizado por aquellos que están implicados en el proceso clínico; en este caso se hace la distinción entre el modelo explicativo del paciente y el del terapeuta, pues cada uno parte de premisas epistemológicas diferentes que conllevan creencias, normas y valores específicos.

Young (1982) entiende por “*disease*” al proceso en el cual los signos que se originan particularmente en una enfermedad, tienen significados reconocibles socialmente, donde cada cultura tiene sus reglas de traducción de signos a síntomas, y que conectan a la sintomatología con la etiología y a las intervenciones; mientras que “*illness*” hace referencia a la experiencia subjetiva vivida en la enfermedad. La diferencias semánticas tratan de sintetizar la articulación entre lo individual y lo social, en la génesis, el desarrollo y la resolución de la enfermedad, pues muestra la interacción constante de la realidad biofísica (*disease*), psíquica (*illness*), y lo social (*sickness*).

Tanto en el “Modelo Explicativo” como en la “*semantic illness network*” de Good (1977), son por lo esencial construcciones clínicas centradas sobre el paciente y su tratante, la

adaptación del primero y la eficacia del segundo dentro del proceso de individualización de la enfermedad, y en la relación diádica del proceso terapéutico.

Desde la perspectiva de la Sociología Médica, Navarro (1982) establece la discusión en un campo más amplio, ya que involucra las políticas públicas, los sistemas de salud, la política internacional y las consecuencias sobre la sociedad y la salud, a partir del análisis de la salud y los servicios médicos y las condiciones de subdesarrollado del Tercer Mundo. Este aporte, realizado con un enfoque sustentado en el materialismo, presenta la dimensión de una política internacional de salud que se aplica dentro del contexto de un modelo imperialista (político, económico y militar) y cuyo impacto en la salud de los pueblos es significativamente negativo. En su libro “Imperialismo, Salud, y Medicina” compila un conjunto de trabajos que aportan evidencias sobre las consecuencias de la extensión de las políticas de salud elaboradas primero en Europa, y luego en los EE UU que tienden a estimular la productividad económica de los pueblos explotados, el bajo ingreso económico de los trabajadores, y la legitimación de la acción de los gobiernos represivos creando una apariencia de servicios públicos (Breilth, 1982).

También Laurell (1989) a partir de las evidencias de la “crisis de la medicina” presentadas en Latinoamérica, entendiéndose ésta como una crisis de generación de conocimientos y de las practicas particulares de la medicina, postula la necesidad de analizar el fenómeno salud-enfermedad en el contexto del proceso político, económico, e ideológico de la sociedad y no sólo como un fenómeno biológico individual.

Estas cuestiones llevan a la discusión, por una parte, de la limitación del paradigma de la medicina dominante como un modelo explicativo de los patrones colectivos de salud y enfermedad; y de otro lado, a la capacidad de la práctica médica a transformar de manera significativa las condiciones de salud de la población. La presencia de diferentes perfiles de morbilidad y mortalidad en diferentes grupos humanos, muestran diversos patrones entre una sociedad a otra, y entre las clases sociales, lo que lleva a situar lo social en una jerarquía más significativa que lo biológico.

A partir del reconocimiento del carácter social del proceso salud-enfermedad, Laurell destaca que la perspectiva teórica del materialismo histórico fue adoptado por la medicina social, durante los años 70, donde los conceptos predominantes para la interpretación de la situación de salud fueron: “clase social”, “reproducción social” (impacto en las condiciones de salud por la transformación de estructuras sociales y económicas), y “proceso de trabajo” (se refiere al carácter que adopta el proceso bio-humano en relación al proceso de como el hombre entra en contacto con la naturaleza, transformando y transformándose a sí mismo). En base a estos conceptos, se desarrolló una larga serie de estudios que incluyeron el impacto del modelo capitalista de producción en la salud colectiva.

2. Una perspectiva multidimensional

La presente tesis fue desarrollada adoptando un cuadro de referencia teórico amplio que permitiera la comprensión de la construcción cultural del conjunto salud – enfermedad entre los quichuas, pues asumí la necesidad de integrar diversas perspectivas teóricas, unas desarrolladas a partir de las ciencias sociales, otras provenientes la medicina social y la salud pública (incluyendo la epidemiología). Esto se constituyó como una condición necesaria para abordar la complejidad y multidimensionalidad del problema sujeto de estudio, ya que se trata de una realidad compleja que se sitúa entre la dimensión sociocultural, psicobiológica y ecológica de adaptación de una población a un medio dado, siendo que ésta es a su vez portadora de una cultura en tanto que un proceso de coexistencia, negociación, y una expresión de esa adaptación.

Inicialmente puedo plantear que los límites entre la salud y la enfermedad son poco claros, y que estos límites son esencialmente definidos por la cultura; en general, estos términos hacen referencia a estados relativos, que a manera de una encrucijada se alternan en el tiempo, tanto en la persona, como de ésta en la sociedad. Esta condición hace particularmente difícil el reconocimiento de estos estados de una cultura a otras, pues parten de diferentes principios ideológicos y de una matriz cultural que no

responden de la misma manera a una supuesta universalidad en la interpretación de los fenómenos vitales.

Consideré necesario la adopción de tres perspectivas teóricas de base: la ecología cultural y médica, la epidemiología sociocultural, y la fenomenología y semiología, mientras que la antropología médica como tal, fue el eje articulador de estas perspectivas en la medida que permitió interpretar como los principios ideológicos de la cultura quichua permean y organizan su realidad, estableciendo una coherencia de factores y hechos que dan un sistema de significación e interpretación de los aspectos que conforman la salud o la enfermedad.

De manera general planteo la necesidad del aporte de cada perspectiva, mientras más adelante se discutirán las particularidades de como buscan establecer su análisis y la interpretación de distintos niveles del análisis, para ensayar en lo posible, la articulación de las contribuciones de cada una de ellas, o establecer mejor las contradicciones que emergen de los diversos tipos de análisis como búsqueda de las limitaciones de cada una de ellas en beneficio de la mayor coherencia posible del análisis final.

Los aportes de la perspectiva ecológica (cultural y médica) permitieron la comprensión de la interdependencia de los quichuas con su medio ambiente (natural y social), no sólo dentro de las perspectivas de adaptación, sino esencialmente de la puesta en marcha de los sistemas de acción frente al fenómeno salud - enfermedad, y más que adoptar un sentido determinista del medio sobre las personas, traté de comprender las restricciones materiales de la vida cotidiana y como se construyen y reconstruyen las estrategias de sobrevivencia y acción frente al medio natural y social.

La perspectiva de la epidemiología, fue necesaria para dimensionar el problema de la enfermedad, entendiéndose como el establecimiento de dimensiones transitorias, pero necesarias, para establecer un referente entre la dimensión subjetiva de la enfermedad y la experiencia sentida de la misma. Esto permitió orientar el trabajo a partir de las enfermedades observadas y vividas como más frecuencia por la población, evitando así

una orientación exclusiva hacia los cuadros de enfermedad más exóticos o seductores para el investigador. Mientras la epidemiología sociocultural permitió abordar el fenómeno en su magnitud social y como la experiencia es puesta en común en la medida que el proceso de definición de un estilo de vida parte de una base cultural como un conjunto de normas de sentir, de pensar y de hacer. En este caso los datos cuantitativos fueron asociados a las categorías cualitativas.

Ambiente, cultura y población fueron tratados como substratos del fenómeno salud - enfermedad, no obstante la definición entre lo que sería el ambiente “natural” y social al estar mediado por lo ideológico fue necesario y fundamental recurrir a la perspectiva fenomenológica y semiológica (Henry 1963, Husserl 1950, Merleau-Ponty 1945, Barthes 1964, Eco 1976, Ricoeur 1986) para permitir una aproximación émica de las relaciones de la cultura y la salud, a partir de como la población siente, vive y expresa la experiencia cotidiana de estos eventos.

La antropología médica al tratar los problemas de salud - enfermedad, entendiendo a la enfermedad, como la confluencia de factores y eventos que se encuentran en la organización social (personas, familia, etc.), en los sistemas ideológicos y sus representaciones simbólicas (ideas, creencias, religión, etc.), la cultura material, (mediación con el medio ambiente) y la organización política (respuesta organizativa, como sociedad, para el control de su futuro), plantea una dinámica de análisis que se nutre y enriquece a partir de las perspectivas ya mencionadas.

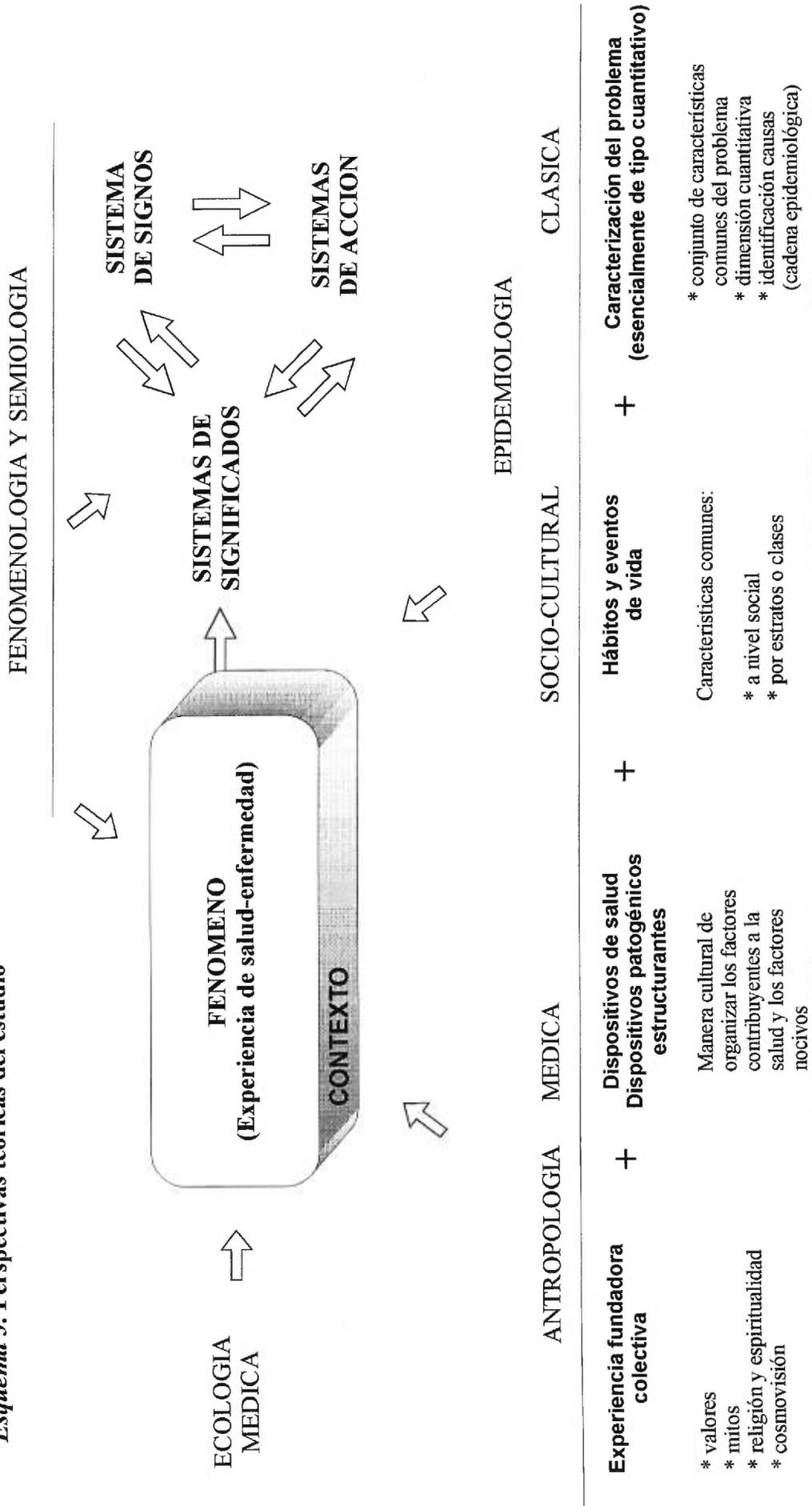
Si entendemos que la construcción de la enfermedad, es interpretada por las diversas teorías explicativas de la salud, enfermedad y muerte, la antropología médica toma en cuenta que detrás de los comportamientos manifiestos (signos y síntomas) existen actitudes que representan y se fundamentan en los sistemas de sentido o significados culturales. Podemos sostener que estas formas colectivas de representación varían de acuerdo a las características de cada sociedad, por ejemplo la evolución de prototipos de patología en distintos periodos históricos de la sociedad occidental, como también, en la simbolización metafórica de las sociedades tradicionales.

La construcción de la enfermedad y muerte, articulan un conjunto de mecanismos y factores complicados pero coherentes, que no siempre pueden ser interpretados por la ciencia médica “moderna”. Entre otras causas, se puede sostener que las dificultades se encuentran en los paradigmas, la episteme, y la ideología con las cuales se interpreta la enfermedad. Usualmente se realizan análisis a partir de categorías médicas, como: la etiología, la nosografía y las terapéuticas, que si bien corresponden a un conjunto de conocimientos y prácticas de las sociedades y culturas no occidentales, estas guardan un significado diferente en la organización e integración de conocimientos de las culturas médicas tradicionales, pues estas tienen una íntima relación con la totalidad de aspectos de la vida social y cultural.

Reconociendo que la sociedad se construye y se representa a través de imágenes de un modo privilegiado y particular, mediante los diversos procesos cognitivos, observamos que el sistema de creencias, generado y retroalimentado por un sistema u organización social, es el que define y caracteriza el tipo y los modos de interpretar la enfermedad, pues la cultura “modela” las relaciones con el ambiente e intermedia con los factores que pueden ser considerados como nocivos o benéficos. Así también, la organización social presta sustento y asistencia, como en la constitución de redes de apoyo familiar y comunitario, la emergencia de personas especializadas en determinadas enfermedades, como los curanderos o médicos, o en la definición de roles vinculados a eventos del ciclo vital, como las parteras, etc.; o puede generar la agresión entre sus miembros en la medida que se produce la violación de tabúes o normas sociales, como el *hechizo*, la *envidia*, etc. en las culturas médicas tradicionales (Bibeau, 1990).

Desde una perspectiva biológica, a partir de la relación con el ambiente existe una movilización física y psicológica (que varía de acuerdo a las etapas en que se encuentran las personas), luego se desencadenan respuestas neuroendócrinas y fisiológicas, generando respuestas sobre distintos órganos de choque, o en el campo psicológico, constituyendo cuadros mórbidos que varían entre el “malestar” y la enfermedad manifiesta (Bibeau, 1990). En la página siguiente se presenta esquema resumen de las perspectivas adoptadas para este estudio.

Esquema 5. Perspectivas teóricas del estudio



A continuación, y de manera particular, se presenta la posición y contribuciones de cada perspectiva en el análisis del fenómeno salud enfermedad entre los quichuas.

2.1. La perspectiva ecológica y la mediación cultural

En un sentido amplio, los factores que integran la ecología humana comprenden fundamentalmente el ambiente natural y sociocultural. En antropología la expresión ecología cultural hace referencia a una concepción doctrinaria que explica la dinámica de los sistemas sociales a partir de las modalidades de su adaptación al ambiente. La ecología cultural es un caso especial del materialismo cultural, pues las variables tecnoecológicas y tecnoeconómicas tienen prioridad en investigación, mientras *“...que esa prioridad se les otorga en base a las hipótesis de que, en cualquier muestra diacrónica amplia de sistemas socioculturales, la organización social y la ideología tienden a ser variables dependientes”* (...) *“Lo esencial del materialismo cultural es que centra su atención en la interacción entre la conducta y el entorno físico, establecido a través del organismo humano y de su aparato cultural. Al proceder así se ajusta a la expectativa de que la estructura del grupo y la ideología guardan correspondencia con esas clases de condiciones materiales”* (Harris, 1988: 570-571).

Para establecer una conexión entre los fenómenos *emic* y las condiciones *etic* de la naturaleza, la ecología cultural refuerza la asociación entre la ciencia social y la ciencia natural, *“...desde una perspectiva sincrónica promueve la investigación en colaboración con las ciencias médicas, la biología, el estudio de la nutrición, la demografía, la agronomía, ...”* (Harris, 1988: 567-568)

Una de las primeras definiciones de la antropología médica, estaba dada a partir de esta perspectiva pues: *“...casi por definición está orientada ecológicamente, y se ocupa de las interrelaciones entre el ambiente natural y social del hombre, sus comportamiento, sus enfermedades, y las manera en que su comportamiento y enfermedades han influenciado su evolución y cultura”* (Foster y Anderson, 1978: 12).

A partir de esta perspectiva se entiende a la salud y enfermedad como indicadores del alcance de la adaptación biocultural de la población, es decir a los éxitos y fracasos del organismo en su esfuerzo por reaccionar para la adaptación a los imperativos de su medio.

Si bien, se definió una posición inicial de tipo determinista, la sucesión de modelos construidos en base a esta perspectiva fueron relativizando en alguna medida esta posición, en la medida que se incorporó la noción de ambiente social. No obstante, el concepto de adaptación mantiene plena vigencia al centro de ésta perspectiva, es así que se distinguen: la adaptación genética (ej.: la modificación de la hemoglobina en la malaria), la adaptación fisiológica (ej.: talla y modificaciones bioquímicas de la población que habita en regiones de altura), y la adaptación comportamental o de las acciones concretas de la persona (generalizada a las relaciones sociales, de poder, a los sistemas de salud, etc.). De manera más reciente comienza a darse importancia al cambio cultural.

La perspectiva ecológica en un sentido amplio permite confrontar las visiones que se tiene del mundo, pues epistemologicamente éstas son construidas a partir de diferentes referentes ideológicos. Dentro de la ciencia positiva, la concepción de la materialidad de los componentes del medio ambiente no guarda correlación con el pensamiento indígena, pues para estas sociedades la materialidad es inseparable del concepto de *ser* o de la *esencia* que anima la representación material de los componentes del *mundo*.

“...c'est que le monde est un monde vécu par l'ego¹² et non pas séparé de lui, de sorte qu'il n'est pas non plus un monde mort, mais qu'il a une vie, celle-là même que lui prête l'ego. La vie du monde est celle de l'ego et, dès lors, le monde est un monde où s'entrecroisent des causes, des forces, il est un monde avec des zones qui sont de centres d'intérêt d'attrait ou de

¹² El término **ego** es tratado por el autor según la definición de Maine de Biran (1937) “*Il ne s'agit pas d'une description psychologique, sociologique, historique, voir littéraire, et encore moins de théories contenant les présupposés de telles descriptions et visant à les justifier, il s'agit d'une analyse ontologique qui concerne l'être de l'ego, c'est-à-dire ce qui fait du moi un moi, l'essence de l'ipséité en lui. Un telle analyse aboutit à l'identification de l'être de l'ego et celui de la subjectivité*” (Henry, 1987: 50-51) Subrayado del autor.

répulsion, des points forts ou faibles, qui ont une unité d'action ou de réaction, un pouvoir, une puissance que je ne puis ni méconnaître, ni toujours défier. Le monde est un monde que pénètre ma causalité, qui le domine jusque dans le refus qu'il lui adresse, jusque dans la résistance qu'il lui oppose. Les choses ont leur catégorie, leur manière d'agir, c'est-à-dire de se donner a nous, leur manière d'être pour l'ego..." (Henry, 1987: 43 Subrayado del autor).

La antropología a partir de sus diversos campos de estudio nos permite orientarnos sobre distintos aspectos del problema de la comprensión del medio ambiente.

La antropología política, la antropología económica y la antropología del desarrollo, en términos generales se preocupan de las concepciones y relaciones sociales, respecto al tipo de organización para la supervivencia o de las estrategias de búsqueda de una mejora de la calidad de la vida y la gestión de controlar mejor el futuro, no solo de una sociedad dada, sino en sus relaciones interculturales con otras sociedades.

La antropología ecológica centró su preocupación en esclarecer las relaciones entre la demografía y el ambiente, debido a que los modelos de la llamada "presión demográfica" fueron considerados como el motor principal del cambio social y tecnológico. En el caso de las sociedades agrícolas, la capacidad sustentadora es considerada a partir de variables como el total de suelo disponible y las necesidades individuales en suelo cultivable (Hardesty, 1977). Este autor sostiene que, las instituciones sociales, el sistema político, la estructura familiar, la ideología y sus manifestaciones, cambio ecológico, etc. influyen directamente en la capacidad sustentadora.

Otros estudios establecen relaciones entre la complejidad de la organización social y el tamaño de la población, de tal manera que a medida que aumenta la población, existe una tendencia hacia el aumento de la especialización y de la simbiosis de la organización social (Naroll, 1956), aunque en otras situaciones, el excedente de población puede simplemente separarse del cuerpo principal y establecerse en otro sitio (Carneiro, 1970). Finalmente se ha destacado que la densidad de población sería una causa importante de estratificación social y centralización política (Fried, 1967).

En periodos más recientes la ecología médica, ha presentado límites más ambiguos en relación a la epidemiología, y de otra parte, gran parte de sus principios fueron considerados como *factores* que pasaron a formar parte del paradigma de ésta última. De allí que las relaciones entre los ecosistemas y las enfermedades, y sus implicaciones epidemiológicas, recibieron creciente atención, Holdridge (1965) propuso el llamado *índice de complejidad* (una medida basada en la complejidad de la vegetación, dimensiones del bosque, etc.), y el *índice de diversidad*, que establece la relación entre el número de especies y el número de individuos por especies, que según Odum (1966) permiten caracterizar y contrastar ecosistemas distintos. El concepto de diversidad se extiende a los microorganismos parásitos, vectores y huésped, que conforman la llamada “cadena epidemiológica”, así como también este índice permite observar el comportamiento de las epidemias (Dunn, 1977).

La propuesta de articulación entre los componentes ambientales, socioculturales y los organismos huésped, en distintos subsistemas ecológicos, fue estructurado como un modelo que permite la interpretación evolutiva y ecológica de la enfermedad por Armélagos, Goodman, y Jacobs, en 1978.

En este modelo se han diferenciado los componentes ambientales y los del organismo huésped o población en distintos subsistemas con límites definidos, de tal forma que puede ser utilizado en la interpretación evolutiva y ecológica de la enfermedad. El estado de salud o enfermedad es resultante de la interacción entre la población y el ambiente. El organismo o población ejerce una constante función de monitoreo del ambiente natural y sociocultural, por la cual va regulando su reacción o respuesta dentro de un sistema homeostático en equilibrio dinámico. Cuando se observa la influencia de noxas o agentes patógenos se produce como alternativa la enfermedad como respuesta adaptativa (el caso de la modificación genética de la hemoglobina normal, en hemoglobina S, que se observa en las regiones endémicas de malaria). En el caso de la enfermedad se puede recuperar la condición inicial a través de dos mecanismos fundamentales de respuesta: por cambios de naturaleza biológica o por cambios de naturaleza ambiental.

Los cambios de naturaleza biológica (ciclo corto) pueden ocurrir por transformaciones genéticas de la población, o por modificaciones cualitativas o cambios adaptativos a nivel de la puerta de entrada del organismo (cicatrización, síndrome general de adaptación, etc.) Mientras que las respuestas ambientales (ciclo largo) representan principalmente transformaciones y ajustes del ambiente natural y sociocultural.

El componente cultural del modelo comprende los sistemas ideológicos, sociales y tecnológicos de la especie humana y funciona en dos direcciones principales. Por un lado, lo cultural puede alterar la frecuencia o intensidad de exposición del organismo a los elementos del medio ambiente (temperatura, nutrición, etc.), mientras que por otro, la cultura puede crear un conjunto informacional único en su género, que comprende el reconocimiento de los síntomas (percepción, denominación, y categorización), la interpretación (origen y causalidad) y el manejo de la enfermedad (procedimientos diagnóstico-preventivo-terapéuticos), los que integran un sistema médico con características propias y originales dentro de cada cultura.

Por ello se destaca que en las culturas médicas tradicionales podemos observar una relación de interacción ambiental muy significativa, hasta tal punto que se ha propuesto denominar las prácticas médicas, según las características ambientales y según el ecosistema al que se pertenecen. Estas regiones o ecosistemas tienen asentamientos humanos con diferentes estrategias de supervivencia, las que condicionan diferentes interpretaciones de la enfermedad que se traducen en una diversidad de respuestas o prácticas médicas preventivas y terapéuticas. Como ejemplo se cita el uso de ciertas plantas medicinales, o su utilización en rituales, como la coca y los alucinógenos, que tienen una distribución regional en nichos ecológicos definidos¹³ y una interpretación cultural de sus usos rituales y terapéuticos en la sociedad (Pedersen, et al 1982).

¹³ Estas plantas son llevadas por las personas hacia sitios distantes de su nicho "natural". Los frecuentes viajes de aprendizaje que realizan los *yachac*, así como la población en general, generan un intercambio de especies vegetales y animales, entre regiones y países.

2.2. La perspectiva de la epidemiología sociocultural y la antropología médica

La epidemiología se definió originalmente como el estudio de la distribución de la enfermedad y de sus determinantes en la población, como una extensión del conocimiento clínico que se centra sobre la enfermedad del individuo, siendo el propósito principal de la epidemiología, la búsqueda de asociaciones causales entre enfermedad y factores de exposición ambiental (MacMahon y Pug, 1975).

Del modelo epidemiológico inicial, de tipo unicausal linear, como producto de la influencia del modelo de la teoría microbiana, se incorpora el concepto de multicausalidad (MacMahon y Pugh, 1975). El modelo de multicausalidad¹⁴ es actualmente criticado en la medida que se realiza una reducción de un fenómeno complejo, a un número limitado de factores o variables, en los que no se establecen diferencias cualitativas y no se define el peso relativo de cada uno de ellos en la producción de la enfermedad (Laurell, 1989).

Los aportes de la sociología médica contribuyen a la comprensión de la enfermedad como un hecho social (Parson, 1951) siendo que con la separación de la Salud Pública y la Epidemiología, esta última se centró en las enfermedades transmisibles hasta llegar a la formulación de la tríada epidemiológica (agente-vector-ambiente) lo que permitió definir más claramente los niveles de prevención de la enfermedad para consolidar el paradigma de la historia natural de la enfermedad (que se refiere al comportamiento de producción de determinadas enfermedades).

Del principio de “determinante de la enfermedad” progresivamente con el aporte de las ciencias sociales se fue ampliando al principio de “construcción de problemas”, en los cuales se vincula los hábitos individuales de vida y condiciones de vida, con el contexto inmediato (estilo de vida, hábitat, trabajo, etc.), el microcontexto (las redes sociales,

¹⁴ Cassel (1974: 271) propuso el estudio de los elementos sociales en la causalidad compleja de la enfermedades, en un amplio rango de patologías y no en una enfermedad específica, desde que su expresión específica puede tomar diferentes formas.

valores de grupo, estres y estilo adaptativo, etc.), y el macrocontexto (economía general, estructura familiar, organización social, sistemas colectivos de normas y valores, etc.).

Del método que privilegiaba la muestra de personas u hogares, se pasó a integrar grupos o comunidades, y a incorporar elementos de la etnografía social y cultural de las comunidades (como en las actuales investigaciones sobre el Sida); y aunque la epidemiología mantiene la predominancia del análisis cuantitativo de los datos, en el presente se empieza a relativizar esta posición estableciéndose una mayor asociación con los análisis cualitativos (Almeida, 1990).

En la actualidad se ensaya de desarrollar un paradigma alternativo a la historia natural de la enfermedad, este fue denominado como el de la historia social de la enfermedad, con la intención de superar el concepto de enfermedad entendida como un evento natural, debido a que el carácter histórico y social de las enfermedades se expresa objetivamente por la imposibilidad de encontrar una distribución homogénea de la patología en la población (Almeida, 1989).

La base positivista de la epidemiología y el conflicto epistemológico dado entre ésta y la antropología médica, mostraba que tanto en sus finalidades y los métodos ambas eran irreconciliables. No obstante, a partir de los años 50¹⁵, se ensaya la articulación entre los datos biológicos, psicológicos, sociales, económicos y culturales en la interpretación del proceso de salud enfermedad, configurando el campo de la epidemiología sociocultural, como un espacio de convergencia entre la epidemiología y las ciencias sociales. La afinidad conceptual de ellas respecto a la salud radica en la concentración en torno a los mismos elementos: la persona, el espacio y el tiempo, y que a su vez generan las mismas preguntas (Dunn y Janes, 1986).

“En la epidemiología sociocultural, los atributos de las personas no son solamente sociodemográficos, como la edad, el sexo o el estado civil, sino

¹⁵ Raymond Massé (1993) cita los trabajos de Leighton (1963) y Murphy (1982) en el campo de la psiquiatría; de Dressler (1984) sobre las enfermedades cardio vasculares, y los recientes trabajos sobre el SIDA.

que también lo son aquellos comportamientos o situaciones derivadas de procesos culturales, sociales, económicos y políticos. En los últimos años los investigadores del campo de las ciencias sociales han mostrado la relación significativa entre ciertas enfermedades con determinados eventos o episodios de vida. Por su naturaleza estos eventos vitales se constituyen como agentes de agresión o factores de stress en sí mismos, tales como la desaparición o muerte de un ser querido, la separación o el divorcio, la pérdida del trabajo, la migración o el exilio, etc. Osler sintetiza este concepto al señalar que hoy es mucho más importante conocer qué clase de paciente tiene la enfermedad, que cuál clase de enfermedad tiene el paciente.”

“En aquellas enfermedades transmisibles en las que ya se ha identificado el agente etiológico o el vector, se abre un horizonte muy amplio de investigación sobre los factores (sociales, económicos o culturales) determinantes del comportamiento, que intervienen en la transmisión de la enfermedad” (...) “Hay mucho más por hacer en el esclarecimiento de las causas de las enfermedades y mucho menos en investigar las consecuencias. En efecto, existe un contingente muy nutrido de estudios epidemiológicos sobre los efectos de las drogas, del alcohol y del tabaco, pero sin embargo son pocas las investigaciones que se han realizado para elucidar las causas del hábito de fumar o del uso de drogas, o las determinantes del abuso del alcohol” (Pedersen D. 1987: 12).

La perspectiva de la antropología médica y de la etnopsiquiatría buscan identificar las causas de los problemas a niveles mucho más complejos. En esta perspectiva el estudio de factores que entran en conjunción para la estructuración de problemas -llamados dispositivos patogénicos estructurantes- y las particularidad que adoptan estos en cada sociedad. Los problemas pueden ser identificados y comprendidos a partir de la organización social, las condiciones cotidianas de existencia y los valores culturales que le dan sentido a los mismos, así como los procesos de experiencia histórica y de organización y de estructuración o de reestructuración de valores (entre los que se encuentran los de salud) y que influyen en los valores normativos sociales.

En esta perspectiva el esfuerzo está centrado en profundizar la interpretación de los problemas realizados por la epidemiología clásica, y este trabajo consiste en reconocer los valores culturales claves de un grupo humano, las formas típicas de la vida social, los sistemas de interpretación para mostrar como estos se conjugan para conformar los llamados dispositivos patogénicos. Estas configuraciones producen los problemas en

diferentes medios sociales a partir de las percepciones y las representaciones de la población, y para ello la etnografía aporta las herramientas para poder identificar la conjunción de estos elementos que generan los diversos perfiles patogénicos (Bibeau, G. y Corin, E., 1991).

2.3. La perspectiva fenomenológica y semiológica

Las perspectivas vistas anteriormente aportan elementos esenciales para entender el proceso salud - enfermedad, sin embargo considero fundamental entender cómo se establece este fenómeno a partir de la propia vivencia de la gente, cómo a partir de esa vivencia se generan las alternativas de construcción de tal o cual síntoma o enfermedad; cómo la vivencia de las personas son socializadas constituyendo cuerpos de conocimientos validados colectivamente; cómo la atribución de significados organiza un conjunto de códigos que se sintetizan y expresan en un particular estilo de vida, a partir de su ubicación en el mundo y la comprensión que le dan a él, incluyendo los fenómenos vitales, la concepción del cuerpo y el sentido que adoptan en el contexto social.

La identificación del sistema de sentidos o significados, de expresión y acción, parten esencialmente de la manera cómo estas vivencias son gestadas y organizadas, por ello la fenomenología constituye una perspectiva fundamental para comprender la esencia del fenómeno salud-enfermedad.

La fenomenología es la ciencia de los fenómenos, esto significa que ella es una descripción, anterior a toda teoría e independiente de toda presuposición, de todo lo que se propone a nosotros, en calidad de existencia, dentro de cualquier orden o cualquier dominio que sea. Entendida como una descripción, la fenomenología implica el rechazo de toda hipótesis, de todo principio que tiene un valor unificador real o supuesto bajo la mirada de un grupo de conocimientos y finalmente, de un sector de la realidad que traería en sí mismo una regla de entendimiento, vista como una condición necesaria de su existencia (Henry, 1963, I: 59).

Como ciencia de los fenómenos pretende atenerse exclusivamente a lo que este fenómeno manifiesta no solamente como una visión empírica, sino como una visión general, en tanto que consciencia donadora original bajo todas sus formas. (Husserl, 1950).

Según Henry (1963, I: 64 67) la fenomenología es la ciencia de la esencia de los fenómenos dentro de su realidad. Su objeto no es el conjunto de fenómenos, con sus estructuras y por consiguiente sus dominios específicos, mas la esencia del fenómeno como tal, pues busca una elucidación, es decir, una realización dentro de la presencia. La fenomenología es la que da acceso al fenómeno comprendido en la realidad, es decir como tal y donde la vía de acceso es el fenómeno en sí mismo.

La fenomenología se deja guiar por su objeto: el cómo de su aproximación es subordinado al cómo de la realidad a que ella se aproxima. El saber consiste en la representación de la esencia. La comprensión de la relación de la esencia a ella misma depende finalmente de la determinación de la estructura de la esencia, esta determinación puede decir si finalmente una tal relación tiene un sentido. La formulación más general es la comprensión de la esencia de la consciencia como representación. La representación designa un modo de presencia, representar significa rendirse presente, por ello conviene distinguir la representación comprendida como un acto de hacerse presente, y de otra parte, la realidad que proviene de la presencia al interior de tal acto, es decir la representación como tal.

Este desdoblamiento encuentra su fundamento en la oposición por la cual el ser se separa de sí para percibirse a sí mismo y precisamente de representarse. “...*la representación reina sobre todos los modos de la consciencia*” (Heidegger 1950, citado por Henry 1963, I: 100), por ello el objeto se manifiesta en tanto que es consciente, más el ser-consciente del objeto reside en el sujeto, por ello la consciencia no es el sujeto, la consciencia reside en la relación del sujeto y del objeto, ella es esta relación como tal (*ibid* I:102-103).

La ciencia se preocupa de ir más allá de los hechos y de coordinarlos dentro de sistemas de explicación. Estos sistemas no existen por sí mismos ni para nosotros a título de datos,

pues ellos se yuxtaponen dentro del medio fenomenológico a la realidad misma que ellos pretenden explicar. Por ello la reducción de la totalidad implica la reducción de la propia realidad científica bajo todas sus formas.

“Phénoménologie s'entend en deux sens. En un sens naïf et pré-critique, il s'agit d'une description fidèle des «phénomènes», indépendamment de toute interprétation et de toute construction transcendante. La phénoménologie ainsi communément entendue se divise en une pluralité de recherches particulières selon les domaines étudiés. Décrire les phénomènes eux-mêmes, toutefois, y compris dans ces domaines particuliers, c'est les décrire tels qu'ils se donnent, dans leur donation mêmes par conséquent, c'est prendre en vue cette donation et la thématiser pour elle-même. L'objet de la phénoménologie au sens philosophique n'est jamais constitué par des phénomènes au sens ordinaire du mot, c'est leur phénoménalité, plus exactement c'est le mode originel selon lequel se phénoménalise cette phénoménalité pure. L'objet de la phénoménologie, «l'objet dans le Comment», dans le comment de sa donation, c'est ce comment comme tel.”

“Toute phénoménologie est en tant que telle transcendente: en tant qu'elle prend en vue la donation où s'enracine toute expérience. Transcendante est aussi bien la réduction qui ramène à ce domaine d'origine. «Si l'on a pu nommer transcendente la réduction phénoménologique et également la sphère pure du vécu, c'est parce que cette réduction nous a fait découvrir une sphère absolue de matières et de formes noétiques dont les combinaisons de nature déterminée ou déterminable impliquent, en vertu d'une nécessité eidétique immanente, cette propriété étonnante: avoir conscience de telle ou telle chose déterminée ou déterminable donnée à la conscience; cette chose est le vis-à-vis de la conscience elle-même...autre par principe, irrédelle, transcendante.»” (Husserl, 1950 :289)

Radicalizar la cuestión de la fenomenología no es solamente buscar la fenomenalidad pura, sino interrogar el modo según el cual ella se fenomenaliza originalmente, la substancia, la impresión, la materia fenomenológica donde ella es hecha, su materialidad fenomenológica pura. La tarea de la fenomenología material es descubrir que *“...avant l'être-au-dehors où tout est placé à proprement parler hors de soi, où toute réalité se trouve a priori vidée et dépossédée d'elle-même et ainsi son contraire, une irrédelle de principe...”* (Henry, 1990:6).

Según Henry (1990), la fenomenología material es capaz de dibujar esta sustancia fenomenológica invisible:

“La vie n'est pas quelque chose, par exemple l'objet de la biologie, mais le principe de toute chose. C'est une vie phénoménologique en ce sens radical que la vie définit l'essence de la phénoménalité pure et par suite de l'être pour autant que l'être est coextensif au phénomène et se fonde sur lui” (Henry, 1990: 7).

«Matière» désigne d'abord l'essence de l'impression ou de ce qui lui est originellement et en soi identique, la sensation. La matière est justement la matière dont l'impression est faite, son étoffe, sa substance en quelque sorte: l'impressionnel, le sensuel comme tels. (...) la «matière» se trouve surdéterminée par la fonction qui fait d'elle remplit dans la totalité du vécu noétique où elle s'insère, fonction qui fait d'elle justement une matière pour les opérations intentionnelles qui s'emparent d'elle et constituent, à partir d'elle et du contenu qu'elle leur fournit chaque fois, l'objet. La matière n'est pas la matière de l'impression, l'impressionnel et l'impressionnabilité comme tels, elle est la matière de l'acte qui l'informe, une matière pour cette forme. La donne de cette matière ne lui appartient pas non plus: ce n'est pas la matière elle-même qui donne, qui se donne elle-même, en vertu de ce qu'elle est, de par son propre caractère impressionnel. Les «apparitions sensibles» dans lesquelles le monde se donne à nous ne se donnent elles-mêmes, ne sont pas des apparitions, des phénomènes, que de cette façon: pour autant qu'elles sont animées par une noèse intentionnelle et portées par elle dans l'apparence (Ibid:17-18).
(Subrayado del autor)

La fenomenología, (a partir de los aportes de Husserl a Merleau Ponty) centra su interés en las nociones de individuo, sujeto y experiencia en relación a la sociedad. En este dominio del conocimiento se destacan dos corrientes que orientan las aproximaciones teóricas en direcciones relativamente opuestas, Foucault privilegia la importancia de los factores macroscópicos (orden social, restricciones económicas, etc.) en la formación de los códigos culturales y de las epistemologías, mientras que, la fenomenología los coloca de manera inversa, pues enfatiza en la manera como los códigos culturales se actualizan en los hechos y la manera como ellos son vividos por los individuos particulares (Bibeau, 1987).

De otra parte, la fenomenología, entiende la cultura como un sistema de representación simbólica. A partir de la formulación simbólica, se llega a la construcción de la persona, (que la coloca en el mundo, y de una manera como se inscribe en la sociedad) ya que la consciencia humana deja de ser vista como un campo de subjetividad, para ser colocada como un acto en la cual el sujeto se abre para el mundo y lo integra como ser social. Esta deja de ser una serie de funciones que liga al sujeto con el mundo exterior, y es la propia organización de la persona y de su mundo, es la existencia que se desdobra en el mundo de la coexistencia intersubjetiva como una red de ideas, comportamientos, lenguajes, etc. (Bibeau, 1990).

El acceso a la cultura y a partir de ésta a la comprensión del fenómeno salud-enfermedad, requiere buscar una vía de acceso no sólo en términos de búsqueda de información sino de adoptar una posición lo más próxima posible al pensamiento y a las representaciones de la gente. Por ello el discurso, la expresión, los actos y toda representación realizada por los indígenas, requirió ser entendidas a partir de los significados dados a través de sus códigos y símbolos. Asumí que la contribución de la semiología era inestimable para tratar de descodificar todas estas expresiones, más allá de los aparentes niveles de comunicación, por ello resultó fundamental la comunicación oral interpersonal, y luego el trabajo conjunto con la población sobre las representaciones icónicas o dibujos realizados por la gente.

En la perspectiva semiológica la cultura es vista como una gramática con reglas sintácticas cuyos significados profundos se manifiestan a través de una hermenéutica de un sistema de signos, y en la cual el proceso de obtención de significados puede seguir varios caminos:

- Asumir que existe una correspondencia homóloga entre diferentes códigos semióticos;
- La idea que un código particular es dominante y debe ser usado como un meta-código, para otros códigos subordinados;

- La utilización de procedimientos, tales como, la oposición, la analogía, la inversión, etc. (Bibeau, 1990)

Según Harris (1979) para Lévi-Strauss como para los etnosemánticos, el modelo de todo análisis cultural debería ser un modelo lingüístico casi matemático “...del lenguaje puede decirse que es una condición de la cultura, porque el material del que el lenguaje está hecho es del mismo tipo que el material del que está hecha toda la cultura: relaciones lógicas, oposiciones, correlaciones, etc.” (Lévi-Strauss, 1963: 68). Para Frake “...se trata de describir un conjunto infinito de mensajes diversos, como manifestaciones de un código finito, código que es un conjunto de reglas para la construcción e interpretación de mensajes socialmente aprobados” (Frake, 1964: 133). Esto permitiría el estudio de la naturaleza de los sistemas culturales y especialmente para descodificar los componentes ideológicos de la cultura.

Saussure en 1916 en su Curso de Lingüística General, postulaba la existencia de una “...ciencia que estudia la vida de los signos en el seno de la vida social” (Saussure, 1949), a la que llamó Semiología, dentro de la cual la Lingüística sería solo una parte de ella. Esta ciencia tiene por objeto cualquier estudio de los sistemas de signos, cualquier sea su substancia, como los gestos, imágenes, palabras, o sonidos melódicos. Mientras que Barthes (1964) propuso una reconceptualización de la proposición de Saussure, propugnando que la Semiología sea entendida como una parte de la Lingüística en la medida que esta trataría de las grandes unidades significantes del discurso. Barthes distingue entre la historia, o la secuencia de eventos como presumiblemente ocurrieron y el discurso, o la secuencia de eventos como son organizados por el narrador. “Esta estructura no depende de las restricciones inconscientes del narrador, sino del control consciente del narrador o artista” (Rossi, 1983: 147).

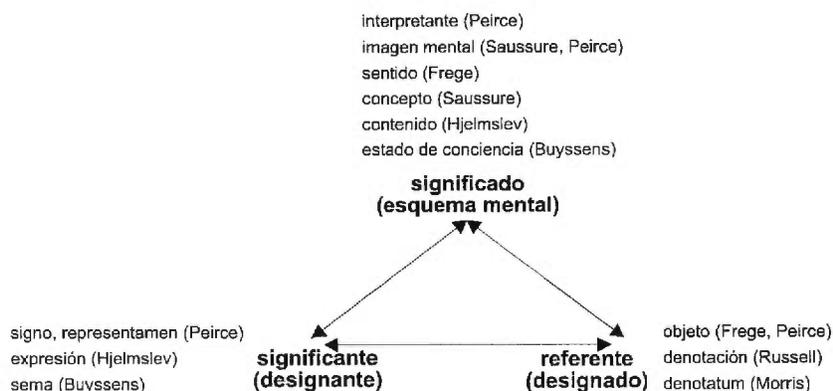
Umberto Eco aplica las nociones semiológicas para el estudio de la cultura, pues el sugiere que la cultura puede ser vista como un proceso de comunicación, como un sistema de signos, esencialmente por que entiende el signo como el acoplamiento del significado y del significante. Si bien el significante constituye el campo de la expresión,

el significado hace referencia al contenido, resulta necesario discutir el concepto de signo debido a los diferentes sentidos dados desde diversos campos de estudio, como dice Barthes, desde la Teología a la Medicina, desde el Evangelio a la Cibernética.

“...en cualquier clasificación del signo como elemento del proceso de significación siempre aparece como elemento del proceso como algo que se pone en lugar de otra cosa, o por alguna otra cosa. Peirce lo define como «something which stands to somebody for something in some respect or capacity» (Peirce, 1931: 2228), (...) definición que se puede traducir así: algo que a los ojos de alguien se pone en lugar de alguna cosa, bajo algún aspecto o por alguna capacidad suya. «Bajo algún aspecto» quiere decir que el signo no representa la totalidad del objeto sino que -mediante diferentes abstracciones- lo representa desde un determinado punto de vista o con el fin de alguna utilización práctica.” (Eco, 1976: 27-28) (Subrayado del autor).

Un signo asumido en su forma significante (verbales, visuales, gestuales, etc. llamados interpretantes del signo) permite ser entendido en la medida que en la mente de quien lo produce se ha formado una idea, concepto o significado, en relación a un objeto o referente del significado. La mayoría de los autores que han clasificado los signos establecen una relación triádica entre los aspectos señalados anteriormente, aunque las clasificaciones y las nominaciones no sean unívocas.

En el esquema siguiente, se observan las distintas categorías utilizadas por diversos autores:



Esquema 6. Términos centrales de la teoría de la significación.
(Eco, U., 1976: 24)

Es posible afirmar que es signo todo lo que mantiene relaciones de significación, incluso en el caso de que su estructura interna no sea la misma que la de los signos lingüísticos.

“La estructura profunda que expresa el significado es común a todas las lenguas, o al menos así se sostiene, en cuanto es un simple reflejo de las formas de pensamiento. Las reglas transformativas, que convierten las estructuras profundas en estructuras superficiales, pueden diferir de una lengua a otra.” (Chomsky, 1966: 71-74).

“Nuestro modo de ver, subdividir en unidades, de comprender la realidad física como sistema de relaciones, está determinado por las leyes (desde luego no universales) de la lengua con la que hemos aprendido a pensar - y en este caso la lengua nos es aquello por medio de lo cual se piensa, sino aquello con lo que se piensa, e incluso que se piensa o por lo que somos pensados-. (Eco, 1976: 125 Subrayado del autor).

“Esta noción de una construcción perceptiva del mundo en sí mismo abierto a varias posibilidades, como continua atribución de sentido en la que participo no solamente con el lenguaje verbal, sino con toda la expresividad de mi corporeidad, está presente en el pensamiento de Merleau-Ponty. La fenomenología de la percepción desemboca en una fenomenología de la semiótica, sólo que bajo este aspecto, la semiótica más bien se inclina hacia la constitución del significado y no hacia el uso de los significados constituidos y codificados que nos propone la cultura. No se trata de dos alternativas que se excluyan, aunque la semiótica, siguiendo el camino de la lingüística, hasta ahora se ha visto obligada a ser semiótica de los códigos, para actuar con datos clasificables y reconocibles, de la misma manera que la lingüística ha sido la lingüística de la lengua.” (Ibid.: 136 Subrayado del autor).

Frege (1971) introduce una distinción respecto al hecho de que un término (o un signo) denote o indique, pues el signo se refiere a un *Bedeutung* o significado como a su denotado y, en el vértice del triángulo, al *Sinn* o sentido. El *Bedeutung* es el objeto al que se refiere el signo (se entiende al objeto en un sentido amplio y no como un objeto físico individual). El *Sinn* es el modo como este objeto se presenta a la mente o es entendido, es el sentido que cobra el signo.

En las culturas cuya comunicación es predominantemente oral, las relaciones se dan generalmente por contacto personal. En el caso de la cultura quichua, en la cual el

lenguaje no había sido desarrollado históricamente por escrito, las grafías (especialmente las matemáticas) estuvieran restringidas al uso de un número limitado de personas. En estas sociedades la traslación del código oral al código escrito “...se convierte en un proceso sumamente complicado no solo por el hecho de eliminar elementos concretos que acompañan al lenguaje vivo (oral) sonidos, entonación, gestos, sino sobre todo por la eliminación de factores espacio-temporales pues muy difícilmente pueden ser representados por escrito...” (Yáñez, C., 1983, II: 370).

En las sociedades orales las representaciones gráficas (signos icónicos) adquieren una gran relevancia, que se expresan en los dibujos de las vestimentas, utensilios domésticos, adornos festivos, etc. pues comunican y simbolizan representaciones sociales construidas culturalmente.

“Aunque pueda definirse con propiedad como signo proyectivo o caracterizante, lo que se llama comúnmente signo icónico no es algo que se asemeja a la realidad denotada, como si se ofreciera como «don» del objeto a nuestra percepción: es un signo producido de tal manera que genera aquella apariencia que nosotros llamamos « semejanza ». El sentido de dependencia causal del objeto no es un efecto del objeto, sino de la convención productiva del signo (y, a la vez, del objeto como unidad cultural,..)” (Eco, 1976: 147 Subrayado del autor).

Un tipo de signo que podría definirse como icónico, requiere algunas condiciones para su producción (Eco, 1976):

- hace falta que la cultura defina objetos reconocibles, basándose en algunas características destacadas, o rasgos de reconocimiento; no existe signo icónico de un objeto ignorado;
- es preciso que una segunda convención (de tipo gráfico) establezca que a ciertos tipos de artificios gráficos les corresponden algunas de estas propiedades y que ciertos rasgos de reconocimiento del objeto se han de reproducir absolutamente para poder reconocer el propio objeto;
- es preciso que la convención establezca las modalidades de producción de la correspondencia perceptible entre rasgos de reconocimiento y rasgos gráficos.

“...un icono no es un signo que se parece al propio objeto por que lo reproduce, sino es más bien un signo basado en modalidades particulares de producción (ostensión, uso de parte del objeto, traslación, proyección, etc.) de una impresión perceptiva que, muchas veces con el recuerdo de otras experiencias (táctiles, auditivas, etc.), mediante complicados procesos sinestésicos, se capta como «similar» a la que se ha sentido en la presencia de un objeto determinado. Con lo cual las nociones de semejanza, similitud, analogía, etc., no constituyen explicaciones de la particularidad de los signos icónicos, sino más bien son sinónimas de «iconismo», que se explican mediante el análisis de las diferentes modalidades productivas de los signos.” (Eco, 1976: 63 Subrayado del autor).

Según Peirce el icono es “*un signo que se refiere al objeto que denota, sólo en virtud de sus caracteres propios, que posee del mismo modo, tanto si el objeto existe como si no existe*” (Peirce, 1931: 52.247), los diagramas y las metáforas, también son iconos, los primeros porque reproducen relaciones “*no por su semejanza sensible con el objeto sino por la analogía con las relaciones entre sus partes*”, y los segundos por que “*representan el carácter representativo de un representamen, representando el paralelismo con alguna otra cosa*” (Ibid: 2.277). El icono es una imagen mental: “*la única manera de comunicar directamente un idea es por medio de un icono*” (Ibid: 2.2.78). Los iconos mentales son *imágenes visuales a las que se refiere el signo*” (Ibid: 2.238-9): *El símbolo está en el acto de conciencia*” (Ibid: 2.436), y el acto de conciencia es una idea simple, que puede combinarse en ideas complejas.

“...el proceso signico se identifica con el proceso abstractivo del pensamiento. Se trata de elegir algunos aspectos generales de los datos de la experiencia, y de construir una especie de modelo estenográfico: la teoría del iconismo dice que este modelo tiene la misma forma que el objeto significado” (Eco, 1976: 140).

“Un signo es la correlación de una forma significativa a una (o a una jerarquía de) unidad que definiremos como significado. En este sentido, el signo es siempre semióticamente autónomo respecto de los objetos a los que puede ser referido” (Ibid: 169).

“Todo interpretante de un signo es una unidad cultural o unidad semántica. Estas unidades se constituyen de manera autónoma en una cultura, es un sistema de oposiciones cuya interrelación global se llama sistema semántico global.” (...) “El sistema de las unidades semánticas

viene a ser la manera como, en una cultura determinada, se segmenta el universo perceptible y pensable para constituirse la forma del contenido.” (...) “Una unidad cultural es una entidad observable y manejable. Es observable porque en el ámbito de una cultura se manifiesta por medio de sus interpretaciones; palabras escritas, dibujos realizados físicamente, definiciones expresadas, gestos y por lo tanto comportamientos de un género particular y ya convencionalizados como entidades signicas, etc. La unidad cultural es la única entidad, con el significante, que puede ser tocada empíricamente, aunque se sabe que siempre se «toca» bajo la forma de sus interpretantes. La unidad cultural puede ser manipulada, porque de hecho se define sistemáticamente como valencia en un sistema de oposiciones.” (Ibid: 177-180 Subrayado del autor).

“El sistema semántico es un postulado de la significación. Para que exista significación es preciso que al sistema significante corresponda un sistema de unidades culturales. Definir, describir y agotar este sistema es imposible, y no solamente a causa de su amplitud, sino también porque el círculo de la semiosis ilimitada, las unidades culturales se reestructuran continuamente en sus correlaciones (tal es la vida de la cultura), tanto por el impulso de nuevas percepciones como por el juego de sus contradicciones recíprocas” (Ibid: 180-181).

“El sentido de un término es el recorrido de lectura que se elige dentro del semema¹⁶ y que es compatible con las restricciones que se deben al contexto. En esta perspectiva, toda cultura se considera como un sistema de signos, en el que el significado de un significante a su vez se convierte en significante de otro significado o incluso en significante del propio significado -independientemente que sean palabras, objetos, cosas, ideas, valores, sentimientos, gestos o comportamientos-.” (...) “La cultura representa el modo en que (...) se segmenta el contenido (y, por lo tanto, se objetiviza el conocimiento) a todos los niveles, desde la subdivisión de las unidades perceptivas elementales a los sistemas ideológicos” (Ibid: 186-187).

Una propuesta de definición de la cultura, que supere a la concepción semiológica tradicional y que se articula con los principios de la perspectiva fenomenológica es la siguiente: *“Cultura es un sistema sintáctico y semántico de significados, que es pragmáticamente actualizado en múltiples contextos, en los cuales las experiencias individuales aportan al mundo y lo construyen (fenomenológicamente) con su propia*

¹⁶ El *semema* es el árbol jerárquico de los interpretantes posibles de la unidad cultural. se dice jerárquico porque el código determina también cuáles de los interpretantes posibles son los que la convención y la práctica asignan comúnmente a la unidad. El *semema* viene dado por el conjunto de referencias que la unidad cultural produce en ejes o campos de oposiciones de otras unidades culturales. (Eco, 1976: 183-184)

historia, expresando un camino fundamental de existir.” (Bibeau, 1990). Esta manera de existir debe comprenderse como: el cuerpo, la mente y el mundo forman una unidad espacio-temporal dialéctica. La arquitectura de un sistema de significación, para construir su propia identidad (syntaxis), y la experiencia (fenomenología) estructuran un modelo de representación (situación concreta) única y diferenciada.

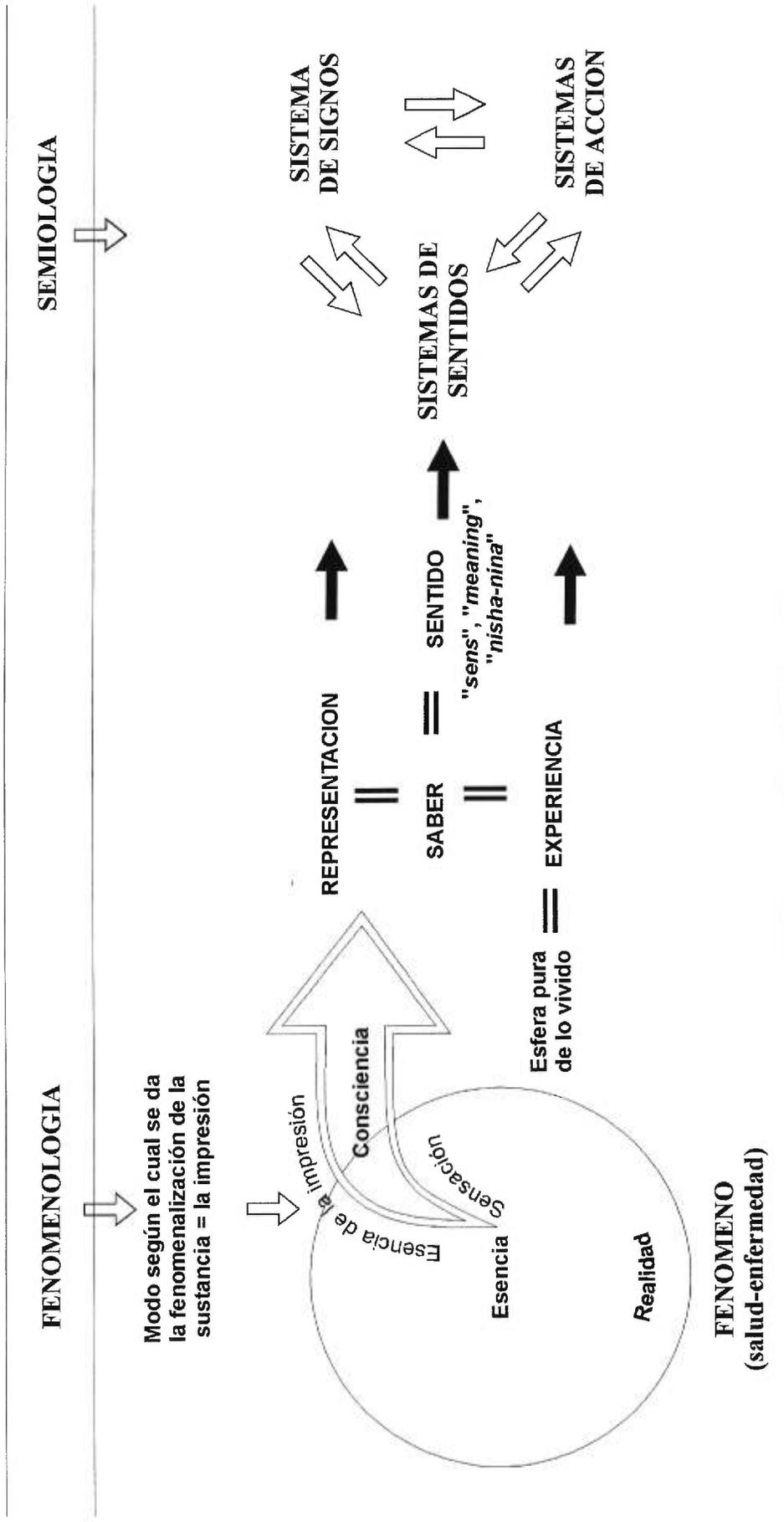
La representación implica una relación entre el sujeto y el objeto, donde debe tenerse en cuenta que:

- Este objeto puede ser construido de muchas maneras, ya que existe un sistema de valores en el sujeto.
- Se vincula a lo social, porque implica un consenso entre las personas que asocia la puesta en común de las experiencias y la comunicación.
- Se expresa en un lenguaje cognitivo (palabras y símbolos) que permite la reconstrucción del objeto de manera simbólica.

Se pueden identificar tres corrientes teóricas que convergen hacia esta perspectiva: la hermenéutica (Ricoeur, 1986), que ha influenciado a los antropólogos que trabajan en la llamada “antropología interpretativa” centrada en la investigación de los significados; la semiología post-sausseriana (Barthes, 1963; 1970), que supera la relación lineal significado-significante, para integrar el análisis de los códigos hermenéutico, sémico, simbólico, comportamental y cultural; una tercer corriente refuerza la dimensión histórica, ya presente en las corrientes anteriores, proponiendo una aproximación interpretativa centrada sobre la arqueología de las “formaciones discursivas” y las nociones de poder y orden social (Foucault, 1966; 1975).

En la página siguiente se presenta un esquema resumen de la perspectiva fenomenológica, y la vinculación con la semiología, para el estudio de la salud-enfermedad.

Esquema 7. Perspectivas fenomenológica y semiológica



A manera de síntesis podemos señalar que con la articulación de estas tres perspectivas teóricas, se busca la elaboración de un modelo dialéctico, que supere las perspectivas deterministas o mecanicistas que se enfrentan en los dominios de la antropología y las ciencias de la salud. De otra parte, la búsqueda de complementariedad de las perspectivas permite una comprensión más integral del proceso de construcción cultural de la enfermedad en sus aspectos simbólicos (explicados desde la perspectiva semiológica y fenomenológica), las condiciones estructurantes y de adaptación dentro de un proceso de cambio sociocultural (vistos desde la perspectiva de la ecología cultural), y finalmente sobre la dimensión del fenómeno de enfermedad, la experiencia de organización, toma de decisiones y acciones en salud (a partir de la epidemiología sociocultural).

CAPITULO 3

ASPECTOS METODOLOGICOS: EL ACCESO A LA ARQUITECTURA DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD QUICHUA

Podemos indicar que la elaboración de esta tesis fue realizada en cuatro momentos: los tres primeros fueron de trabajo de campo y de análisis parciales, mientras que el último momento fue el análisis final de la información. El proceso de deconstrucción y reconstrucción de la realidad constituyó un proceso cualitativo en la medida que integré progresivamente los diversos factores de la vida social y cultural de los indígenas asociados al fenómeno salud-enfermedad y, en términos cuantitativos, a la incorporación de un número mayor de comunidades de la nacionalidad quichua.

1. El descubrimiento de lo “no formal”

Entre 1978 y finales de 1979 me integré al proyecto de investigación “Estructura de los Sistemas No Formales de Salud” dirigido por D. Pedersen. Este proyecto sustentaba que a nivel de comunidades rurales, con o sin acceso a atención médica, existían sistemas no formales de salud que tenían una estructura y comportamientos propios, y que la situación de salud resultante en las comunidades bajo observación era independiente de la atención médica moderna disponible en el sistema formal u oficial de salud (Pedersen, D. et al. 1979).

El diseño de la investigación esencialmente adoptó una aproximación al problema a partir de la epidemiología y de la antropología médica, y fue realizado en distintas comunidades rurales del Ecuador incluyendo a poblaciones de diferentes grupos étnicos. Dos de ellas, Ilumán e Imantag, están situadas en el cantón Otavalo, entre 2500 a 3000 m. de altitud, en

la sierra norte de los andes ecuatorianos, y su población es mayoritariamente indígena quichua.

En 1978 Ilumán contaba con 1.657 habitantes, cuya mayoría estaba dedicado a la producción artesanal de textiles, y secundariamente a la explotación agrícola de minifundios. Presentaba una alta tasa bruta de natalidad (41,8 ‰) así como una alta tasa de mortalidad general (21,9 ‰) y una mortalidad infantil de 211,3 ‰, a pesar que esta comunidad contaba con un centro de salud y con accesibilidad física a un hospital ubicado a pocos kilómetros de la localidad. Imantag tenía 577 habitantes, la mayoría dedicada al trabajo agrícola, presentaba como Ilumán una tasa semejante de crecimiento poblacional y de mortalidad general, no obstante pese a no disponer de un centro local de salud y de estar situada distante y con limitada accesibilidad física de los servicios del hospital, presentaba una tasa de mortalidad infantil de 138,9‰.

Ambas comunidades presentaban semejanzas en cuanto a las características de la vivienda (paredes de adobe, piso de tierra, y cerca del 6% de las viviendas contaban con servicios higiénicos o baño).

Las otras comunidades de estudio estaban situadas en la región de la costa, en la provincia de Esmeraldas, que limita al norte con Colombia y al oeste con el Océano Pacífico. Las comunidades de Maldonado, Telembí y San José, se encuentran a la altura cercana al nivel del mar en un nicho ecológico de foresta tropical, de clima cálido con altas precipitaciones pluviales. La población es predominantemente negra y cohabita en la región con la población indígena *Chachi* (conocida también como *Cayapas*). Se sitúa preferencialmente al borde de los ríos Santiago y Cayapas, en viviendas construidas de bambú con techo de hojas de palma o de zinc, en su gran mayoría sin servicios higiénicos.

Las tres comunidades tenían 1221 habitantes, dedicados en su gran mayoría al trabajo agrícola (cultivo de cacao, plátanos, y secundariamente a la plantación de caña de azúcar). Las comunidades mostraban una alta tasa de natalidad (entre 49.5 y 54.7‰) y

una tasa de mortalidad infantil alrededor del 100%, también se observó una alta emigración de la población en busca de empleo. Como en las comunidades de la sierra se seleccionó una comunidad con disponibilidad de servicios locales de salud, y las comunidades control, sin servicios de salud.

Esta primera etapa de trabajo (1978-1979) nos permitió establecer la dimensión cuantitativa del problema de enfermedad en las comunidades seleccionadas para el estudio. Este aspecto nos parecía fundamental debido a que hasta ese momento no se habían realizado estudios a nivel comunitario que permitieran conocer la situación de salud, mientras que por otra parte estimábamos que los datos oficiales de salud referente a los pueblos indígenas tenían un significativo subregistro, así como también el indicador oficial de mortalidad infantil mostraba una cifra muy inferior a las que nosotros pudimos cuantificar en las comunidades estudiadas.

La identificación de los sistemas no formales de salud nos permitió una aproximación a la medicina tradicional desde una perspectiva sistémica, esta posición nos permitió interpretar que las culturas médicas tradicionales serían entendidas como un sistema de salud pública, en la medida que las interpretaciones y las respuestas a la enfermedad eran eminentemente organizadas socialmente sobre una base cultural específica.

Pudimos observar que en el territorio nacional se encontraba una continuidad de redes de atención popular de salud con características particulares a cada tipo de cultura de la población. Estas redes se articulaban más allá de las fronteras del país, tanto al norte, con Colombia, como al sur con el Perú, observamos un importante intercambio migratorio de curanderos que se dirigían temporalmente hacia comunidades que se constituían como centros de congregación para el aprendizaje y el desarrollo de sus prácticas, para la búsqueda e intercambio de plantas medicinales, para la realización de rituales específicos dentro de su formación, etc. y precisamente una de nuestras comunidades de estudio fue Ilumán, una comunidad reconocida como uno de los centros de formación de curanderos más importantes del Ecuador.

Desde la perspectiva antropológica este proyecto nos permitió observar de una manera global y comparativa las prácticas de curanderos de diversas culturas: quichuas de Otavalo, chachis (o cayapas), negros, mestizos, y los curanderos migrantes del sur de Colombia llamados “cholos colombianos”. Pero fundamentalmente nos permitió vivenciar aspectos esenciales de la vida de los pueblos indígenas: los rituales terapéuticos y la vivencia y comunicación con el mundo espiritual.

La experiencia nos dejó dos grandes lecciones:

1. Nuestra primera aproximación a la concepción del mundo quichua y especialmente a la complejidad que asumía el proceso salud-enfermedad indígena, desbordaba nuestra capacidad de interpretación debido a que hasta ese momento nuestros principios conceptuales y los recursos metodológicos para aprehender esa realidad estaban inspirados exclusivamente en una perspectiva occidental.
2. La segunda lección, y por extensión a la anterior, era que nuestro abordaje a la cuestión de salud-enfermedad desde una perspectiva motivada por la salud pública resultaba estéril debido a la posición en la cual llegamos a situarnos, por un lado, la escasa o nula repercusión de los resultados de la investigación en el propio sistema de salud pública desarrollado en el país, y por otro lado la situación era que nuestros posibles aportes desde la salud pública a los pueblos indígenas, se confrontaban a un sistema de pensamiento, de valores y conceptualización que nos dejaba inermes para ensayar una traducción cultural de aquellos principios que hasta el momento creíamos que eran de validez y aplicación universal.

Nuestros informes de investigación se centraron sobre los hallazgos epidemiológicos y a un nivel descriptivo de las prácticas de curanderos y parteras. Gran parte del material sobre el conocimiento de los curanderos fue archivado y diferido para otro momento de análisis de mayor profundidad.

2. El descubrimiento del sistema de significados

La segunda etapa nos llevó alrededor de siete años de trabajo, entre 1980 y 1986, dentro de la cual la investigación en salud fue realizado en diferentes ámbitos y proyectos.

Durante la primera fase (entre 1980 y 1984) me integré como asesor de investigaciones en el Centro de Investigaciones para la Educación Indígena (CIEI)¹⁷ con la tarea de preparar material educativo en salud para ser integrado al proceso educativo de postalfabetización en lengua quichua. Mas la práctica social, las exigencias de trabajo, y especialmente el contacto intercultural nos obligó a desarrollar múltiples actividades en los cuales los límites entre investigación, intervención, formación, experiencia, política y organización, etc. fueron cada vez más difíciles de precisar, especialmente cuando nos encontrábamos en el seno de las necesidades de la población indígena y particularmente cuando trabajamos en la formulación de respuestas adecuadas a su cultura y su futuro¹⁸.

¹⁷ Este Centro se orientó a la investigación y producción de materiales educativos en lengua nativas, especialmente en lengua quichua y luego en lenguas *Chachi* (población indígena que habita la provincia de Esmeraldas que limita con Colombia y el Océano Pacífico) y *Huao* (nacionalidad Huaorani que habitan la amazonía ecuatoriana). Este Centro dirigido por la Dra. Consuelo Yáñez, funcionó como una unidad de investigación-acción del Instituto de Lenguas y Linguística de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador entre 1979 y 1984. El CIEI fue integrado por indígenas de diversas nacionalidades indígenas del Ecuador, especialmente quichuas: *Saraguros, Salasacas, Cañaris, Chibuleos, Otavalos, quichuas de Bolívar, quichuas de Chimborazo, quichuas de Cotopaxi, quichuas del Napo y quichuas del Pastaza* (estas dos últimas provenientes de la amazonía ecuatoriana). También se integraron representantes de las nacionalidades *Shuar* y *Chachi*. Se constituyó un grupo de alrededor de 50 indígenas que se dedicaron a desarrollar actividades de investigación y a generar libros para su propia cultura. Eramos sólo cinco personas no indígenas las que cumplimos tareas de investigación, asesoría, administración, secretaría, etc. Este Centro dejó de funcionar en 1984, debido al ascenso de un nuevo gobierno, y consecuentemente de la política. Algunos de los indígenas volvieron a sus comunidades, otros cambiaron de trabajo, mas otros continuaron realizando trabajos a nivel educativo desde distintas organizaciones no gubernamentales.

¹⁸ Los objetivos del CIEI no solamente parecían ambiciosos, sino también desmesurados, no obstante fueron los parámetros y las exigencias dadas por las organizaciones indígenas que permitieron establecer las metas del trabajo. Por ejemplo: resultaba casi utópico que un puñado de personas se planteara la alfabetización en lengua materna de millares de indígenas, sin embargo la fuerza dada por el proceso social de las comunidades, donde alrededor de 1.400 indígenas dejaron sus trabajos agrícolas para asistir durante tres meses a cursos de formación como alfabetizadores, que posteriormente pudieran llegar a alrededor de 100 mil personas (siendo la mitad de ellos mujeres). Esta condición de compromiso social permitió, entre otros aspectos, la definición de un alfabeto quichua, la unificación de la escritura quichua, y la producción de más de 30 libros diferentes que llegaron en forma masiva a la población indígena.

Hablar de una teoría y método determinado de investigación, donde la propia población indígena se investiga a sí misma, parecerá aventurado y un desafío para la aplicación de los principios tradicionales del método antropológico, que fundó su especificidad sobre el estudio del otro. Cuando solicitamos apoyo de los escasos profesionales en antropología que había en ese entonces en el Ecuador, no obtuvimos respuestas positivas, y aunque esta hubiese sido favorable no contábamos con un número suficiente para responder a las necesidades de cada nacionalidad indígena. De allí nació la tarea de ensayar un método de trabajo con los indígenas del Centro, y particularmente de un método de investigación que nos permitiera obtener resultados válidos, pues a partir de ellos se confeccionarían e imprimirían millares de libros de alfabetización y postalfabetización dirigidos a la propia población indígena.

En un primer momento el aprendizaje del quichua y sus variantes dialectales nos exigió un esfuerzo de tiempo y de práctica considerables, simultáneamente hicimos el esfuerzo de perfeccionar nuestra comunicación con los indígenas (la mayor parte de ellos bilingües) por medio de un trabajo común a través de la escritura.

La formación en investigación que debíamos proporcionar a los indígenas del Centro nos presentaba un conjunto de problemas, como por ejemplo: ninguno de los indígenas tenía una experiencia formal en el campo de la investigación, ni menos aún en el trabajo etnográfico, tal cual es conocido en antropología. Las tentativas de dar un curso formal de investigación fueron reemplazadas por el desarrollo conjunto de actividades que estaban guiadas por los propios pasos del proceso investigativo: se establecieron objetivos específicos de conocimiento de manera conjunta con los indígenas; luego se diseñaron instrumentos simplificados para realizar entrevistas y guiar la observación; se enseñó el uso de grabadoras y se implementó la práctica de la transcripción de las entrevistas en lengua quichua y española. Posteriormente se introdujo el uso del registro en vídeo, para lo cual entrenamos a tres indígenas.

La selección de temas de investigación no partió del esquema de la división de las ciencias occidentales, sino que se realizó mediante la selección de “áreas de trabajo” o

cuerpos de conocimientos agrupados según actividades o eventos considerados centrales en la vida social y cultural de los quichuas, como: el trabajo agrícola, las fiestas, las plantas medicinales, el mercado, etc. A manera de ejemplo se puede citar que la recuperación de los antiguos “cantos de cosecha”, no sólo permitió conocer aspectos arcaicos de la lengua, sino que también pudieron ser interpretados desde la etnohistoria, pues fueron entendidos como relatos de diversos períodos de la historia quichua; en el caso de la recolección de adivinanzas nos permitió identificar a éstas como un método de evaluación de los conocimientos quichuas y como un mecanismo de preservación de la cultura.

Los aspectos de salud fueron trabajados en base a dos procesos. El primero se desarrolló mediante un trabajo en la sede de la Universidad con curanderos de distintas provincias y con los cuales realizamos una serie de actividades mediante el uso de representaciones gráficas. Les solicitamos que realizaran dibujos sobre determinados eventos o experiencias, y luego discutíamos sobre el contenido y significado de las escenas representadas, por ejemplo: uno de ellos¹⁹ realizó una serie de dibujos sobre las imágenes que él tuvo durante un ritual terapéutico, mientras estaba bajo el influjo de la *ayahuasca* (*Banisteriopsis caapi*) siendo este el alucinógeno más frecuentemente utilizado por los curanderos quichuas. Este método nos permitió interpretar con mayor objetividad las representaciones vividas subjetivamente, y más allá del relato podíamos observar como los objetos eran sujeto de transformación entre la representación figurativa y la representación simbólica. La secuencia de gráficas, y especialmente el valor simbólico otorgado a las representaciones (forma, color, disposición en el espacio, valor y significado de los elementos, etc.) nos permitieron observar las categorías de organización del conocimiento y la jerarquía de las mismas.

El segundo proceso fue desarrollado a nivel de investigación comunitaria, uno de los temas centrales discutidos con los indígenas del Centro, y sobre el cual obtuvimos

¹⁹ El *yachac* Carlos Grefa. Esta experiencia fue monitoreada por Cristóbal Shacay (biólogo, de nacionalidad Shuar).

consenso, fue el estudio del ciclo vital entre los quichuas²⁰. Entendíamos que este ciclo se articulaba con un conjunto fundamental de elementos particulares de la cultura quichua.

Nacimiento, crecimiento y muerte era un fenómeno interdependiente con los conceptos de tiempo y espacio, con la interpretación dada al proceso de madurez, aprendizaje y desarrollo del conocimiento, con el ciclo agrícola, y en fin con los propios principios de la cosmovisión indígena.

Otras actividades fueron realizadas a partir de la demanda de organizaciones indígenas, como fue la recuperación de plantas medicinales a nivel nacional, que fueron identificadas y clasificadas por biólogos de la Universidad.

Los procedimientos analíticos fue uno de los problemas centrales a definir, debido a la necesidad de interpretar los datos manteniendo la integralidad y coherencia de los hechos culturales, especialmente cuando los resultados se dirigían a la propia población indígena.

Si bien podíamos adoptar distintas perspectivas teóricas, la cuestión era de como mantener la coherencia en los resultados obtenidos con la perspectiva de la visión indígena. Mas, definir y operacionalizar las categorías de la “visión indígena”, constituyó un aspecto nodal del problema que era inseparable de la noción de “ciencia nativa”, o de otra manera la tentativa de respondernos si los quichuas tenían “teorías” que les permitía referenciar sus análisis. El esclarecimiento de todos estos aspectos podría permitirnos abordar la cuestión de la generalización y sus límites, especialmente debido a la heterogeneidad de pueblos que conforman la nacionalidad quichua del Ecuador.

Las limitaciones de nuestros recursos conceptuales para obtener una respuesta clara al respecto, hizo dejar estas cuestiones a nivel latente, y a nivel empírico ensayamos la posibilidad de realizar los análisis en dos momentos. En un primer momento trabajamos de manera paralela, mientras los indígenas realizaron sus propias categorías de análisis,

²⁰ Realizado con Tránsito Chela (de la provincia de Bolívar) y Humberto Marcatoma (de la provincia de Chimborazo).

nosotros elaboramos las nuestras, y en un segundo momento establecimos un encuentro entre ambos que nos permitió comparar no sólo las categorías formuladas, sino también las líneas de razonamiento para su definición (una especie de epistemología contrastiva). Como conclusión pudimos establecer un espacio de convergencia donde no solo podíamos establecer un acuerdo, sino una comprensión de los análisis a partir de ambas culturas²¹. Mas, a partir de determinados límites (siempre relativos), las diferencias eran insolubles, entre otros aspectos se puede mencionar que los principales problemas estaban dadas por las contradicciones entre la: ambigüedad/discriminación, la lógica de organización de los taxones, la dinámica del vínculo del todo con sus partes, etc.. Este procedimiento lo consideramos como un ejercicio, y como tal nos mostró las fuentes de variación en la calidad de los análisis (rol social y experiencia previa de las personas involucradas, interés y creatividad en el desarrollo de la experiencia, y esencialmente en la seguridad ideológica y cultural como condición para limitar una influencia de los “modos de pensar” de uno sobre el otro). De otra parte debe reconocerse que en esta aproximación transcultural ambos grupos estábamos viviendo un proceso de cambio.

A manera de ejemplo podemos citar que: a partir de los conocimientos de la enfermedad indígena, dadas por los relatos de los *yachac* y parteras, se organizó una nosografía de acuerdo a la concepción cultural de cuerpo y “espíritu” (“mal de campo” y “mal de Dios”, según las categorías indígenas; naturales y no naturales, para nosotros). Posteriormente la discriminación entre la nominación y causalidad nos condujo hacia categorías diferentes, pues nuestra tendencia nos orientó hacia la clásica identificación de síntomas, diagnóstico y tratamiento, mientras que la tendencia de los indígenas fue la de construir una asociación de síntomas de manera global que se conectaban hacia diversos segmentos del esquema corporal.

²¹ Un ejemplo de ello son los grupos o categorías de enfermedades que se verán en el Capítulo 5, o la elaboración de un libro para la educación infantil, donde pudimos eliminar la división de los conocimientos por materias, en resumen el libro cuenta el viaje de dos niños por el Ecuador, uno indígena y el otro mestizo, donde cada uno le muestra su mundo. Mientras se aprende la lectura y escritura, los niños hacían ejercicios de matemáticas. a medida que recorren las regiones estudiaban ecología, agricultura, salud, etc. En este libro pudimos compatibilizar la propuesta de UNESCO (de finales de los años 70) sobre la enseñanza integrada de las ciencias y la visión holística de los quichuas.

El resultado de este análisis nos pareció caótico en la medida que a nuestra visión aparecía una yuxtaposición de elementos anatómicos con lo fisiológico y lo patogénico. En todo caso, sentimos que la lógica del “orden” indígena llegaba a ser, la mayoría de las veces, intraducible a una equivalencia de las categorías occidentales, especialmente por la naturaleza de los conceptos, la relatividad de los límites entre una y otra categoría, la contigüidad y continuidad de principios organizadores del pensamiento, y la jerarquía, el valor y el carácter de cada representación simbólica.

La búsqueda de la coherencia en el análisis dirigido hacia la población indígena, nos apareció como un desafío absolutamente más complejo del que encontrábamos como resultado de nuestro método de trabajo. Mas, concluimos que las respuestas en la comprensión de la salud-enfermedad quichua, estaba más allá de lo que era enfermedad, y que las maneras de pensar de ellos podían ser explicadas mejor en otros órdenes de conocimientos.

A partir de este momento nos dirigimos a profundizar nuestra comprensión sobre la lógica de las matemáticas indígenas²². En la representación del cálculo mental de las matemáticas, identificamos que el *cuentario* (o persona que realiza las cuentas) imaginaba una espiral en la cual se disponen los número de acuerdo a su magnitud. Sobre esta espiral se realizan las operaciones matemáticas, caracterizándose por el uso de la suma (se supone que la substracción no era utilizada en la antigua sociedad quichua), si se busca la diferencia cuantitativa entre dos valores desiguales, se toma el menor y se contabiliza un primer resultado hasta llegar a la próxima decena inmediatamente superior, luego este valor se suma a la cantidad de decenas y unidades necesarias para alcanzar el valor superior.

Posteriormente nos orientamos hacia la comprensión de la concepción del tiempo-espacio, la precisión de la expresión lingüística, etc., aspectos que finalmente nos aportaban los elementos esenciales para una aproximación a los procesos de construcción de sus conocimientos. Era así necesaria e imprescindible nuestra verdadera inmersión a la

cultura quichua y consecuentemente a ingresar a un mundo cuya arquitectura nos confundía y fascinaba.

La segunda experiencia fue desarrollada de manera simultánea durante este período (entre los años 1982 y 1984), se realizó dentro del contexto de un programa investigación en salud pública²³. El Programa requería “la identificación de los factores socioculturales que limitan la accesibilidad y demanda de los servicios del sistema institucional de salud”, así como “la definición de estrategias comunitarias basados en el conocimiento de necesidades sentidas y patrones culturales de comportamiento, para el desarrollo de actitudes participativas que promovieran el autocuidado por la salud y el desarrollo integral”, y para alcanzar estos objetivos se diseñó un proyecto de investigación al cual me integré como investigador asociado, pues esto permitía la comparación de los procesos de salud y enfermedad en distintas etnias.

Este proyecto se desarrolló en dos áreas indígenas y una mestiza, en tres regiones del Ecuador: entre los quichuas del Napo (en la región amazónica), los Salasacas (en la región de la sierra) y en la población mestiza de Salitre (en la región de la costa).

El estudio de salud entre los quichuas del Napo fue realizado sobre un total de 3.351 personas que habitan en 17 comunidades de la amazonia ecuatoriana y que fueron seleccionadas del total de las localidades que se encuentran situadas en las márgenes de 300 km. de extensión del río Napo, entre las ciudades de Coca y Nueva Rocafuerte. Esta última ciudad se ubica en el extremo oriental del Ecuador en el límite con el Perú. Los habitantes de esta región se denominan a sí mismos como *Napo-rumas* u “hombres del Napo” y cuyos orígenes se remontan hace alrededor de 400 años debido a una corriente migratoria de quichuas de la sierra.

²² Investigación realizada por la Dr. Consuelo Yáñez y el Prof. Gabriel Tarlé.

²³ Programa de Cooperación Técnica para la Extensión de la Cobertura de los Sistemas de Salud (Banco Interamericano de Desarrollo y Organización Panamericana de la Salud).

Los Salasacas son indígenas quichuas que habitan en la zona central del callejón interandino a 2.589 m. de altitud, en la provincia de Tungurahua. La población, de alrededor de 4.000 habitantes, se sitúa en un territorio de 50 km² constituido por una meseta árida debido a los sedimentos producidos por los volcanes que se encuentran en la región, y donde los indígenas y mestizos compiten por la disponibilidad de tierras y agua para el desarrollo de las actividades agrícolas que son básicas para el sustento de la población.

La localidad de Salitre se encuentra en la cuenca del río Guayas, sobre la costa del Pacífico, al norte de la ciudad de Guayaquil. Salitre es un conglomerado urbano donde se concentra una población de agricultores y de pequeños y medianos propietarios de tierras, comerciantes, artesanos, etc. contando con alrededor de 5.000 habitantes. Los asentamientos de población más recientes provienen del éxodo rural y se ubican en los suburbios que reciben el nombre de *guasmos*. La población mestiza se autodefine como *montubio*, que significa que proviene del “monte” o del campo.

En este momento nos posicionamos en la corriente de aproximación que se generaba entre los científicos sociales y los de la salud, debido a la necesidad de construir un modelo comprensivo que permitiera una mejor articulación entre los datos biológicos con los datos psicológicos, sociales y culturales, así como la búsqueda de un paradigma genuino que permitiera relacionar los procesos biológicos con los sistemas culturales de significación (Engel, 1975; Press, 1980; Bibeau, 1983) como una tentativa de superar los límites del trabajo interdisciplinario debido a la falta de conceptos y paradigmas puestos en común que restringía la validez de las comparaciones interculturales sobre salud y los sistemas médicos (Leslie 1978).

Esta experiencia nos permitió realizar una aproximación a la epidemiología sociocultural, pues los datos epidemiológicos pudieron ser mejor contextualizados con la información cualitativa. En esta última jerarquizamos el estudio del ambiente y sus relaciones con la salud, pues las comunidades estaban situadas en tres ecosistemas diferentes, así como también el trabajo, la economía y la organización social guardaban importantes

diferencias. De otra parte pudimos incorporar al análisis de la situación de salud, la información histórica local y regional. El trabajo con los *yachac*, curanderos mestizos, y parteras, de cada región, fue una continuidad de la experiencia iniciada en 1978, lo que nos permitía comprender mejor las características propias y diferenciales de cada cultura.

La tercera fase fue realizada entre 1985 y 1986, dentro del cuadro de una consultoría prestada al Ministerio de Salud Pública del Ecuador²⁴ que tenía por objetivos el diseño de material educativo, la elaboración de estrategias de acción comunitaria y el diseño e implementación de programas educativos en salud en la población ecuatoriana que presentaba los peores indicadores de salud materno-infantil (mortalidad infantil superior a 200 ‰). Este trabajo fue realizado en dos microregiones: una en la región de la costa, en las comunidades mestizas suburbanas (*guasmos* o *villas miseria*) Recinto Tres Postes, Playas y la Cooperativa “Un techo para todos”, en la provincia de Guayaquil. La otra microregión estaba situada en el callejón interandino, en las comunidades rurales indígenas quichuas de Sarachupa, Rumi Loma, Cruz Pungo y Toctecinín, de la provincia del Chimborazo.

Si bien este trabajo estaba dirigido a una intervención concreta en el campo de educación para la salud, necesitábamos hacer un significativo esfuerzo de investigación a nivel de cada comunidad, por lo que integramos a miembros de las comunidades como “coordinadores” de las actividades locales. En el caso de las comunidades de la sierra buscamos a indígenas que habían trabajado en el CIEI, y que poseían una formación de base en investigación. Estos coordinadores guardaban una identidad cultural con cada población bajo estudio, eran dirigentes o líderes intermedios de organizaciones regionales, tenían experiencia en educación popular, y se encontraban preocupados o comprometidos en realizar acciones de salud popular.

Si en el proceso vivido, el concepto de lo “no formal” nos portaba a descubrir una dimensión más genuina de la vida comunitaria, en este momento de la experiencia

²⁴ Fondo de Población de las Naciones Unidas / Organización Panamericana de la Salud / Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

podíamos sintetizar que esa “no formalidad” era solamente una caracterización dada por una visión externa de la complejidad de fenómenos al seno de una población.

De otra parte la inmersión al conocimiento y el saber popular nos permitía reconocer que la población, vive en un sistema mundo resituado en un sistema más amplio, entre la cosmovisión y una cultura que se debate en términos sociales, económicos y políticos frente a las presiones y restricciones dadas por una sociedad mayor, dentro de un esquema y un proceso de dominación. La cultura como tal representa una estrategia de sobrevivencia, de defensa y negociación de la identidad dentro de un proceso de cambio y de reajuste histórico de las relaciones interculturales, económicas y políticas.

Fue esta última experiencia la que nos permitió observar que la metodología había producido varios efectos que nos llamó la atención. Pese que el “proyecto” había terminado oficialmente, los salarios pagados a los indígenas habían cesado²⁵, se habían entregado los materiales educativos, habíamos cerrado la evaluación realizada por el Fondo de Actividades de Población de la Naciones Unidas y la Organización Panamericana de la Salud²⁶, los coordinadores continuaron sus actividades. Ellos continuaron a aplicar los métodos de trabajo en otras comunidades o como ellos lo expresaron “...*el proyecto bajó y se extendió a los valles*”, allí en cada comunidad se aplicaron diferentes soluciones a la multiplicidad de problemas²⁷.

²⁵ Habíamos discutido con el Oficial de Programa de OPS, Dr. Horacio Toro, que debíamos destacar fondos para pagar un salario a los coordinadores locales, que compensara el tiempo que ellos disponían para el proyecto, pues debían dejar sus actividades agrícolas de subsistencia. Logramos que el UNFPA accediese a pagar salarios a personal “no profesional” y por primera vez a indígenas en el Ecuador.

²⁶ El UNFPA no vió con simpatía el desarrollo del Proyecto, ellos consideraban que debíamos centrarnos prioritariamente en actividades de “planificación familiar”, para nosotros esa “planificación” era aumentar la natalidad e impedir la mortalidad infantil generando condiciones saludables de vida. Esto se oponía a la ideología no explícita de “control de natalidad”, siguiendo la tradición se esperaba que los materiales educativos se centrasen en la difusión de métodos contraceptivos adaptados culturalmente para los indígenas. Los materiales producidos fueron dirigidos por la misma población a advertir sobre los principales problemas de salud, el cuidado del embarazo y parto, la producción de un programa radial realizado por parteras de otras comunidades para que los hombres tuviesen mayor cuidado en la atención del parto, etc.

²⁷ En una de ellas Pedro Yuquilema y Manuel Curuchumbi (dos de los coordinadores locales) llegaron a la conclusión que enfrentar el problema nutricional era aumentar la producción porcina a nivel domiciliario. Para ello recolectaron dinero y compraron un chanco reproductor en la Escuela Politécnica del Chimborazo, y luego hicieron una rotación domiciliaria del mismo, con lo cual consiguieron que la mayor parte de la población tuviese más disponibilidad de carne. Esta práctica se extendió hacia las comunidades

En este proceso pudimos implementar los métodos participativos de investigación, (que se describen más adelante) en los talleres comunitarios se produjeron numerosos materiales educativos, los coordinadores produjeron sus propios libros o folletos, con los relatos de las parteras pudimos montar un programa radial, el Ministerio de Salud imprimió los folletos y afiches para distribuidos entre la población, etc. Todos los contenidos, incluidos los dibujos fueron producidos por la población bajo la orientación de los coordinadores. Nuestro interés se centró especialmente sobre la información cualitativa, pues con las evidencias epidemiológicas sólo podíamos concluir que la situación de salud no era muy distinta a las estimaciones realizadas anteriormente en las otras comunidades de la sierra. De otra parte, nuestro margen de estimación no era muy grande pues podíamos caracterizar a cada situación entre más o menos grave.

El problema central se situaba en el quehacer frente al problema, entender mejor el peso de cada uno de los factores que incidían sobre la situación de salud, como ampliar el horizonte de las perspectivas de solución propuestas por la gente, que generalmente quedaban centradas en lo factual y lo local. El desafío fundamental estaba en tratar de generar una respuesta endógena, con la menor dependencia externa, que permitiera a las propias comunidades poder aumentar sus capacidades de prevención y acción de las que ya realizaban.

Por experiencia sabíamos que ésta no era, ni una preocupación, ni una prioridad, de las burocracias nacionales e internacionales, pues la población como tal no constituye para ellas un referente fundamental de su gestión sino todo lo contrario, fueron convertidos en la justificación de programas crónicos e ineficaces para la resolución de los problemas. De otra parte, excepto escasas personas de las instituciones gubernamentales, o algunas instituciones no gubernamentales, estaban genuinamente comprometidas con la situación de la población.

vecinas. En Sarachupa Pedro estimuló la formación de una cooperativa que se dedicó a la explotación y venta de las arenas volcánicas para obras de construcción Finalmente el problema de la accesibilidad al agua fue resuelto en 1991, con la culminación de una obra realizada por la comunidad que fue la colocación de una tubería de 30 km. de extensión para el abastecimiento del agua.

3. El interés por el sistema de pensamiento y el desafío para alcanzarlo

Nos habíamos sumergido en otro mundo, nuestros propios parámetros de vida habían sido enriquecidos al estar en contacto con un pueblo, una alteridad que nos mostraba otro referente social y cultural, al que lo sentíamos más coherente e integrado que nuestra sociedad, sabíamos que nuestros puntos de vista de las observaciones habían dejado cierta frialdad y distancia de aquello que nos recomendaba el principio del método, no obstante sabíamos que nosotros continuábamos siendo portadores de otra cultura y que esto nos permitía mantener un punto relativo de proximidad y distancia.

La experiencia nos permitía llegar más al interior de aquellas primeras experiencias, que sólo nos permitía ver lo que nos impresionaba. En este momento comprendíamos el silencio y los gestos, podíamos responder a la sutileza de los significados en nuestra comunicación oral, en fin, también podíamos poner en común un conjunto de significados nuevos para ambos, es decir establecer un nivel distinto de reflexión entre los indígenas y nosotros, sobre la sociedad indígena y sobre nuestra sociedad, a partir de una comunicación que no solamente nos portaba a nuevos esquemas de referencia mas, esencialmente, hacia a otros modelos de pensamiento.

El interés por el sistema de pensamiento indígena nos permitió observar un modelo de vida que nos enviaba a la comprensión de los paradigmas de base de su cultura. Entre ellos, la cosmovisión que constituía la base de la definición del mundo y como se situaban en él, y a partir de allí todo el proceso identitario de permanencia o cambio sociocultural que les permite la coexistencia en un espacio más amplio de negociación y conflicto con la sociedad blanco-mestiza.

Este sistema de pensamiento permitió a los quichuas la integralidad e interdependencia con la naturaleza (tierra, seres, espíritus), así como la definición y síntesis de la experiencia organizadora de la sociedad, en términos de sobrevivencia sociocultural en condiciones políticas adversas durante los últimos siglos.

4. Cuestiones éticas y producción de conocimientos

Este proceso nos obligó a resituarnos en un espacio crítico entre la comunidad y las instituciones oficiales, pues nuestra posición no solo era un cuestión de pertenencia a un determinado ámbito, sino esencialmente de los principios y orientación de los procesos que se desarrollan al interior de cada una de ellas.

La investigación en sí misma era para la Universidad un paso imprescindible, y sobre las conclusiones podían formularse los contenidos y estrategias de intervención sobre problemas específicos, mas en realidad esto no era mas que la producción de un trabajo exclusivamente inspirado y dirigido para los intereses del investigador.

En el fondo la cuestión de investigar partía de una justificación consistente “... *en el aporte universal al conocimiento científico*”. Mas es allí donde la sociedad estudiada era transformada en objeto, no sólo teórico, sino de uso, y con lo cual perdía su condición de sujeto. Esto nos parecía una contradicción fundamental en el campo de las ciencias sociales, contradicción que nos obliga a revisar todos aquellos principios denominados éticos, pues entre los numerosísimos investigadores norteamericanos que encontramos en las comunidades fueron verdaderas excepciones aquellos que devolvían los resultados a la comunidad y a las organizaciones políticas de los indígenas.

La ética solo quedaba reducida a la privacidad de la información, al comportamiento durante el momento de la recolección de la información en el terreno, y a ciertos manejos financieros. A lo máximo quedaban algunos vínculos locales de amistad entre el investigador y algunos miembros de la comunidad, que sólo era recompensado con algún regalo y con el agradecimiento en un documento o libro (en otra lengua no accesible para ellos) por los servicios y la hospitalidad prestados.

El método en sí mismo era visto como un camino exclusivo de una instrumentación científica, despojado de posiciones ideológicas (la búsqueda de la “neutralidad”) reducido sólo a la demostración de hipótesis.

Cuando sentíamos que la experiencia nos llevaba a resituarnos, no sólo era el problema de ámbito de trabajo, ni el problema de las lealtades primordiales, sino de aspectos fundamentales que nos llevaran a buscar una fundamentación teórica y una aproximación metodológica más apropiada para la situación y los procesos sociales de la población. Era buscar una mejor comprensión de las distancias entre tiempo social y tiempo institucional, que la población no podía ser tocada en sus problemas sin aportar o buscar alternativas a los mismos.

La población no espera que un investigador debe volver a su oficina a analizar y producir resultados durante meses para ver que se puede hacer con la realidad, o aplicar el plan o programa que el investigador diseña, o que la investigación en sí misma es un medio para otros procesos, y que no tiene un fin en sí misma. Las instituciones habían establecido a nivel de dogma, una serie de principios frente a los cuales estas reflexiones no sólo eran carentes de sentido sino también consideradas como “anticientíficas”²⁸.

Nuestro referente social nos había dado otros elementos de reflexión, en otros momentos habíamos leído algunos trabajos de investigación sobre los quichuas, estos trabajos fueron discutidos con los líderes nacionales indígenas (algunos de ellos con formación universitaria) y ellos mismos se sorprendían sobre las conclusiones diciéndonos su desacuerdo o “...*así nos ven? ¿De qué les sirve la cientificidad?*”. Mientras que había otros textos que permitían la recuperación de algunas conceptos e ideas que necesariamente eran rediscutidos y analizados en otras perspectivas. Esto manifestaba la necesidad de tener presente de manera continua la construcción de la coherencia, y de como el método se tornaba una de las claves fundamentales para poder trabajar los elementos que nos permitieran esa construcción.

²⁸ En la Universidad de Brasilia , donde tomé cursos de Teoría Antropológica y Métodos de investigación en Antropología, en frecuentes discusiones expliqué que había niveles de información que jamás habíamos publicado por razones elementales de consenso con la población, que finalmente esa información era más útil a quienes mantenían una confrontación con los indígenas (las iglesias y sectas protestantes de los EEUU, los terratenientes, funcionarios de gobierno, etc.) que a los propios indígenas, y que en el fondo esa era un contradicción entre los fines de la ciencia y la realidad política de la población. Esta posición fue considerada como una “falta de respeto al conocimiento científico”.

El “proyecto de investigación” necesariamente dejaba de ser un proyecto individual para ser “nuestro proceso” de reconocimiento de la realidad, para ser ajustado, descubierto, o producido en la interacción social. Si bien mantuvimos un acuerdo desde el punto de partida respecto a los objetivos, el método o el cómo hacer era el punto en el cual se producía el encuentro fundamental, observamos que la direccionalidad del proceso de investigación era definido en este momento. Y a partir del momento en que dejamos de lado instrumentos que establecían la búsqueda de información basados en el recorte de momentos de la realidad vividos por la población (las encuestas) entramos a una dimensión más profunda dada por la propia dinámica de la cultura. Indudablemente la jerarquía de lo cualitativo nos posicionó en una situación de mayor aprehensión de los procesos de salud-enfermedad dentro del universo de conocimiento y acción de los indígenas.

La transición hacia los métodos participativos nos llevó a la observación de procesos en los cuales no sólo se manifestaban mejor la interrelación de los factores actuantes en la salud-enfermedad, sino que nos presentaba toda la dinámica de los cambios socioculturales vividos en la sociedad quichua.

Desde el punto de vista estrictamente metodológico comprendimos que la formulación de instrumentos más adecuados a la lógica, tiempo y ambiente de la población nos facilitaba una mejor aproximación a la realidad²⁹, donde el rol activo de nuestros interlocutores (los coordinadores locales) permitía un ajuste cultural que superaba nuestra imaginación. Tal vez el único instrumento que conservamos a lo largo de toda la experiencia fue nuestro diario de campo, que se constituyó en un instrumento de reflexión con nosotros mismos en la medida que registramos los eventos vividos, la información básica, y el acompañamiento de los procesos comunitarios.

²⁹ Por ejemplo: nuestras entrevistas fueron segmentadas a diversos momentos en que los *yachac* tenían la voluntad y deseo de comunicarse, incluso esto no significaba que eran más breves, sino que los temas de interés (para nosotros) se entremezclaban en un contexto de relatos que aparentemente estaban desconectados, más acompañábamos el ir venir del discurso circular. En los talleres simplemente elaboramos como máximo 4 a 5 preguntas, y éstas eran presentadas como una sugerencia o guía de las discusiones, lo que permitió alcanzar una mayor reflexión entre las personas, una mayor profundidad de las discusiones, y consecuentemente una mejor comprensión de nuestra parte del cómo se posicionaban en los

Otro aspecto esencial a destacar fue la casi absoluta ausencia de bibliografía disponible en momentos previos al trabajo, en términos generales no disponíamos de monografías sobre las comunidades donde trabajamos, tratamos de conseguir algunas publicaciones sobre antropología médica en la medida que iban apareciendo, en algunos casos podíamos consultar algunos trabajos realizados por misioneros, muchos de ellos de antigua data, más al presente nuestras únicas fuentes fueron las conversaciones mantenidas con personas que acompañaron los procesos indígenas³⁰.

Hacia mediados de los años 80 las ONG's comenzaron a publicar algunos trabajos descriptivos de sus experiencias de intervención en algunas comunidades indígenas.

Nuestra preocupación inicial de trabajar en la salud indígena, nos había conducido a una dimensión que no solo nos llevó a la comprensión de diversos modelos culturales de la salud-enfermedad, sino que desde esas culturas nos permitió observar más claramente que la propuesta de salud pública no sólo era inadecuada para los pueblos indígenas, sino que portaba en sí misma un modelo difícilmente aplicable a la realidad social ecuatoriana. Nos mostraba que la práctica de la salud pública (desde su perspectiva clásica) finalmente se encontraba prisionera no solo de las restricciones dadas por el contexto económico y de las políticas públicas, sino también de la incapacidad de revisar los paradigmas que la sustentan ya que son provenientes de modelos desarrollados sobre una población que guardan grandes diferencias sociales y culturales con el campesinado y los indígenas.

Específicamente los métodos propuestos desde esta perspectiva, no permitían identificar y construir respuestas culturales y sociales validas para responder a las necesidades de salud. Esta situación fue la motivación fundamental para la búsqueda de nuevos cuadros teóricos de referencia que permitieran el análisis de material que durante años fui acumulando.

problemas tratados, así como en la lógica de sus razonamientos.

³⁰ En Chimborazo mantuvimos encuentros con el Obispo Leonidas Proaño, conocido como “el Obispo de los indios” por su trayectoria histórica de lucha por el derecho de los pueblos indígenas.

En síntesis, los métodos fueron aplicados en la medida que respondían a nuevas necesidades de conocimiento de la realidad, y que su validez estaba acorde al tipo y grado de profundidad de conocimiento que buscábamos.

Habíamos vivido una transformación personal en la medida que compartimos trabajo, comida, habitación y rituales con los quichuas, nos habíamos identificado en la búsqueda de soluciones a los problemas cotidianos, la gente tenía una explicación a su realidad, y un estilo para enfrentarlos.

5. La adopción de una decisión metodológica

Las distintas perspectivas teóricas asumidas para el estudio conllevaron la necesidad de aplicar una multiplicidad de métodos, lo que constituyó un desafío para su articulación debido a las contradicciones (a veces aparente) que pueden emerger de entre ellos. Estos aspectos levantaron diversas cuestiones que fueron centrales para asumir una posición frente a la selección de los métodos, como las siguientes:

¿Cómo establecer una compatibilidad entre los métodos a partir de lo que cada uno de ellos jerarquiza lo que busca ver?, ¿Cómo congeniar los métodos que parten de principios epistemológicos distintos y que orientan a las distintas perspectivas seleccionadas para el estudio?, ¿Cómo operacionalizar estos métodos sin generar una distancia que excluya a la población de su condición de sujeto, y evitar que los métodos los resitúen como objetos?, ¿Cómo establecer una coherencia analítica que permita una comprensión integral del fenómeno salud-enfermedad quichua?

Esencialmente los puntos de reflexión fueron definidos sobre diversos problemas como: las contradicciones entre las ciencias de la salud y las ciencias sociales y el problema de lo cualitativo y lo cuantitativo, la traducción de las lógicas de cada cultura, la cuestión del discurso y la comunicación con la población indígena.

5.1. Contradicciones entre las ciencias de la salud y las ciencias sociales

Algunos autores sitúan este problema a nivel de la incompatibilidad de los paradigmas que parten de diferentes premisas ontológicas y epistemológicas que los hacen mutuamente excluyentes y que hace que las metodologías no sean integrables, otros autores (Trow, 1957, Cook y Reinhardt, 1979) adoptan la llamada posición situacional o ecléctica que busca la compatibilidad de los métodos aplicándolos en forma paralela o secuencial.

5.2. El problema de lo cualitativo y lo cuantitativo

El dilema se plantea a partir de la aplicación de los métodos, pues en el caso de los métodos que priorizan la cuantificación para identificar la distribución de la enfermedad, que implica simplificar la realidad o reducirla a variables, deja de lado o subestima el carácter subjetivo y fenomenológico de la experiencia humana de este proceso, y mediante el enfoque deductivo y cuantitativo experimental, basado en el paradigma de las ciencias naturales expresa usualmente una lectura realizada desde el exterior de los fenómenos por los investigadores (enfoque ético).

De otro lado la priorización de métodos cualitativos, basado en ciertos paradigmas de las ciencias sociales, prioriza el uso de la palabra más que los números para expresar la dimensión del problema, ya que busca entender el fenómeno a partir de los criterios de distinción dados desde el interior de una cultura (enfoque émico).

Existe una corriente pragmática que observa que en el caso de los métodos cuantitativos y cualitativos (Rossman y Wilson, 1985) que argumenta sobre la existencia de una falsa dicotomía entre estos, por lo que proponen una integración de ambas metodologías teniendo como perspectiva el tema de estudio.

“En las ciencias de la salud, particularmente en la epidemiología, existe consenso creciente entre los investigadores que la aplicación iterativa de métodos cualitativos y cuantitativos, aumenta la confiabilidad de los datos

y conduce a un entendimiento más completo del fenómeno bajo estudio”
(Pedersen 1991: 6).

La combinación de metodologías en el estudio del mismo fenómeno se ha llamado “triangulación” que establece múltiples puntos de referencia para la observación de un fenómeno (Denzin, 1978) y permite suponer que las limitaciones o debilidades de cada método son compensadas o contrabalanceadas por el otro (Jick, 1983).

La definición de la estrategia de investigación partió de la identificación de los aspectos de convergencia u aproximación de cada uno de las perspectivas teóricas y de los métodos, reconociendo los aportes de cada campo de conocimiento y definiendo a la antropología médica como el eje articulador de cada uno de los aportes. En este sentido la multiplicidad de métodos utilizados fueron tomados en el sentido estricto de complementariedad, sin pretender forzar las limitaciones y orientaciones centrales de los mismos, y solamente se realizaron ajustes a los mismos, según los resultados obtenidos durante el proceso de investigación tomando a la población como el principal referente para este fin.

5.3. La traducción de la lógicas de cada cultura

Los diversos campos de la ciencia asumen la existencia de diferencias en las lógicas o razonamientos entre las culturas, debido a que se considera como trivial y axiomática la situación de las diferencias culturales en la estructura inferencial y cognitiva con las que las personas perciben y explican los eventos, experimentan y juzgan las situaciones, razonan y deciden sus acciones, y construyen su filosofía y teoría acerca del universo, el hombre y la sociedad.

Maruyama (1969) destaca que en las investigaciones intraculturales, es indispensable tomar en cuenta las consideraciones, las lógicas y razonamientos de cada cultura, así como el carácter que asume la comunicación entre ellas. Pues entender es un proceso que no es solo intelectual, sino que también es adquirido por la resonancia experimental

de solidaridad entre personas inducidas por similares experiencias vividas), la resonancia existencial (afinidad de solidaridad entre personas inducidas a compartir un sentido de vida), la resonancia relevante (convergencia de propósitos entre la gente y el investigador) y la resonancia comprometida (afinidad de solidaridad entre personas inducidas por el mismo grado de acción voluntaria en la misma causa), que son finalmente procesos trans-intelectuales (Maruyama, 1969: 247).

Resulta necesario tener en cuenta que las diferencias entre las lógicas generalmente son reducidas en términos de la epistemología del investigador, a partir de los conceptos que existen en la mente académica: filosofías, conceptos, actitudes, percepciones que conducen al llamado malentendimiento o a la mala interpretación (cuando es un malentendimiento intencional). Por ejemplo, un investigador cuya epistemología está basada en una estructura de orden-rango puede reducir y deformar mediante este sistema de análisis de una cultura diferente cuya epistemología es esencialmente no jerárquica, o un investigador cuya epistemología es clasificacional puede distorsionar, con el uso del análisis de categorías psicolingüísticas, una cultura cuya lógica es esencialmente relacional.

La interpretación de un universo epistemológico por un investigador externo puede producir una teoría que es autoconsistente y consecuentemente satisfactoria al investigador, pero frecuentemente es irrelevante o incorrecta desde el punto de vista del universo interpretado, este riesgo se profundiza en la medida que se produce la reducción de las dimensiones del fenómeno. La investigación epistemológica explora la estructura del universo mental subjetivo más que la “evidencia” material manifiesta, debido a que la interpretación de la realidad social y cultural es entendida en este nivel como un universo de creencias e interpretaciones.

Según Maruyama (1969) una vía para superar los sesgos o distorsiones que pueden producirse entre lógicas diferentes, es hacer que el reconocimiento de los fenómenos y su análisis sea hecho por personas de la propia cultura. Frecuentemente las personas son ubicadas en el rol de informantes o para realizar la recolección de datos, y es

relativamente reciente que se intenta hacer que las propias personas jerarquicen los puntos relevantes de los datos, que sean ellos los electores de los conceptos, establezcan sus propias hipótesis, realicen sus propios diseños de investigación y el análisis de datos, pues las personas de una cultura están llenos de hipótesis sobre sí mismos.

En mi experiencia esta posición puede ser relativizada en la medida que muchas de estas hipótesis no necesariamente pueden ser formuladas en términos de una voluntad conciente de un estudio “sobre sí mismos”, tal como lo entiende la cultura occidental. De otra parte, este tipo de reflexión parece ser más fructífero en la medida que exista una experiencia intercultural o una intencionalidad explicativa de ciertos fenómenos hacia “los otros”. Pues este acto exige un esfuerzo de objetivación, o de expresión de conclusiones que están más allá de la subjetividad. La formulación de un diseño de investigación, puede ser interpretado culturalmente de diversas maneras, así como los propios significados del acto de investigar, más en el esfuerzo de traducción de las lógicas y contenidos de conocimientos requiere un mínimo de acuerdo entre las culturas, sobre esta tarea, para poder establecer comparaciones en los modos y conclusiones de interpretar una realidad.

Los problemas señalados por científicos sociales, a la participación de investigadores pertenecientes a la propia cultura, se han centrado en los siguientes debates:

- Los investigadores intraculturales tienen una restricción de la observación comparada con la realizada por un investigador externo. Maruyama (1969) considera que esta objeción es irrelevante en términos de la obtención de la subjetividad inmersa en la realidad de las personas, libre de la contaminación por una epistemología exterior. El trabajo de los investigadores pertenecientes a la misma cultura comienza a ser válido porque el énfasis puede ser desplazado de la subjetividad intracultural para su comparación intercultural o intersubjetiva, más que la sola búsqueda de la “objetividad” como orden imperativo.
- Ellos son vulnerables a la censura y la presión de otros miembros de su propia cultura, y ellos tienen el mismo eje de deconstrucción en favor de su cultura. Si bien

estas son parte de la realidad subjetiva de una cultura y es válida si se refleja en los datos, o sea en la distorsión intencional de los datos, sus causas y funciones, así como los medios de su detección y eliminación. En este sentido se torna fundamental mantener una empatía a nivel de la resonancia (ya señalada anteriormente) pues estos aspectos son un referente fundamental para la calidad de la investigación.

- Ellos no tienen entrenamiento profesional. Esto es entendido como “profesio-céntrico” y etnocéntrico, pues cada cultura tiene personas que centran o sintetizan el conocimiento de una sociedad y se encuentran articulados con ella. Si bien ellos no tienen un entrenamiento como los científicos sociales, ellos pueden adquirirlos. De otra parte, están entrenados en vivir en su sociedad y en su propio complejo cultural, que los propios científicos sociales no tienen esta experiencia sino luego de muchos años de contacto con esa cultura.

Cuando las lógicas intraculturales son finalmente comprendidas se plantea el problema de la traducción de éstas para las personas fuera de esa cultura. Se llamó “*outculture-perceived illogicality in culture autodescription*” frente a la “*inculture-perceived illogicality in outculture exodescription*” (Maruyama 1969: 236), por lo que la meta práctica es de hacer que ambas culturas miren la lógica de cada una, lo que este autor denomina “traducción epistemológica”, esto implica que la lectura tenga sentido para el lector sin que necesariamente aprenda la epistemología de la otra cultura. Maruyama usa el “*pivot concept*” de la cultura (que es un objeto de percepción que aparece en ambas culturas, pero percibido diferentemente) y que incluso es leído de manera contradictoria por cada cultura, por ejemplo el concepto legalidad, es entendido en un *ghetto* negro como opresión, explotación y abuso, mientras que la clase media blanca la entendiendo como justicia e imparcialidad. Ambas epistemologías son lógicas en sí mismas pues ambas están fundadas en su propia realidad.

Maruyama (1969) aboga hacia los investigadores para realizar un verdadero esfuerzo de práctica de la “transpección”, que es el esfuerzo de colocarse a sí mismo en la cabeza de una persona de otra cultura, es diferente del entendimiento del proceso de pensamiento, pues la transpección lleva a la práctica la perspectiva intracultural, siendo diferente de la empatía, ya que esta es entendida como la base de la identidad de compartir que puede ser proyectada, la transpección lleva a aprehender la perspectiva del otro, y no debe ser entendida en el sentido de la mera apariencia comportamental, sino por el esfuerzo de colocarse “...en la cabeza y no solo en los zapatos o en el cuerpo de la otra persona de la otra cultura” (Maruyama, 1969: 241).

En términos generales se puede señalar que la posición adoptada dentro del proceso de investigación fue, no solamente de mantener un estrecho contacto con la población indígena, especialmente con varios de sus miembros que adoptaron un rol activo en el propio proceso investigativo. En este proceso fue entendido como una experiencia conjunta que se expresó en lo siguiente:

- la definición de objetivos, generalmente realizabamos una sesión mensual donde se fijaban objetivos inmediatos. En la medida que la experiencia fue evaluada de manera continua, podíamos elaborar objetivos de mayor alcance.
- la preparación y ajuste de instrumentos. Sobre un borrador inicial reflexionabamos sobre la secuencia de preguntas o de datos a recoger, luego éstas eran reordenados de acuerdo a la secuencia lógica de los quichuas. En el caso de las entrevistas, o de la implementación de grupos de discusión, se realizaba una serie de visitas previas a las personas que serían entrevistadas o convocadas, lo que implicaban un acuerdo sobre los objetivos de las actividades a realizar.
- Durante el desarrollo de las actividades, podíamos distribuirnos y alternar los roles, tanto de la observación, la iniciativa en los diálogos, o la coordinación de grupos de discusión o de talleres comunitarios. En ningún momento se consideró a la actividad de investigación como una acción personal e individual.
- Respecto al análisis de la información, que implica a las lógicas de cada cultura, podíamos definir tres dimensiones o espacios: Uno que podía ser compartido, donde

tanto las categorías o ejes de análisis, eran compatibles con cada una de nuestras lógicas; luego los otros dos espacios correspondían a la especificidad de cada una de nuestras pertenencias culturales. Generalmente yo podía adjuntar información y tratarla de acuerdo a la comprensión de las instituciones, mientras los indígenas elaboraban sus propias categorías, análisis y conclusiones dirigidas a la población.

Al cabo de alrededor de un año de trabajo (en algunos casos) o terminados los contratos institucionales, los indígenas que participaron de la experiencia, continuaron desarrollando este tipo de actividades, tanto a nivel de las organizaciones indígenas, o en otras instituciones (especialmente en organizaciones no gubernamentales).

5.4. La cuestión del discurso y la comunicación

La búsqueda de métodos adecuados que permitan acceder a la comprensión de los fenómenos no solo es una cuestión de comprensión epistemológica y lingüística, sino de establecer una selección de métodos que permitan una comunicación dialógica que evite los sesgos de la información para obtener validez y confiabilidad según los patrones sociales y culturales de la población, tanto como para el proceso de conocimiento del fenómeno de estudio.

A manera de ejemplo resulta necesario recordar los eventos históricos de la conformación del modelo del Estado y de la República, en los cuales se promulgó la imposición de impuestos y obligaciones de los indígenas para con instituciones nacionales, regionales y locales. La respuesta social fue la de ocultar la información, especialmente la referida a los datos económicos, la disponibilidad de tierra, el tamaño de los rebaños, etc. y especialmente en las condiciones en que se realizan las encuestas, pues las entrevistas realizadas sin consulta a las organizaciones y en la puerta de cada hogar, viola el principio de confianza de la población indígena.

Keesing coloca la cuestión sobre la mal interpretación y mal traducción, cuando se asume que los etnógrafos están al interior participando y comprendiendo el sentido de las cosas siendo que en realidad son puestos al margen por los “nativos”, por lo que sólo se aprehende la superficie del lenguaje. Solo con la materia de la vida cotidiana, hablando profundidades muchas veces ambiguas, y con muchos años de experiencia en una cultura, permite la perspectiva de llegar a interpretarlas, es decir llegar a los detalles o médula de los sentidos (Keesing, 1989).

Entendiendo que la condición básica para la existencia de la comunicación implica el establecimiento de un medio que permita el flujo de los discursos en ambas direcciones, el problema nuevamente se vuelve hacia la posición adoptada por el investigador. Este debe no solamente buscar los medios idóneos, sino también permitir la creación de un ambiente favorable a la comunicación. En una población donde las tasas de analfabetismo son muy elevadas, indiscutiblemente la principal vía de comunicación va a centrarse en la oralidad, por ello la comprensión y formulación del discurso requiere fundamentalmente no solo el dominio de la lengua, mas especialmente de las principales figuras de significación así como los términos de la teoría de la significación, que fue enunciada en el capítulo precedente.

Las metáforas adquieren un espacio singular pues no son un adorno superficial del lenguaje, mas, todos los lenguajes están impregnados de ellas. Culler (1982) sugiere que lo literal es lo opuesto de lo figurativo, pero la expresión literal es también una metáfora cuya figuralidad fue olvidada, mientras que Lakoff (1987), Lakoff y Johnson (1980) argumentan que la mayoría de las metáforas no son extrapolaciones creativas del uso literal, pues ellas son convencionales, construidas en la estructura del lenguaje y la semántica.

El esquema de una metáfora convencional establece una similaridad a un patrón entre la fuente del dominio y el dominio conectado a él. Los sistemas de metáforas convencionales usan partes del cuerpo, imaginaria espacial, actos físicos o estados para

representar otros dominios (relaciones temporales, relaciones sociales, y emociones u estados interiores).

El ciclo de vida (nacimiento, procreación, muerte) pueden ser usados para caracterizar procesos y eventos sociales o cosmológicos. Quinn (1987) argumenta que el sistema metafórico de un pueblo particular, son expresiones de la construcción cultural de su mundo, bien como a la inversa.

Los diferentes esquemas metafóricos en un lenguaje particular, son conectados en una vía sistemática que refleja los sistemas cultural-conceptual, subrayando a ellos, Lakoff (1987) sostiene que las metáforas centrales y las metonimias de una cultura están conectados a los múltiples sentidos que tienen las palabras, pues las metáforas son cruciales en la estructura interna y en la articulación de categorías.

Este autor muestra como, en lo que él llama estructura semántica “radial” muchos modelos de base convergen en un prototipo ejemplar. Los miembros periféricos de una categoría pueden tener algún parecido a la categoría central o prototipo sobre la base de las conexiones metafóricas o metonímicas mantenidas por diversas vías. Un mecanismo importante es llamado transformaciones de imagen-esquema, en el cual una imagen abstracta puede ser central al sentido de una categoría, pero las conexiones entre los sentidos de las categorías dependen de sus transformaciones.

Las imágenes sobre las que se construyen las categorías son grandes experiencias, fundadas en una experiencia visual y familiar. Keesing (1989) afirma que si bien hay patrones universales de lógica para crear categorías, la vía de las transformaciones de imagen-esquema y la cadena de conexión metafórica con que opera, está subordinada a las particularidades del sentido cultural que infunden los diferentes lenguajes, pues las metáforas impregnan los sistemas gramaticales.

Estos conceptos deben extenderse hacia otros medios de expresión, como el lenguaje corporal, gestual, icónico, actos rituales, etc. los que fueron incorporados al interior de las diversas metodologías implementadas.

6. Estrategia de investigación

De manera específica la estrategia de investigación fue definida en una serie de etapas alternadas entre momentos de trabajo de campo y de análisis parciales de los datos obtenidos en cada una de ellas.

Cada una de estas etapas tuvo una definición específica en términos de objetivos, predominancia de un determinado cuadro teórico, y de métodos, pues buscaba producir un documento de resultados de investigación. Esta posición adoptada, le dio una jerarquía de proyecto a cada una de ellas. El análisis final se constituyó como la última etapa, que retomó los resultados parciales de cada proyecto para integrarlos bajo un marco de referencia teórica multidimensional, lo que implicó un reanálisis de la información sobre los objetivos específicos del presente documento.

7. Muestra de la población de estudio

Según las perspectivas teóricas adoptadas, se seleccionaron diversos universos de población:

1. Para obtener los datos epidemiológicos se seleccionaron dos comunidades indígenas de la sierra norte del Ecuador en la provincia de Imbabura: Ilumán (345 viviendas y 1.657 habitantes, con disponibilidad de un centro de salud) e Imantag (140 viviendas y 577 habitantes, sin disponibilidad de centro de salud). El universo total de población estudiado fue de 135 unidades familiares, constituidos por 2.234 personas. Se obtuvieron los perfiles y la experiencia de enfermedad de 167 casos (de mujeres y niños), así como de los eventos en 42 muertes infantiles. En estas comunidades se

obtuvo información específica y en profundidad de 20 madres, 78 *yachac* y 28 parteras.³¹

2. Otro estudio comunitario se realizó en la comunidad Salasaca, situada en la provincia de Tungurahua, donde se analizó la situación de salud de 36 familias (188 personas).³²
3. En la provincia de Bolívar (situada en la zona central de la región de la sierra) se trabajó con grupos de madres y 60 parteras indígenas en 29 comunidades³³.
4. En la comunidad de Chibuleo situada en la provincia de Tungurahua (zona central de la región de la sierra) se identificaron 10 indígenas “resucitados”, con los cuales se trabajó la experiencia de muerte³⁴.
5. En 5 comunidades de la provincia de Chimborazo (Sarachupa, Rumi Loma, Cruz Pungo, Llacta Pamba y Toctecinin) se implementaron durante 1 año alrededor de 50 talleres comunitarios.³⁵

De manera continua durante 3 años, trabajé sobre la concepción de la vida y de la salud quichua con 3 *yachac* y 20 indígenas de las provincias de la región andina (Imbabura, Pichincha, Cotopaxi, Tungurahua, Bolívar, Cañar, Azuay, y Loja).

En la página siguiente se presenta un croquis de las áreas de estudio, en las distintas provincias de la región andina del Ecuador.

³¹ Trabajo realizado con Pedersen, D., Landázuri, H., Maldonado C., y Males, A.

³² Trabajo realizado con Pedersen, D., Jérez, A.

³³ Trabajo realizado con Transito Chela

³⁴ Entrevistas realizadas con Juan José Lligalo, líder indígena y *yachac* residente en esta comunidad.

³⁵ Trabajo realizado con Yáñez, V., Yuquilema, P., Curuchumbi, M., y Marcatoma, H.

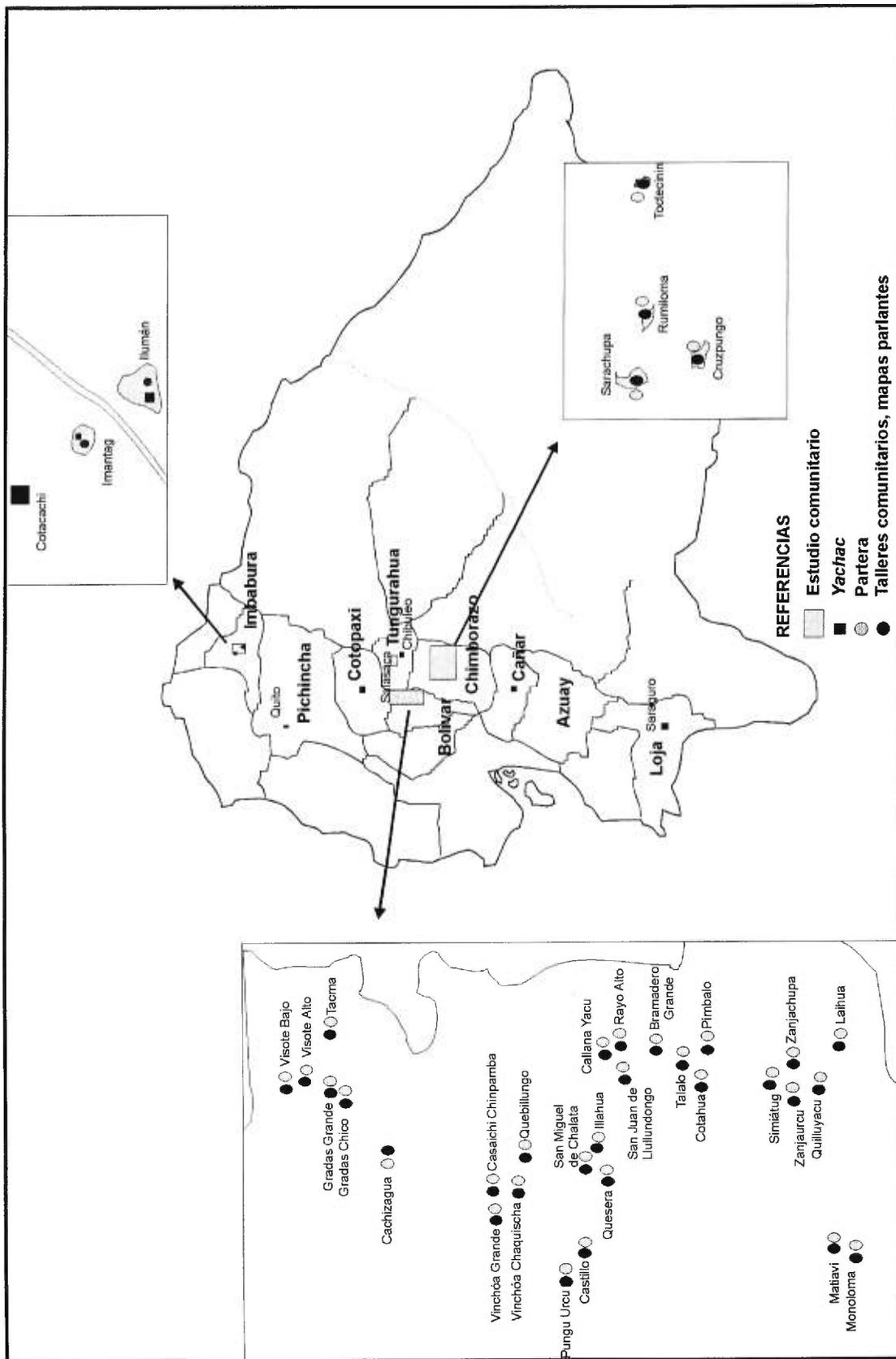


Figura 2. Croquis de las áreas de estudio en distintas provincias de la región andina del Ecuador

8. Aproximación metodológica y tipo de análisis

La aproximación metodológica fue centrada inicialmente sobre dos perspectivas:

La primera consistió en buscar una distancia relativa a los métodos clásicos de la salud pública, por ello adoptamos la definición de estudios de caso (Babbie, 1973; Pelto, 1978) o sea la colecta de la mayor cantidad de datos sobre el sujeto de estudio para lograr una descripción lo más completa posible, así como para determinar la interrelación lógica de sus variados componentes en una situación social compleja.

Estos estudios fueron realizados dando preferencia a los métodos de la antropología y de la epidemiología sociocultural, pues nos interesaba el conocimiento de los mecanismos de producción de las enfermedades, a partir de lo que la gente dice y hace con respecto a la prevención de enfermedades, al mantenimiento y a la recuperación de la salud. De allí que se trabajó con el método inductivo a partir de las nociones y categorías populares o nativas y propias sobre la salud y la enfermedad, adoptando un abordaje émico a la realidad.

Esto dio paso a la adopción de una segunda perspectiva, ésta se inscribe dentro de la llamada teoría empírica ("*grounded theory*") propuesta por Glaser y Strauss (1967) que fue retomada por Miles y Huberman (1984), Lincol y Guba (1985, 1989) y Patton (1987, 1990). Esta se inspira en diversas disciplinas de las ciencias humanas, y se caracteriza por la importancia que se le da a la experiencia subjetiva de la gente, más que a sus comportamientos. Se interesa sobre el sentido que la población da a sus experiencias y busca a hacer emerger el contexto sociocultural subyacente a las realidades que ellas describen. (Patton, 1990). Como su orientación es eminentemente cualitativa, lo esencial de esta propuesta metodológica consiste en:

"...definir los elementos de importancia y sus interrelaciones en una situación social dada, no a partir de un esquema conceptual establecido formalmente a priori, mas sobre el terreno." (Laperrière, 1982: 35)

Una de las preocupaciones centrales durante todo el proceso de investigación, fue centrado en la comunicación y los lenguajes, en la medida que son evocadores del sentido y significado (Kelly, 1989), así como son capaces de expresar el sentido común (Bibeau, 1991), constituyéndose en sí una de las vías de acceso fundamentales para la comprensión del *mundo* indígena.

Respecto al principio de “muestra” para la realización del estudio, también se asumió una doble perspectiva, por una parte se definió un universo finito de población dado por el conglomerado demográfico y de habitación dentro de la definición municipal de “comunidad”, que permitió establecer la dimensión cuantitativa de los problemas de salud (bajo indicadores específicos). En este caso se buscó circunscribir una población con cierta homogeneidad cultural, mas, también sujetos a un proceso sociohistórico, político y económico con características comunes, (“*typical case sampling*”), definido por Patton (1990).

De otra parte, y especialmente bajo una orientación cualitativa, se fue incrementando el universo de población hacia otras áreas de la región andina, lo que Patton (1990) llama la construcción de una muestra en “bola de nieve”. Esta perspectiva, permitió no solo ampliar el espectro de la información, sino también observar las variaciones intraculturales del fenómeno estudiado. Los límites fueron dados por la saturación de la información a partir de la repetición de determinados tópicos (Bardin, 1977), que fue finalmente el medio que permitió pasar de lo individual a lo social en la medida que “...*lo social es quien se expresa a través de las voces individuales*” (Berteaux, 1986:28).

La posición adoptada en el trabajo etnográfico no fue el de privilegiar el pensamiento científico occidental como una respuesta a la cuestión de como los otros deben ser entendidos, sino a partir de que el problema del conocimiento antropológico está más en el proceso de cómo los datos etnográficos son constituidos como tales en los escritos de las etnografías (Bonn, 1980; Marcus y Cushman, 1982; Clifford, 1983; Clifford y Marcus, 1986; Strathern, 1987).

Esto fue dado por las posiciones adoptadas en el trabajo de campo y en la escritura del texto etnográfico, es decir la “desaparición” explícita del etnógrafo y la reaparición activa del mismo como autor de un reporte sobre los otros, donde la cultura no fue pasivamente aprehendida sino construída a través del diálogo y la negociación.

De alguna manera, la experiencia en el trabajo de campo nos hizo transcurrir por los paradigmas identificados por Clifford (1983): el modelo de la observación-participante (a partir de la experiencia de Malinowsky), el modelo interpretativo / hermenéutico (encabezado por Geertz), y según Crapanzano (1986) y Fisher (1986), estos modelos fueron reemplazados por el modelo discursivo o dialógico representados por Rabinow (1977) y Rosaldo (1984).

8.1. Instrumentos de investigación y recolección de datos

Debido a la ausencia de indicadores locales de salud, se vio la necesidad de buscar la información cuantitativa esencial para la determinación de valores en cada comunidad, para ello se realizó una cartografía y un censo de población y vivienda en cada comunidad. Sobre el universo de población se diseñó una muestra aleatoria al azar sobre las que se aplicaron encuestas transversales de morbilidad materno infantil y mortalidad materno infantil.

Las encuestas de morbilidad estaban constituidas por una cédula matriz que indagaba sobre mortalidad percibida (sobre enfermedades comunes y graves) y la morbilidad sentida por miembros de la unidad familiar (en las dos últimas semanas previas a la aplicación de la encuesta), así como tres otros módulos, a saber: el módulo de caso materno, el módulo de caso infantil, y un módulo de consulta.

Cada módulo de caso consistía en un cuestionario opcional aplicable en cada evento de enfermedad vivido por cada persona que se reportó con problemas de salud, lo que permitía relevar la frecuencia y distribución de enfermedad sentida por la población

(registrada según la denominación propia de la población), así como las iniciativas adoptadas para la consulta del problema. El módulo de consulta permitía relevar el volumen de consultas efectuadas, la secuencia de las mismas, la frecuencia y tipo de medicación, el sitio donde se efectuó la consulta, los costos de consulta, así como el resultado final del tratamiento adoptado y el grado de satisfacción / insatisfacción por el servicio recibido.

Respecto al estudio de la mortalidad materna e infantil se aplicó una encuesta que indagaba la causa de muerte (según interpretación de la población), la sintomatología presentada durante la enfermedad terminal, recursos de salud consultados y tratamientos recibidos por el paciente. La información relevada por medio de esta encuesta fue complementada a nivel cualitativo mediante la técnica de la autopsia verbal, esta consiste en una entrevista grupal en profundidad a los familiares cercanos del fallecido, lo que permitió una mejor aproximación émica al problema, pues permitió la reconstrucción de los eventos de enfermedad que condujeron a la muerte del enfermo y la experiencia familiar en torno a ella.

A nivel del estudio de sistema no formal de salud, se utilizaron técnicas de observación participante, entrevistas semi-estructuradas y seguimiento de casos (pacientes que consultaron los curanderos o parteras).

En total se realizaron entrevistas de información básica a 78 curanderos y a 88 parteras, dentro de los cuales se re-entrevistaron en profundidad y observación participante a 21 curanderos y 68 parteras. Teniendo en cuenta que las autobiografías étnicas revelan una triple exploración de lo que es etnicidad, hay en primer lugar afirmaciones cognitivas, otras son que exploran procesos análogos como los sueños, finalmente las autobiografías juegan como procesos semejantes a la transferencia psicoanalítica (Fischer, 1969), en las entrevistas en profundidad se registraron las historias de vida (historia familiar y personal, elección para cumplir el rol de curandero o partera, contenidos, métodos y prácticas durante la formación, cosmovisión y significados del proceso de curación).

Este trabajo se complementó con el acompañamiento continuo (3 años) de las actividades de los *yachac* Rafael Flores Guerrero (Cotacachi, provincia de Imbabura) Juan José Lligalo (Chibuleo, provincia de Tungurahua) y Carlos Grefa, (Tena, provincia de Napo).

En las provincias de Imbabura y Tungurahua, se realizaron entrevistas en profundidad sobre la concepción de la muerte. Además de la información general obtenida (a partir de las entrevistas a curanderos y parteras), entrevistamos también a diez indígenas “resucitados”, es decir personas que habían sido consideradas como muertas y que en un plazo no mayor de 24 horas habían revivido. Algunos de estos relatos posteriormente fueron dibujados, lo que nos permitió ver el ciclo vida y de la “muerte”, así como la representación de los conceptos “infierno”, “purgatorio”, “cielo”, “diablos”, etc. que son palabras tomadas del cristianismo pero cuyos significados son diferentes y guardan otros principios y conceptos en la cultura indígena.

El diario de campo fue uno de los instrumentos principales que acompañó todo el proceso de investigación centrado sobre tres aspectos:

- la descripción de cada comunidad, sus antecedentes históricos, la organización social y política, la cultura local y microregional, la vivienda, clima, los recursos económicos locales, comercio, las relaciones interétnicas, etc.
- las unidades familiares tipo: uso del hábitat, alimentación, actividades laborales, microeconomía, concepciones y valores sociales (incluyendo los de salud).
- el rol de los agentes populares de salud: el curandero y sus diversas especializaciones o jerarquías, las parteras, y otros agentes de salud (como la familia, vecinos, el boticario, etc.)

En las comunidades de Sarachupa, Rumi Loma, Cruz Pungo, Lacta Pamba y Toctecinin de la provincia de Chimborazo (situadas en la zona central de región andina), se inició la experiencia del trabajo de grupos donde realizamos debates sobre los problemas de salud de la gente y la búsqueda de solución de los mismos. Esta experiencia nos aproximó hacia la corriente de la investigación participativa (De Schutter, 1985; Fals Borda, 1986; Goyette y Lessard-Hébert 1987; Himmelstrand, 1978; Huizer, 1979; Le Boterf, 1980,

Moser, 1981) lo que nos permitió una retroalimentación rápida de la dinámica de los procesos locales de salud, a partir de la discusión en grupos específicos (madres, líderes, curanderos, etc.).

La metodología de trabajo con grupos de la comunidad (posteriormente llamados grupos focales) tomó en cuenta los principios de la investigación acción (Bosco Pinto, 1976; Freire, 1978; Moser, 1978; De Schutter, 1985). Esto nos permitió tener una información más dinámica de los eventos de salud-enfermedad debido a que las discusiones fueron centradas siempre sobre la experiencia personal o casos reales acontecidos en la comunidad, y estos relatos no se centraban en un caso particular sino a la secuencia de problemas y al contexto donde éstos se producían. Se buscó complementar el conocimiento especializado dado por los curanderos y las parteras³⁶, con el saber popular o el conocimiento sustentado por la población dentro del sentido común. Los instrumentos utilizados se limitaron a la confección de guías de discusión para cada grupo (al máximo se realizaron 5 ó 6 preguntas inductivas sobre el tema) durante el debate se realizó una grabación que fue transcrita en lengua materna y luego traducida al español.³⁷

Los grupos de discusión fueron complementados con los talleres comunitarios. Estos eran grupos que priorizaban la acción, es decir que de lo discutido como problema se implementaban o experimentaban las alternativas de solución propuestas por la gente.

³⁶ En las comunidades seleccionadas de la provincia de Chimborazo no encontramos parteras, pues el parto era realizado por la mujer sola, o en la mayoría de los casos con la ayuda del marido.

³⁷ El trabajo con los coordinadores se realizó mediante encuentros periódicos regulares durante todo el trabajo de campo, consideramos que éstas eran las personas claves de todo el proceso investigativo y a las cuales debíamos aportarles todo el apoyo para el mantenimiento de la calidad del trabajo. En general la tarea consistía en una especie de “transferencia” metodológica, es decir la reflexión inicial en torno a las técnicas a ser implementadas, luego realizábamos de manera conjunta un análisis de los resultados de la aplicación de las mismas y según la experiencia se modificaban determinados aspectos. Es decir era una práctica sobre la cual extraíamos conclusiones, para luego retornar a la práctica, lo que nos colocaba junto a los coordinadores en una posición de búsqueda sistemática de las maneras de efectuar el trabajo, y el hallazgo conjunto de resultados, que nos permitía diseñar nuevas guías de discusión o momentos de trabajo de mayor profundidad. Los indígenas seleccionaban lecturas variadas sobre una amplia variedad de trabajos que nosotros les ofrecíamos, y posteriormente hacíamos referencia a ellos en los momentos de discusión de interpretación de los hallazgos

El taller comunitario es un ámbito donde la población se reúne a discutir y trabajar, es por excelencia uno de los métodos de investigación cualitativa más difundidos y utilizados por las organizaciones no gubernamentales y comunitarias de América Latina. Resulta difícil situar sus orígenes, siendo que su gran expansión aconteció en las tres últimas décadas posiblemente debido a la influencia del método reflexivo - crítico propuesto por Paulo Freire y que fueron aplicados en los proyectos de educación y salud popular.

El taller comunitario es un grupo de trabajo activo que se realiza mediante encuentros periódicos para el desarrollo de actividades de investigación, intercambio de experiencias, organización, evaluación, planificación, confección de materiales y medios de comunicación popular. Dentro de la concepción de la investigación participante, el taller comunitario constituye el medio por el cual se entregan y discuten los resultados de las investigaciones.

El referente fundamental de los talleres, parte de la discusión y análisis general de los problemas comunitarios, y cuyo punto de partida es el conocimiento que los diversos miembros de la comunidad tienen sobre los mismos. Este primer momento se constituye también en un encuentro de los modos de observar y comprender la realidad frente a un problema puesto en común. Adquiere la dimensión de un encuentro epistemológico entre la cultura y conocimientos del investigador profesional con la de la población, como en la selección de variables, definición de indicadores, o categorías de análisis, etc.

El Taller Comunitario es conducido por un miembro de la comunidad (denominado coordinador, promotor, animador, etc.) con capacidad para orientar los debates y sistematizar las conclusiones que emergen de las reflexiones.

En el esquema siguiente se presentan los componentes esenciales y sus relaciones en el taller comunitario.



Esquema 8: Estructura y relaciones de trabajo en el Taller Comunitario

Los investigadores externos a la comunidad tienen un rol activo mediante la observación participante, como también en el apoyo a los coordinadores de los talleres especialmente en la identificación de como la cultura realiza las operaciones de representación, las operaciones de relación y las operaciones ligadas a la acción, que contribuyen al desarrollo del pensamiento reflexivo.

En nuestra experiencia esta metodología fue utilizada bajo ciertas condiciones:

- Contexto favorable. En la población quichua las reuniones familiares, grupales, y comunitarias son una práctica corriente para discutir los problemas y adoptar decisiones.
- Consenso. Esta metodología requiere una capacidad de convocatoria y un consentimiento social, lo que implica un alto grado de interés, confianza y respeto, no solamente a las personas, sino al contenido mismo de las propuestas y sus fines.
- Capacidad de los coordinadores. Derivado de las condiciones mencionadas anteriormente, las personas más calificadas para asumir este rol son los miembros de su propia cultura (y muy difícilmente un “investigador” o “técnico” externo) especialmente aquellos que tienen capacidad de liderazgo y que pueden responder sobre los resultados de este proceso.
- Resultados. El carácter del debate o acción requiere un resultado concreto inmediato. En nuestro caso los talleres fueron orientados a producir materiales gráficos y

educativos o tareas concretas en la comunidad, por lo que las reflexiones y debates fueron siempre orientadas a la resolución de un tipo de problema.

- Comunicación. Es obvio que no solamente la comunicación se realiza en lengua nativa, mas se requiere una gran capacidad y experiencia en la participación en los debates debido a los frecuentes periodos de discursos simultáneos de todos los participantes.

En la práctica el Taller Comunitario se articula con el Mapa Parlante, para profundizar la recolección de datos o los análisis obtenidos de manera preliminar.

Los “mapas que hablan” es un método que se fundamenta en los principios de investigación - acción, y consiste en la investigación y realización de una serie de afiches murales (de 1 x 2 metros o más) que representan distintos aspectos o problemas de la comunidad.

La experiencia original fue desarrollada por la Fundación “Colombia Nuestra” con las comunidades indígenas *Páeces* del valle del Cauca, al sur de Colombia, dentro del contexto de un programa de educación de adultos.

*“Lo que se requería era un soporte material, más material que la palabra oral u escrita y que debería ser apropiado y manejado libremente por ellos (la población) en las precarias condiciones de su existencia cotidiana. Uno a uno fueron desechados los sistemas que habíamos usado en otras oportunidades (historietas, diapositivas, cine, etc.) no sólo por las dificultades técnicas y económicas, sino por que su naturaleza de ayudas visuales no compaginaba con el requerimiento de un mecanismo que permitiera recrear objetivamente el proceso y la realidad de su pueblo.(...) Es bien conocida la forma eminentemente descriptiva y narrativa del discurso popular de la población, la cual es generalmente aceptada como forma de transmitir un **saber acumulado**, sin aparente relación con su gestación. Sin embargo la observación de cómo el continuo intercambio de esos largos discursos da lugar a la decantación de nuevas verificaciones, de nuevos análisis, de nuevas ideas, nos convenció que esa forma descriptiva y narrativa constituye para la población una vía privilegiada no sólo de transmitir, sino de producir conocimiento. Esto permite establecer cómo la materialidad que impregna los relatos orales de los hechos y las cosas, no implica una ausencia de*

conceptualización, sino una forma distinta de hacer teoría a partir de la realidad (y) les facilita su tarea de investigar en forma continua su realidad y la del mundo que le rodea” (Bonilla, V. 1980 : 151)³⁸
(Subrayado del autor).

Esta experiencia fue repetida en el Ecuador a partir de 1981, donde se trabajó con la población indígena quichua a nivel nacional, dentro del Programa Nacional de Alfabetización, lo que permitió elaborar una periodicidad histórica a partir de la visión indígena quichua³⁹.

El mapa que hace hablar consiste básicamente en una representación de la comunidad o región, y en la que se integran los elementos geográficos y del medio ambiente, las viviendas, familias, servicios públicos, etc. De acuerdo a los temas seleccionados se dibujan los elementos o factores que intervienen en los problemas, y éstos son representados en escenas mediante dibujos realizados por la población.

Por ejemplo, se colocaba un signo convencional (definido localmente) en cada casa que representaba cada niño muerto, se dibujaban las personas enfermas en ese momento, etc. esto nos permitía mostrarnos y mostrarse a sí mismos la magnitud de los problemas de una manera visual pues en la mayoría de las comunidades el analfabetismo era de casi el 100%. Era también la aplicación práctica de una epidemiología social, pues no se establecían cifras ni indicadores, y fundamentalmente el trabajo era dirigido a la población, es decir a quiénes vivían los problemas, y no para la elaboración de datos que solo eran objeto de curiosidad estadística.

³⁸ Los primeros mapas realizados tomaron como sujeto a la historia política de los *Páeces*, y con el objetivo de dilucidar la naturaleza y las causas de la discriminación que la sociedad nacional colombiana mantiene sobre las minorías indígenas, se realizó una investigación ethnohistorica que estableció una periodización a partir de la visión y experiencia de los indígenas. Así se confeccionaron 7 mapas que describieron los eventos políticos vividos en ésta región indígena, en los siguientes periodos: 1920 a 1970 (“El Cauca indígena y la consolidación de Colombia”), 1910 a 1920 (“La Quintilada”), siglo XIX (“Cuando nace Colombia”), siglo XVIII (“El país Páez en tiempo de Juan Tama”), siglo XVIII (“Bajo la dominación extranjera”), 1535 a 1623 (“Las guerras de liberación indígena”), y sobre la vida de la región hacia el año 1535 (“Así era nuestra tierra”).

³⁹ En el CIEI se realizaron investigaciones para establecer esta periodización, finalmente se definió la realización de los siguientes mapas: 1. SXX (quiénes somos) 2. S.XIX 3. Colonización española 4. Incario 5. Pre-Incario (los orígenes).

El mapa en sí fue un instrumento de indagación y reconocimiento propio, fue un esfuerzo sintáctico y de síntesis de volcar su propia realidad en un espacio de dos dimensiones, fue reconstruir la comunidad con su propia visión a partir de las experiencias vividas y luego analizar esta realidad a partir de una lectura global desde una perspectiva comunitaria.

El mapa en sí mismo era una etnografía representada por la propia gente, y donde la oralidad complementaba esta expresión simbólica. Los mapas quedaban en cada comunidad en un sitio público para que la gente continuase escribiendo su realidad, y para que el mapa hablase a las personas de esa realidad.

El valor fundamental de ésta metodología consiste en que la investigación se dirige hacia la propia población, y a diferencia de la investigación académica, la expresión cultural no requiere una traducción hacia la cultura o ciencia occidental. Tanto los códigos de representación y comunicación popular, como su lógica interna, son tomados en su expresión original, lo que permite que las capacidades de lectura y escritura de la población se torne secundaria para el desarrollo de la investigación - acción.

La elaboración y lectura grupal de los mapas (incluso de las personas que no han participado en su elaboración) genera o estimula la reflexión y discusión colectiva de los contenidos, lo que estimula los comportamientos activos de la población en la medida que se objetivan los diversos aspectos de una problemática determinada, por ello, los mapas se convierten en un instrumento de planificación estratégica para los grupos organizados de la comunidad.

El tipo y número de mapas depende de los temas investigados, de otra parte, la representación de la integridad de los problemas depende del grado de profundidad de los análisis y de los alcances conceptuales que se van logrando en diversas sesiones de trabajo.

Esta metodología permite un trabajo integrado entre los investigadores y la población, donde es posible la obtención de datos específicos y de interés particular de los

investigadores profesionales. Por ejemplo: luego de la confección de un mapa de una comunidad es posible de realizar un censo de población en el mismo local de trabajo, si se solicita que cada vecino represente su familia en cada casa dibujada, los investigadores pueden llenar sus planillas a partir de los datos representados.

Debe aclararse que los investigadores requieren algunos datos seleccionados para sus estudios, sin embargo esto no significa que debe limitarse o cerrarse el trabajo de levantamiento de la información cuando hayan cubierto sus necesidades. La población no está sujeta ni al tiempo, ni a las necesidades de los investigadores, por ello en nuestra experiencia hemos observado que la información provista por los mapas superan en cantidad y calidad a las informaciones recogidas por instrumentos clásicos como la encuesta.

De otra parte, la presencia simultánea de diversos tipos y calidad de información es fundamental para que la población ponga en común su conocimiento y amplíe sus horizontes (espaciales, conceptuales, capacidades analíticas, etc.) que permita una extensión de la visión individual de los problemas a una visión colectiva.

En el caso de comunidades de gran envergadura, se constituyeron varios grupos de trabajo, de acuerdo a los barrios, sectores sociales o culturales. En cada caso se realizaron mapas sectoriales, y luego el conjunto de mapas fueron agrupados para una observación del total de la localidad. Cada grupo de trabajo (entre 15 y 30 personas) precisó de un coordinador seleccionado por la propia comunidad.

En el Anexo I se presentan dibujos elaborados luego de la discusión y análisis de las enfermedades en grupos de mujeres, así como un ejemplo de un mapa parlante.

En general el proceso de investigación realizado en las comunidades incluyó la búsqueda bibliográfica, a nivel local se consultaron las fuentes documentales en las parroquias locales, oficiales civiles y de salud, así como también se realizó la búsqueda de archivos históricos en la biblioteca de la Compañía de Jesús (Quito).

Otros medios auxiliares de investigación fueron el uso de grabadoras y de videotape. En 1982 con un equipo de cineastas realizamos el vídeo *Yachac tucunamanta* (como ser un sabio), que describe el proceso de formación de los *yachac* de Ilumán.

A manera de síntesis, los métodos utilizados durante el proceso de investigación fueron los siguientes:

Con el objetivo de dimensionar el problema de enfermedad y desde la perspectiva epidemiológica, se obtuvieron datos cuantitativos mediante encuestas de morbilidad y mortalidad en una muestra de población (aleatoria). Para estimar los denominadores que permitieran obtener las tasas de los indicadores vitales se realizó un censo de población en las comunidades seleccionadas. Para estimar los subregistros oficiales de natalidad y mortalidad se obtuvieron datos de las oficinas locales del registro Civil. La información cualitativa del problema salud-enfermedad, que implica la percepción y evaluación de la situación por parte de la población, fue obtenida mediante las entrevistas grupales, el trabajo de grupo de madres, talleres comunitarios y el mapa parlante (en el que se situaban los problemas relevantes para la población).

A partir de la frecuencia de las enfermedades (percibidas y sentidas) se relevó información sobre cada una de ellas en dos niveles: a nivel del conocimiento familiar, mediante la realización de talleres comunitarios con grupos de madres, y a nivel del conocimiento de *yachac* y parteras. Entre estos últimos fueron caracterizados según sus áreas o ambitos de trabajo y experiencia, a partir de entrevistas que se orientaban al relato autobiográfico, así como a la observación y participación en los rituales terapéuticos. Respecto a las enfermedades más frecuentes, se obtuvo la información de las mismas mediante entrevistas, representaciones dibujadas, y la observación directa de su intervención en cada una de ellas.

Las acciones de la población frente a la enfermedad, fueron relevadas mediante las historias de casos de enfermedad, así como la observación directa por el seguimiento de pacientes en sus itinerarios terapéuticos.

Se obtuvo la descripción de las enfermedades graves, asociadas a los casos de muerte, mediante entrevistas familiares, donde se reconstruyeron los eventos del proceso de la enfermedad y muerte (autopsia verbal). Para la comprensión del evento de “muerte”, se realizaron entrevistas a “resucitados”, o personas que vivenciaron esta situación.

La información de enfermedad fue contextualizada con la situación social, económica y política de los quichuas, en las distintas realidades locales. Esta situación fue descrita y analizada en los talleres comunitarios con dirigentes de organizaciones locales y descrita los mapas parlantes (la vida cotidiana de la comunidad, la visión histórica del pueblo indígena elaborada icónicamente por ellos mismos).

La historia social y cultural de los quichuas fue obtenida en distintas fuentes bibliográficas.

El diario de campo permitió agrupar la información respecto a la etnografía general, para luego preferenciar la etnografía focalizada. A partir de las explicaciones populares de la cosmovisión, la concepción del cuerpo, el “espíritu”, etc., se buscó profundizar la misma, mediante entrevistas a *yachac* y parteras.

9. Tratamiento de la información y análisis de los datos

Como fue señalado anteriormente el análisis de los datos fue realizado en etapas sucesivas. Mas para el tratamiento de la información se utilizaron diversos procedimientos que, esencialmente, dependieron de la naturaleza de la información.

9.1. Validación de los datos

El procedimiento de base utilizado fue el de diferenciar la información cuantitativa de la cualitativa. Si bien, estas fueron tratadas de manera simultánea, se adoptaron dos procedimientos: 1. En el caso de las encuestas de salud, se retomó una muestra aleatoria al azar equivalente al 10% de la población encuestada, en la que se reaplicaron los instrumentos de encuesta (validación externa); 2. Sobre la información cualitativa, esencialmente basada en entrevistas a la gente, se realizó un análisis de consistencia y de coherencia.

Este último se trata de un análisis global que se orienta a observar la integridad de las de las entrevistas, es decir si existe una continuidad del relato o testimonio, si la narración no contiene contradicciones fundamentales sobre los temas de base tratados. Aquí se entiende como una información contradictoria a las respuestas con significaciones y sentido diferentes a preguntas cruzadas que indagan sobre el mismo tema. De otra parte a medida que la experiencia de investigación se profundizó, la calidad tanto de las preguntas, como del dominio del tema tratado, permitió disminuir los sesgos probables debidos al falseo de la información (Salamone, 1984).

En general no se encontró grandes dificultades en este nivel, probablemente debido, a dos situaciones: por una parte, a las precauciones tomadas en el sentido de explicitar claramente los objetivos y el sentido de la investigación y de las entrevistas, de otra parte, las entrevistas siempre fueron realizadas con indígenas bilingües. Usualmente personas oriundas de la comunidad, con ciertos grados de liderazgo y respeto comunitario, y la mayoría de las veces fueron personas indicadas por la propia población para su entrenamiento en investigación (validación interna o intracultural).

El análisis se realizó a partir de la transcripción completa de las entrevistas, en el caso que esta era realizada en lengua quichua (la gran mayoría de los casos) se realizó una traducción al español por los propios indígenas entrevistadores.

En el caso del trabajo con los grupos comunitarios y los talleres comunitarios, se procedió de la misma manera, mas, la integralidad de la información se manejó de manera dinámica debido a que el mismo método facilitaba la complementariedad de los discursos. Esta polifonía era orientada bajo temas que eran propuestos por la misma población, luego el coordinador⁴⁰ actuaba como reorientador de los debates para centrarse en los temas de investigación.

9.2. Organización de la información

La información cuantitativa fue agrupada según cada ítem predefinido, para su análisis estadístico que fue limitado a la obtención de tasas de indicadores de salud (fertilidad, natalidad, morbilidad y mortalidad).

La información cualitativa requirió mayores esfuerzos debido a la dimensión y calidad de la misma. De las entrevistas iniciales, se realizó un primer tratamiento de los contenidos específicos sobre temas ejes o ideas fuerza que permitieron orientar los temas subsiguientes en dos dimensiones: 1. Ampliación del horizonte, es decir la extensión hacia los temas conexos a partir de la problemática de la salud; y 2. Profundización específica del tema de la salud-enfermedad. Estas dimensiones dieron origen a un crecimiento arborescente de los temas, debido al establecimiento de la necesidad de nuevos conocimientos, o de la discriminación en profundidad de temas que requerían una mayor comprensión.

Estos temas ejes recibieron un tratamiento específico según sus contenidos y el tipo de conocimiento. Por ejemplo, en el caso de la información sobre la concepción del ciclo vital, se realizó una definición de categorías diferentes según las distintas fuentes de información: los curanderos centraban su narración en una dimensión filosófica basada

⁴⁰ La condición de indígenas bilingües permitió esencialmente una mejor interpretación semántica de las discusiones. Por otra parte, esta consición abrió la posibilidad de aportar información externa a la comunidad sobre aspectos que difícilmente hubiesen sido accesibles a la población.

en la cosmovisión indígena; las parteras pivotaban entre estos conceptos y los principios vitales del cuerpo humano y la naturaleza, (a éstos podríamos identificarlos como conocimientos más especializados) mientras las madres asociaban más su discurso a las condiciones materiales de vida, sus riesgos durante el embarazo y el parto, la vida familiar y comunitaria (el saber popular).

El tratamiento específico hace referencia al hecho que según cada fuente de información se establecieron distintas categorías de análisis de contenido, y que permitió obtener un espectro de conocimientos sobre un mismo tema. Para evitar la homogeneización de la información, estas categorías fueron dispuestas en un cuadro mural (análisis en sábana) que permitiera realizar una comparación entre las categorías.

9.3. Análisis de la información

La información cuantitativa fue agrupada según los universos de población estudiada y por comunidad. Los resultados se orientaron a establecer datos demográficos, tasas e índices según los indicadores clásicos de salud.

La información cualitativa requirió mayores esfuerzos, especialmente en la definición de categorías de análisis que buscaron guardar la mejor compatibilidad posible con la cultura quichua. Estos datos fueron tratados como segmentos especiales de información, como por ejemplo las autobiografías de parteras y *yachac*.

Sobre el universo estudiado se establecieron comparaciones en cuanto a sus capacidades de intervención en problemas de salud, mientras que sobre alguna información específica, como las definiciones y procesos para asumir el rol de *yachac* o partera, permitieron llegar a un nivel descriptivo de estas circunstancias. Las categorías de su rol pudieron ser organizadas de una manera compatible con la visión y la definición dada por la población.

Un primer nivel de análisis se realizó a partir de cada tema, cuya información se agrupó en “sábanas”. Las categorías emergentes orientaron sobre el tratamiento del tema específico, pues estas permitieron de mostrar las redes de asociación que permitían expresar el sentido de la información. Balandier (1957:7) dice que la comparación tiene un valor de una prueba, y esta comparación es solo posible a partir del momento que las historias corresponden a un tejido, por lo que el objetivo consiste en ver la trama del conjunto del *corpus*, y cuál es el hilo que lo teje. Mas, cuando ensayé de entrecruzar la información con otras “sábanas” se estableció una serie de desafíos debido a que:

- la organización de la información de manera cartesiana (con ejes *x* e *y* de la sábana) no permitía una compatibilización entre ellas. El discurso atravesaba el conjunto de la totalidad de la información,
- las categorías que debían agrupar la información de cada tema, ganaban en abstracción con el riesgo mayor de llegar a los límites de la ambigüedad,
- las categorías dadas a partir de la visión externa a la cultura no guardaban compatibilidad con la visión intracultural.

En alguna medida esto pudo ser resuelto a partir de dos situaciones: la primera, retomando las lecciones de Maruyama, mi posición fue la de ejercitar el pensamiento y la visión para pasar a trabajar en tres dimensiones, el segundo hecho, fue el de entender con mayor profundidad los principios de taxonomía y su dimensión semántica dentro del simbolismo indígena. A partir de esto elaboré categorías de análisis que fueron discutidas (y negociadas hasta lograr un acuerdo) con los indígenas, especialmente con aquellos que durante años compartimos la experiencia de investigación.

Estas categorías, lejos de ser más complejas resultaron simplificadoras, y por ende aglutinadoras, no de una linealidad de contenidos, sino más bien como puntos de convergencia de los contenidos que emergía del conjunto de la información. Por ello, más que un análisis final se puede hablar de la síntesis de la síntesis.

El análisis de los dibujos indígenas permitió establecer un punto auxiliar de encuentro y de referencia al discurso oral, pues la representación icónica de una tema fue en sí mismo no solo el tratamiento de un tema sino que en su propia ejecución, y por detrás del ejercicio figurativo, se encuentra la taxonomía, la jerarquía de valores y las categorías centrales del pensamiento, expresados en dos dimensiones (dadas por el lenguaje del dibujo).

Para la realización del análisis final se retomaron los análisis de base, estos fueron reagrupados según el tipo y la fuente de información. La principal información utilizada para el análisis fueron los relatos de episodios de enfermedad que se constituyeron como la materia prima para la identificación y comprensión de los sistemas de signos, de significados y de la acción de la población.

La información fue organizada a partir de las categorías de enfermedades propias de la población, y los relatos fueron agrupados según las descripciones realizadas, por una parte, por los *yachac* y parteras, y por otra, por la población que vivió cada episodio relatado.

El análisis fue orientado por la metodología utilizada por Corin y colaboradores en el estudio intercultural en el campo de las enfermedades mentales en países africanos (Corin *et. al.*, 1992).

En un primer momento el análisis de contenido fue realizado sobre la narración específica de cada enfermedad. Sobre cada una de ellas se aplicó un cuadro de análisis en tres dimensiones, cada eje fue definido de la siguiente manera $x = \text{significados}$ $y = \text{signos}$ $z = \text{acciones}$. Cada eje discriminó dos tipos de información, las categorías de tipo general, y otras subcategorías más finas o específicas. De esta manera se mantuvo integrado el conjunto de relaciones entre ellas, manteniendo una discriminación específica de cada elemento sobre cada eje.

De otra parte la consistencia interna de la descripción de cada enfermedad fue consolidada a partir de dos visiones complementarias, la de la experiencia vivida por la persona (que nutre el saber popular) y la de las personas con experiencia en el tratamiento de las mismas, los *yachac* y parteras (conocimiento “especializado”⁴¹).

El análisis semiológico permitió distinguir las categorías de los signos, que fueron agrupados en un extenso registro, estos corresponden a los tipos de manifestaciones que se expresaron a nivel de sensaciones (que van desde una simple “mala impresión” al miedo, dolor, malestar, etc.) y a nivel corporal (ubicación topográfica de la sensación).

Estos fueron categorizados de manera cronológica, lo que permitió agregar una cuarta dimensión al esquema de análisis, esto es la progresión de los signos en el tiempo (en la dimensión *espacio-tiempo*, según la visión indígena).

La diversidad de signos, su progresión, y la manera como son asociados durante la experiencia, permitió la emergencia de nuevas categorías, estas serían mas o menos equivalentes a lo que la semiología médica llama los *síntomas*. En este nivel los cuadros de problemas o enfermedades fueron adquiriendo la especificidad de su identidad.

Dentro del eje $x = \text{significados}$, se realizó un proceso semejante, mas, la diferencia esencial estuvo dado en el registro cronológico debido a que la percepción y sensación derivada de los signos, remite a la persona inmediatamente a la atribución de los significados de la *causalidad*. Evidentemente el modelo tridimensional de análisis a permitir “visualizar” el proceso de identificación de la multicausalidad. Se montó también un extenso registro sobre cada cuadro debido a la complejidad creciente de la asociación de signos con las atribuciones específicas de factores causales.

⁴¹ Llamo conocimiento especializado, también a la experiencia personal. La diferencia está dada por la elaboración de esa experiencia debido que al cumplir un rol de tratante del evento, problema o enfermedad, se establece una conceptualización sobre el conjunto de casos observados durante la práctica, al cual se adjunta una intencionalidad diagnóstica y de intervención del curso del problema. De otra parte esta experiencia es vivida por personas que tienen otras capacidades interpretativas y de acción diferentes a la de la población en general.

El eje $z = acciones$ fue tratado de manera similar. Esto implicó agrupar la variedad de reacciones, sean estas: emocionales, físicas, de protección o defensa, de pasaje o no a la acción, de incertidumbre, de recuerdo de experiencias previas, o de la toma de consciencia sobre la situación de pasaje al acto de sentirse enfermo. En este último caso, y según las experiencias previas o conocidas, el establecimiento de un autodiagnóstico.

El conjunto de los cuadros pudo mostrar así las patologías más frecuentes, así como su definición (conformación en el tiempo), su denominación y sus atribuciones causales. De otra parte sentó las bases para como un segundo nivel de análisis de la configuración y organización de los llamados sistemas de signos, significados y acción.

En este segundo nivel, se agruparon las frecuencias de síntomas y sus asociaciones causales según su carácter de significación. El registro de ellos mostró un gran espectro, como un *continuum* que presentaba puntos centrales (los síntomas) con límites más difusos que conectaban unos a los otros, en esta organización se evidenciaba los elementos que juegan un rol estructurante. A partir de los puntos de convergencia o “...*puntos nodales de la organización del sistema*, (permite entender que) *en cada uno de los niveles (signos, significados y acciones) se correspondan y esclarezcan los unos a los otros*” (Corin et. al. 1992), se pudo realizar una clasificación de tipos de enfermedades agrupados según las definiciones causales, según su gravedad, y su frecuencia.

Un nuevo cuadro multidimensional permitió agrupar el conjunto de lo que se denominaría “enfermedad”. El conjunto de enfermedades se constituyó como una taxonomía específica de la cultura, por lo que la definición de las categorías se centraron sobre ejes específicos. Estos ejes fueron construidos a partir de los campos relacionales entre los factores intervinientes en el proceso de la enfermedad, por lo que asumieron un carácter de paradigmas.

Para asumir esta definición fue necesario la convergencia de los análisis realizados sobre otros cuerpos de información. Como el proceso salud-enfermedad permea todos los aspectos de la vida de la población, el punto de partida de análisis de la enfermedad solo

puede ser entendido en el contexto social y cultural específico, por lo que la referencia de base está dada por la comprensión de las condiciones estructurantes de la sociedad y las bases ideológicas que fundan la misma.

Se realizó el análisis específico de la concepción del mundo quichua a partir de las narraciones dadas por los curanderos y parteras. El texto explicativo de la cosmovisión fue elaborado a partir de los núcleos conceptuales coincidentes de las versiones obtenidas, así como del ensayo de síntesis realizado por un indígena quichua⁴². De otra parte, la información obtenida y registrada en el diario de campo permitió caracterizar la sociedad quichua en términos de su organización y funcionamiento.

En el análisis final la información de la enfermedad fue agrupada sobre los ejes siguientes x = paradigma *aillu* (social), y = paradigma *pachamama*, y z = paradigma *cálido-fresco*. Estos tres paradigmas emergen como el punto de articulación del problema de la enfermedad con el contexto más amplio de valores y representaciones culturales y los sistemas de relaciones sociales que organizan la vida colectiva de los quichuas, es así como “...*la semiología popular representa el reflejo de los valores culturales dominantes (...) y constituyen un reflejo directo de los juegos políticos que dan forma a la vida comunitaria*” (Corin *et. al.*, 1992).

⁴² Luis Montaluisa, indígena oriundo de la provincia de Cotopaxi, con formación universitaria en lingüística y matemáticas.

CAPITULO 4

EL TEJIDO DEL UNIVERSO DE LOS QUICHUAS ANDINOS

La arquitectura del universo quichua

La vida de la población quichua constituye un universo cuya descripción implica un extenso volumen de información, por lo que para la redacción del presente documento adopté la perspectiva dada por la etnografía focalizada (Bibeau, 1994).

Esta implica jerarquizar los aspectos fundamentales de la sociedad que tienen una mayor vinculación con la delimitación del tema estudiado. En este caso la cuestión de la salud-enfermedad al articularse con numerosos aspectos de la vida social y que son objeto de un tratamiento simbólico, debe entenderse que el análisis del problema debe estar referenciado por los paradigmas de base de la cultura específica donde se busca comprender el problema.

La etnografía focalizada no excluye la necesidad de trabajar sobre una etnografía general de la cultura, sino todo lo contrario, debe pasar por ella para acceder a la comprensión del universo estudiado, mas en el momento analítico ciertos aspectos como: la concepción del mundo y el sistema de representaciones, los modos de organización socio-políticas y las relaciones interétnicas, el mundo del trabajo y la economía, las maneras de pensar, explicar y hacer las cosas cotidianas, las concepciones de espacio, del tiempo, del cuerpo, etc. que prevalecen y se entrelazan con mayor significancia al fenómeno estudiado, requieren ser retomados con mayor énfasis. Esta focalización no implica la reducción de las otras dimensiones, partes y aspectos de la cultura, sino que son retomadas con diversos énfasis según la fuerza de asociación explicativa de los problemas estudiados.

Para el presente análisis, consideré esencial retomar algunos procesos de la vida de los quichuas, a saber: el proceso histórico de definición y redefinición de la identidad, los aspectos fundamentales de la organización social y política de la población (y sus

vínculos con la sociedad más amplia), así como los aspectos más específicos del “mundo quichua” que hacen referencia a su cosmovisión, la concepción del espacio-tiempo, y la persona (cuerpo y “sombra” –equivalente al alma o espíritu-).

1. Definición y redefinición de la identidad

En la actualidad encontramos diversas concepciones y definiciones sobre la noción identidad que son motivo de discusión en el campo de la antropología, y que a su vez es extensivo y permeado por otros campos del conocimiento científico.

Erikson (1972), discute que la perspectiva de identidad psicológica, que si bien, parte del principio del ego⁴³, este es extensivo a otras personas o grupos, lo que conlleva a una relación directa con los conceptos de etnia y sociedad en la medida que la “consciencia de identidad íntima”, “seguridad” o “emancipación interior” (“identidad fuerte”) se reafirma dentro de la pertenencia a grupos de la sociedad, y corresponde, tanto a un proceso en el interior del individuo, como también, en el núcleo central de su cultura colectiva, que establece la identidad de esas dos identidades.

En otra posición frente al problema, observamos que el debate se extiende hacia las dimensiones económicas, sociales y políticas. Oriol (1979) sostiene que la identidad cultural remite al “principio de las nacionalidades”, ya que ésta es reivindicada por diversos grupos para afirmarse contra el Estado, o por los Estados para sancionar la inexistencia política de ciertos grupos, pues la identidad cultural semeja a la identidad nacional en la hora de la crisis de los Estados.

La necesidad de enunciar las diferencias de una cultura, sugieren el uso de la noción de identidad, como una manera en que la ciencia puede traducir la realidad de los hechos de manera coherente con la lógica de una teoría, es decir, se pretende constituir como una categoría de interpretación de acontecimientos y efectos de la relación entre diferentes,

⁴³ El autor hace referencia a los conceptos aportados por Freud.

bajo el riesgo de reducir la propia dinámica y complejidad de los hechos que suceden al interior de una población. No obstante, Lévi-Strauss planteó que:

“...habría que considerar que la identidad es un tipo de foco virtual al cual nos es indispensable referirnos para explicar un cierto número de cosas, mas sin que tenga jamás una existencia real. (...) Esta solución existe apenas en el esfuerzo de las ciencias humanas para ultrapasarse tal noción de identidad y reconocer que su existencia es puramente teórica: aquella de un límite al cual no corresponde en la realidad a ninguna experiencia” (Lévi-Strauss 1977: 332)

De manera resumida vemos que la discusión se establece hacia direcciones no necesariamente convergentes; los autores, desde diversas perspectivas buscan enfatizar en la necesidad de una definición, a veces tan extensiva, que le da una dimensión de principio, de categoría, o pueden colocarla como un sinónimo con el término etnia, mientras que por otro lado, se propone relativizar todos estos intentos. No obstante debe considerarse a la identidad como una construcción que tiene una correspondencia con los fenómenos de pertenencia y oposición.

Es necesario destacar que partimos de una noción (y por lo tanto imprecisa), que busca un estatus de evidencia, mientras que el campo semántico del término nos presenta una expresión, que manifiesta dos significados prácticamente opuestos.

De un lado, se remite a lo que es idéntico o parecido, opuesto a lo que es distinto, mientras que por otra parte, hace referencia al carácter de lo que es único y que se diferencia irreductiblemente de los otros: *“La identidad se propone así, al nivel mismo de su definición, dentro de la paradoja de ser a la vez lo que rinde semejante y diferente, único y parecido a los otros; ella oscila entre la alteridad radical y la similaridad total”* (Lipiansky 1986: 8).

Es en este doble carácter de la noción, donde se plantean los problemas para operacionalizar las definiciones, observándose que, en la mayoría de los casos el propio término identidad requiere ser complementado con otros sustantivos que le dan una cierta

especificidad o campo de pertinencia, como por ejemplo: identidad psicológica, identidad étnica, identidad social, identidad cultural, identidad nacional, etc.

La visión substancialista que entendía cada etnia como una entidad discreta, dotada de una cultura, una lengua, y de una psicología específica, fue siendo superada por la aproximación dinamista e inter-accional. Es así que los criterios propuestos por Narroll (1964) para definir el término grupo étnico, son los que cualifican una comunidad que:

- Se autoperpetua, en buena medida biológicamente;
- tienen en común valores culturales realizados fundamentales como una unidad manifiesta en formas culturales;
- componen un campo de comunicación e interacción; y,
- los miembros se identifican a sí mismos y son identificados por los otros, como constituyendo una categoría no reductible a otras categorías del mismo orden.

Estos criterios son revisados críticamente por Barth (1969), pues este autor considera que las categorías propuestas son ideales, en la medida que presuponen la existencia de una continuidad en el tiempo de tales unidades, mientras que el *locus* de los factores determinan la forma sobre las unidades. Por ello recomienda que los indicadores sean buscados principalmente en la realidad organizacional de la comunidad y en su atribución de identidad en la medida que ambos son poseídos al mismo tiempo (organización / adscripción). De esta manera se plantea que la comunidad preserva su organización e identidad étnica, en cuanto consigue prescribir para sus miembros los principios de orientación social marcados por valores propios de base étnica, y son éstos los que trazan concretamente sus propios límites de etnicidad en el relacionamiento con los otros, mientras que a su vez se autodetermina la condición de ser sujeto de un grupo étnico.

Lo que se entiende como frontera de un grupo étnico sería establecido por las regularidades de los patrones de conducta, que traduce la consciencia de pertenecerse a un determinado grupo social y de participar en la vida de su cultura, pues los comportamientos se actualizan en las situaciones interactivas con otras etnias en la

medida que ponen a prueba la organización del grupo y las instituciones centrales generadoras de valores de identificación.

Rodrigues Brandão (1986) subraya las conclusiones de Barth, recuperando la idea de proceso o de construcción de la identidad étnica, a la cual califica como una variante de la identidad social, pues destaca que son realizaciones colectivas motivadas o impuestas por razones externas o internas al grupo, y siempre e inequívocamente realizadas como un trabajo simbólico en su cultura y con su cultura. Como proceso (la identificación) y el producto (la identidad) del trabajo cultural resulta en la adscripción de significados de diferenciación social y étnica, por ello las identidades pueden ser generadas, preservadas, extintas o transformadas por las realizaciones cotidianas de su propia historia.

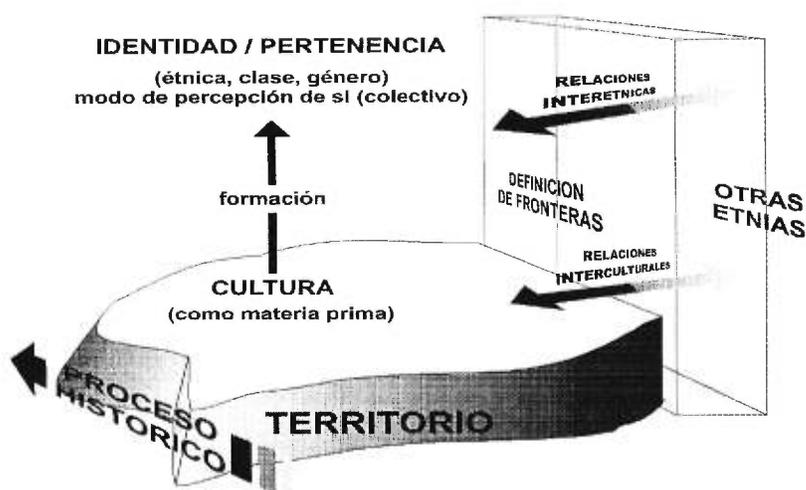
Otros autores proponen una noción de etnicidad indígena más amplia, que supere el énfasis que se coloca en la creación de límites y los criterios de auto-adscripción subjetivos, en este sentido se destaca que “...*la etnicidad es una construcción social en el tiempo, en un proceso que implica una relación estrecha entre reivindicación cultural y reivindicación política y que tiene como referencia última no solamente los otros, más también al Estado-Nación en el cual el grupo étnico (portador de tal reivindicación) está inserto*” (Ramirez Goicoechea, 1984: 219).

La identidad indígena puede ser entendida como la expresión de un proceso social y cultural, donde existe una noción del establecimiento de lazos de pertenencia dados por una percepción de la anterioridad, lo que le da un atributo histórico a este proceso. Mas, el contacto con otras sociedades, no solamente establece una percepción de la diferencia (lo que caracteriza a los unos y los otros) sino que también, en este contacto se ponen en juego las relaciones políticas y de poder (inclusive la guerra). El establecimiento de un sistema de relaciones desiguales da una dimensión particular a las diferencias, especialmente cuando se establece un rol de subordinación, lo que conlleva a la construcción de la especificidad oposicional que permea esta construcción de la identidad.

En términos de la adopción de un cuadro de referencia, para establecer el análisis de la identidad quichua, partimos del reconocimiento de un proceso complejo y continuo establecido entre la cultura y la etnicidad. De acuerdo con Beucage (1990), lo que distingue la identidad o la pertenencia étnica de otras identidades o pertenencias (clases, género, etc.) es la utilización de criterios culturales (lengua, modo de vida, valores), en lo cual se entiende que la cultura provee la materia prima para la elaboración de la etnicidad.

Este es un trabajo de selección, valorización, y organización, que implica el establecimiento de una acción intencional o consciente, como un modo de percepción de sí mismo, y que requiere necesariamente la existencia de los otros, en la que al mismo tiempo, se establece un trabajo análogo sobre la cultura de los otros.

Este proceso es el que permite establecer determinadas fronteras de identidad, que guardan distancias relativas según las características socio-históricas que adoptan las relaciones interétnicas e interculturales, en un territorio determinado. (En el esquema siguiente se observa una síntesis del proceso).



Esquema 9. Principales elementos de la noción identidad

Observamos que el proceso histórico se integra como una parte sustantiva en la configuración de la identidad constituyéndose como un elemento de análisis imprescindible para explicar el proceso actual en el que se encuentran los quichuas.

En el proceso histórico vivido por los quichuas, se pueden destacar algunos aspectos centrales respecto a la definición y redefinición de la identidad:

La coexistencia conflictiva es una constante que tuvo diversas características a lo largo de la historia quichua. De la relativa independencia mantenida entre los pueblos originarios, (entre los cuales se establecía el intercambio de productos, sierra-costa y sierra-montaña) también se destaca la existencia de rivalidades y conflictos entre ellos. Frente a la presencia de otros pueblos y etnias, venidos en condición de dominadores, luego de una resistencia activa, se estableció una coexistencia en un contexto con diversos grados de opresión, esta varió entre la coexistencia negociada, con intercambios de valores, costumbres, etc. (con los quechuas); hasta una opresión de tipo genocida (con la colonia española). Las situaciones encontradas entre estas variantes marcaron en la identidad, la actitud de defensa y desconfianza frente al otro, y la necesidad de apoyarse colectivamente al interior del grupo o pueblo de pertenencia.

Aún ante la ausencia de violencia física masiva, la coexistencia se mantiene dentro de determinados grados de tensión e inestabilidad, por lo que se la puede caracterizar como una situación de equilibrio crítico. En esta situación la negociación se torna un mecanismo permanente dentro de las estrategias sociales, tanto para mantener una distancia relativa que impida la imposición de los otros, como con una cercanía relativa a los mismos, para saber como lo están pensando hacer. Este proceso al interior de la coexistencia nos remite a la noción de fronteras.

Las fronteras identitarias, pueden ser establecidas en diversos niveles y ámbitos, es decir, que de la frontera simbólica establecida por la identidad, al establecimiento de fronteras físicas (como la de los territorios), encontramos una variedad de situaciones en las que pueden encontrarse, entre otras, las siguientes características:

- Movilidad: la distancia relativa con los otros se establece mediante límites móviles, de acuerdo a los caracteres puestos en común y los que establecen las diferencias. Por ejemplo: la frontera local de comunidad o pueblo, establece una primer denominación de identidad como los *Ilumán*, los *Peguche*, (de la región de Otavalo), etc.. El conjunto de pueblos y comunidades, constituye otro nivel de autoidentificación, los *Otavalo*, los *Cañaris*, etc.. Frente a otras nacionalidades indígenas son ya, los *Quichuas de Otavalo*, los *Quichuas de Bolívar*, y en el país frente a la sociedad blanco-mestizo, son genericamente los indios quichuas, donde el primer nivel de pertenencia pasa a ser secundario. En el exterior del país, se autodenominan indios ecuatorianos.
- Temporalidad: estas varían según el tipo y la naturaleza del contacto, y a las experiencias previas vividas en situaciones similares.
- Permeabilidad/rigidez: las fronteras como un espacio virtual, pueden estar permeabilizadas por elementos que circulan en ambos sentidos, de una parte la comunidad puede adoptar elementos que considere de utilidad y sobre los cuales realizará su propia experiencia, en la medida que tenga un margen de maniobra para ello, por ejemplo: el uso de tractores, ciertas técnicas médicas clínicas, el uso del lenguaje escrito, etc.. Mientras que de otra parte, esto permite a la otra sociedad que persuada o imponga determinados proyectos sobre la sociedad indígena, como la conversión religiosa, la publicidad que estimule el consumo, (mediante la radio y la televisión), las propagandas de los partidos políticos, etc.. La rigidez de la frontera puede ser derivada de las agresiones dadas por una intervención externa que es considerada como una violación territorial (como la muerte de empleados públicos en la construcción de la carretera que cruzó el territorio Salasaca), o considerada como una agresión a la población (como la muerte de los empleados que realizaban una campaña de vacunación en Bolívar).

Dentro de las estrategias de poder y de supervivencia, se observa que una de las constantes históricas ha sido el conflicto desencadenado por la presencia de un agresor externo. No obstante, gran parte de la ocupación territorial, y del ejercicio de la imposición de un modelo de dominación, estuvo determinado por las contradicciones

internas entre los pueblos nativos⁴⁴. La definición del enemigo externo, (esté o no presente) oculta las diferencias y contradicciones fundamentales, que existen al interior de los pueblos indígenas, lo que dota a la identidad de una serie de “fronteras” internas entre los sectores que componen un área cultural, donde posiblemente persisten ciertos elementos identitarios de las culturas originarias.

Si consideramos que todo proyecto de dominación es portador de un proyecto de poder, observamos que en el caso de la invasión quechua, aunque hubo considerables enfrentamientos militares, hubo una negociación política, que resultó en una distribución del poder entre el Incario y el Reino de Quito. En el caso de la agresión española, no hubo negociación, la imposición del poder para el establecimiento de una colonización (que impuso una formación económica-social basada en el feudalismo tardío), constituyó para los quichuas una experiencia caracterizada por la pérdida de la superestructura (política/económica), de la vida de un alto porcentaje de la población, y de las tierras.

El despojo como parte del proyecto de dominación⁴⁵, no buscó la aniquilación de la población (como en otros modelos de conquista realizados en el continente), pues ésta era esencial dentro del modelo político-económico establecido.

El sentido de la estrategia de resistencia, en su concepción más amplia, se constituye como una de las bases sociales y culturales de la población quichua; esta tuvo diversas manifestaciones, desde rebeliones y enfrentamientos militares, hasta estrategias de naturaleza adaptativa, que fueron las predominantes, en la medida que fracasaron los levantamientos. A éstas últimas, podemos situarlas a varios niveles, según Casagrande (1976) en un primer nivel, las respuestas se establecen a través de particulares estrategias sociales, económicas y políticas para enfrentarse con el sector dominante; en un segundo nivel, se perciben como estrategias de comportamiento empleado en las relaciones

⁴⁴ Tanto las campañas militares de los Incas-quechuas, como de los españoles, contó con el apoyo activo de los Cañaris, y de otros pueblos indígenas. Yuri Zubritsky (1979) al analizar la caída del Imperio Inca, destaca que las diferencias entre los pueblos indígenas, fue el factor estratégico fundamental del triunfo de los españoles.

⁴⁵ Cuando utilizo la palabra dominación, debe ser entendida en el sentido del proyecto del agresor.

interpersonales con los miembros del sector dominante. En este sentido podríamos entender al importante proceso de mestización que se produjo, como también, podemos entender que el mantenimiento y fortalecimiento de la identidad constituyeron un modelo de resistencia, en la medida que el espacio de retirada territorial era finito.

El fortalecimiento de la identidad estuvo dado en la preservación de la cosmovisión o de una concepción específica del “mundo indígena”, el mantenimiento de la lengua y de sus propios códigos de comunicación, de las formas organizativas con poder local (que implicaba la pertenencia de todos los miembros de la sociedad: el *ayllu*) y la formulación de normas y valores rígidos al interior de sus territorios (endogamia, patrones de comportamiento, etc.). La identidad se constituye como un elemento central de preservación de un concepto del poder, en este caso, centrado en un territorio comunal, y dentro de un cuadro de resistencia al proyecto de la sociedad dominante.

En el presente, encontramos un modelo de transición, donde se observa una dinámica donde se entrecruzan, de una parte la corriente de aculturación, y de otra, la revalorización cultural indígena. Estas se manifiestan en un contexto de “modernización” del Estado, donde el modelo económico dejó de sustentarse en la explotación tradicional de la tierra. Si bien, la influencia del liberalismo fue importante para el establecimiento de leyes que reconocieron la igualdad de derechos de los indígenas, y de la firma de tratados internacionales, que reafirmaban esta voluntad, esto no significa que la sociedad blanco mestiza, haya dejado su propia estrategia política de “mantener a los perdedores en su lugar”.

Por parte de la población indígena, se muestra un crecimiento demográfico que aumentó la necesidad de disponibilidad de tierra, así como también diversos niveles de diferenciación social, debido en gran parte a la incorporación de modelos mixtos de economía.

Lo más destacable, resulta de la observación del cambio de los modelos organizativos tradicionales, apropiados para mantener la estrategia de resistencia, hacia estructuras

organizativas, que sustentan la identidad indígena como expresión de un poder particular, y que se orientan a la toma de iniciativas reivindicativas y de acción combinada a diversos niveles (movilización de masas, negociación con el Estado y disputas legales a nivel nacional e internacional).

A iniciativa de los quichuas, todas las organizaciones indígenas de segundo y tercer grado, del país se encuentran nucleadas en confederaciones y en un Consejo Nacional, con lo cual la identidad indígena presenta un alcance cualitativo al enunciarse como una identidad nacional, y donde uno de las principales características es la integración de las reivindicaciones culturales en el proceso político. Esta es reafirmada a su vez por el encuentro y apoyo con organizaciones indígenas a nivel continental que viven un proceso semejante.

Este tipo de identidad, no sólo parte del fortalecimiento de organizaciones regionales y a nivel nacional, sino también, por el proceso de recuperación de tierras; el mayor conocimiento de la legislación, el incremento de la capacidad de negociación con las autoridades de gobierno, y la redinamización económica de algunos sectores indígenas (como los *Otavalos*).

En términos históricos, podemos caracterizar que los quichuas se encuentran en una ofensiva estratégica, lo que implica también una reformulación consciente de su identidad, especialmente cuando se disputan por las condiciones de pertenencia a un Estado que les ha ubicado en un rol que no ha sido ni deseado, ni menos aún elegido por ellos.

En el cuadro de la página siguiente se presenta un resumen del proceso socio-histórico de la construcción de la identidad quichua.

	Carácter del período	Situación y consecuencias	Estrategias quichuas	Identidad
Pre-Incaico	<ul style="list-style-type: none"> • Pueblos diferentes, intercambio comercial, conflictos 	<ul style="list-style-type: none"> • Coexistencia de pueblos con relativa independencia 		
Modelo de dominación Inca	<ul style="list-style-type: none"> • Dominación militar • Dominación política • Dominación cultural 	<ul style="list-style-type: none"> • Coexistencia con diferencias • Integración a un sistema (Estado Inca) como segmento dominado 	<ul style="list-style-type: none"> • Participación en el sistema • Adopción de elementos de la cultura <i>quechua</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Definición inicial de la identidad quichua (adoptada / impuesta)
Modelo de dominación española y republicana	<ul style="list-style-type: none"> • Dominación militar • del esclavismo a las relaciones semifeudales • Levantamientos y represión 	<ul style="list-style-type: none"> • Coexistencia en opresión: • pérdida de vidas • pérdida de la superestructura • pérdida de tierras 	<ul style="list-style-type: none"> • Experiencia de resistencia: • sobrevivencia • agrupación en formas organizativas menores • retirada territorial 	<ul style="list-style-type: none"> • Identidad (como retaguardia) • mestización (como fuga) • coexistencia ("ignorancia fingida") • concepto de <i>ayllu</i> • refugio, aislamiento, "territorio propio"
Modelo en el presente	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de legislación y tratados internacionales, sobre la población indígena. • Desarrollo industrial / explotación económica • Discriminación étnica • Aculturación 	<ul style="list-style-type: none"> • Disputa con el Estado para el respeto a los derechos indígenas • Subsistencia bajo modelos de autogestión o mixtos • Migración temporal o definitiva. Conflicto. • Aculturación / Resistencia cultural 	<ul style="list-style-type: none"> • Consolidación: • crecimiento demográfico • diversificación de los modelos organizativos • recuperación de tierras • defensa de derechos 	<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de afirmación de la identidad, y de objetivarla como poder • Heterogeneidad, diferenciación social • de la organización para la resistencia a la organización para la acción • control del territorio • Disputa de las condiciones de pertenencia al Estado. Reivindicación de nacionalidad y autogobierno • Tendencia de aculturación • Tendencia de reafirmación cultural

El proceso histórico visto anteriormente, y especialmente la experiencia identitaria de los quichuas, nos permite situarnos dentro un complejo proceso que ha contribuido a definir y a redefinir diversas explicaciones del mundo y de su dinámica.

Nos encontramos frente a un universo construido a partir de una arquitectura de base diferente de la cultura occidental, y a pesar de la influencia creciente de esta última podemos encontrar en la actualidad elementos ideológicos propios y distintivos. Estos se basan en una concepción del tiempo y del espacio diferentes, así como la definición del “ser” quichua es construido a partir de categorías propias.

Estas categorías se expresan a través de tres filtros fundamentales:

1. Estar en el mundo, fenomenológicamente nos remite al concepto de *pachamama*, como principal categoría de espacio-tiempo, de continente del universo, y de los principios vitales.
2. Estar en un mundo, define las diversas dimensiones del ambiente (o estructura del universo) en el que se desarrolla la vida.
3. Vivir en lo cotidiano, que concretiza el acto de estar vivo, y que representa la vida de relación con todos los seres, incluyendo las relaciones sociales, económicas, políticas, etc. cuyas modalidades dan lugar a procesos de cambios socioculturales.

Las categorías organizadores del universo quichua comprenden un principio de base cosmo y biocentrista (no antropocéntrica), pues para los quichuas la vida es la “esencia” de todo lo existente, ya que todo lo animado constituye un cosmos viviente, articulado (en términos de complementariedad), que expresa y representa la totalidad del mundo.

Esta vida se sitúa en espacios de dimensiones variables, en estratos o submundos, por donde circulan los seres. El espacio es indisociable del tiempo, y este último no asume el concepto vectorial unidireccional (antes – después) para transcurrir de manera inmanente en un continuo ir y venir, que podría ser representado de manera arbitraria como una espiral. Toda esta dinámica se encuentra guardando un equilibrio crítico, que según el

carácter de los elementos y sus relaciones guardan una armonía frágil que implica un comportamiento activo y permanente de los seres para compensar, re-equilibrar, o prevenir las rupturas posibles del sistema.

La persona como tal, es una parte de este universo, pero a su vez es la representación de este mismo. Su cuerpo es la representación de todos los estratos del mundo, y como tal es un continente dinámico sujeto a las mismas leyes que regulan el universo o cosmos. Por ello, la sociedad indígena no es una adición de individuos, más bien un macro-organismo o sujeto colectivo cuya representación contiene la persona y el mundo.

Los aspectos etnográficos serán descritos a partir de estas categorías organizadoras del universo quichua.

2. La persona

El concepto de persona es una síntesis ideológica donde se conjugan los distintos principios organizadores de la sociedad y de la cosmovisión quichua. La referencia a los sistemas de significación quichua, implica, que la sintaxis de una identidad asociado a la experiencia de como ellos se sitúan en el mundo, estructuran un modelo de representación único y diferenciado de la sociedad más amplia.

La persona es uno de los seres que pueblan el mundo, no solamente es un ser humano, un *runa* (gente, hombre), que como los otros seres tiene el atributo del *causai* o vida, dado por el *samai* (espíritu, alma) que se expresa en el *sinchi* o “fuerza”. Aún luego de su desaparición física (la “muerte”) los *runas* continúan con la cotidianidad de su vida en los otros estratos del mundo.

Esta trascendencia del ser implica que desde el momento de su gestación y a lo largo de su vida, un conjunto de factores operan sobre sus características personales. La cultura permite reconocer las características innatas que portan ciertos niños y que van a

predefinir su futuro en la sociedad, por ejemplo: hay niños que desde el útero (*mama huasi*= casa de la madre) pueden comunicarse con su madre, sea físicamente o con la palabra, luego, la presencia de malformaciones, como el labio leporino o ciertas señales en el paladar (“como una flor”), son indicadores que el niño será *yachac* (sabio)⁴⁶.

La gestación tiene varios niveles de interpretación, si bien se comprende que la unión sexual de los padres es un acto esencial para la gestación, no necesariamente son los únicos actores, mas bien existe la determinación de la existencia de la vida y sus atributos a partir de otro nivel. Este nivel es de tipo “espiritual”, pues el hacedor de la vida en la mayoría de los casos es atribuido a “Dios” o un ser superior que tiene diversas representaciones.

En otros casos existe el fenómeno de la gestación a partir de ciertos eventos que luego son considerados como una enfermedad grave, como en el caso del *cuichig* o arco iris, y que representa la posesión de la mujer joven por parte de un “espíritu maligno”, (o “Diablo”). Se podría establecer una analogía con lo que llama en la actualidad “madres portadoras” (en la que hace una implantación de un embrión), pues este tipo de fecundación es comprendida como un acto unilateral por parte del “demonio”, entendiéndose que el *confelo* o ser en gestación es solo hijo de éste⁴⁷.

A nivel social la población busca intervenir sobre el futuro del niño desde su nacimiento, pues se entiende que el niño es un ser inmaduro (proyecto de persona) y que debe ser formado durante su vida. La selección del padrino se hará en base a los atributos deseados para ser adquiridos por el niño, por lo que inmediatamente después del nacimiento, el padrino, guía o conductor “espiritual”, será uno de los primeros en ver al niño pues en este encuentro se produce una impregnación de los atributos que porta un ser “maduro” sobre la futura persona.

⁴⁶ Desde el exterior de la sociedad quichua, estas personas son denominadas como curanderos o shamanes.

⁴⁷ Esta enfermedad será descrita en el próximo capítulo.

La importancia dada a los niños en la sociedad indígena es primordial y no solamente en su dimensión demográfica⁴⁸ y económica⁴⁹, sino en el plano de la afectividad y pertenencia a la familia y la sociedad⁵⁰

Alrededor de los 18 años de edad se considera que los varones deben estar en condiciones de formar una familia, por ello su educación y sus recursos deben haberse incrementado a este momento de la vida⁵¹, con lo cual será considerado como un hombre, pues debe estar en condiciones de fundar una familia y desarrollarla. Mientras que la mujer, será considerada como una mujer completa al momento de dar nacimiento a su primer hijo⁵².

La construcción de la persona implica un proceso de aprendizaje y madurez a partir del descubrimiento y la comprensión del mundo en el que se sitúa. La experiencia personal es guiada por el entorno social y particularmente por las redes familiares. El padre va a enseñar a sus hijos varones todos los conocimientos y habilidades respecto al trabajo, la madre va a ocuparse principalmente de la educación de las hijas mujeres, los abuelos como los padrinos van a impartir una enseñanza centrada en la cosmovisión, así como las normas y valores de la sociedad.

Ser una persona completa requiere su validación social, y esto depende de las acciones objetivas demostradas por las personas en su desempeño social, por ello es la familia extendida, que permanentemente realizará una vigilancia activa, de apoyo, soporte, e incluso la intervención directa frente a los problemas de la persona o de la pareja. Si esta

⁴⁸ La estadística demuestra un crecimiento significativo de la población a pesar de las altas tasas de la mortalidad infantil.

⁴⁹ En gran parte del país la actividad laboral principal de los indígenas continúa a ser el trabajo agrícola de subsistencia, por lo que de alguna manera se puede entender la alta valorización del sexo masculino.

⁵⁰ En los relatos recogidos mediante la autopsia verbal emerge esta dimensión en cuanto la familia cercana, y en particular la madre, guardaban una viva imagen de cada niño muerto (inclusive en el caso de muerte de 2 niños en los últimos tres años).

⁵¹ Luego del nacimiento se ofrecen regalos que se constituyen como un patrimonio de base, a lo largo de la infancia y juventud, estos deben haberse incrementado mediante el trabajo y/o cuidado de los mismos.

⁵² En los casos de esterilidad femenina, será difícil para la mujer de mantener su matrimonio, y su propia condición de mujer, pues será una “mujer incompleta”, por lo que recibe el nombre de *machorra*.

El cuerpo objetivo hace referencia al hecho de situarse en el mundo como un objeto en movimiento y que está habitado por un sujeto que le permite relacionarse con las cosas del ambiente de diversas maneras, mientras que el cuerpo absoluto es en el cual las diversas intencionalidades se cumplen de manera originaria, pues representa la objetivación en el medio general del ser trascendente debido a que es situado en un sentido bien determinado en tanto que subjetividad en relación trascendente con el mundo.

El estatus fenomenológico del cuerpo orgánico hace que esta diferencia esté centrada en una suerte de conocimiento absoluto porque la estricta correlación de intencionalidades no representadas del cuerpo está siempre presente y este es poseído como un saber (Henry, 1987).

La tarea de un análisis fenomenológico riguroso de la situación del cuerpo trascendente objetivo, sería la distinción entre los caracteres constitutivos de esta situación, aquellas que se refieren al medio general del ser trascendente y que nos envía a su contenido, *“...según las relaciones en tercera persona que se expresan por preposiciones y de frases tales como: “al costado de”, “debajo de”, “a tal distancia”, etc., y aquellas quienes, al contrario todo aquello que está igualmente presente en la representación, por lo tanto no pueden ser para nosotros aquello que son en virtud de un préstamo de otra región del ser, a saber la esfera intencional del cuerpo subjetivo”* (Henry, 1987).

Uno de los problemas centrales de la antropología médica es situar el cuerpo y el universo simbólico en sus respectivas relaciones. El hecho de tratar el orden simbólico y corporal como dos universos distintos puede convenir a ciertos fines científicos (lo simbólico es interpretado como el imaginario social o individual o frecuentemente de manera más limitativa, en los términos de su artefacto dominante: el texto), mas una tal posición es completamente inadecuada cuando somos confrontados a los imperativos prácticos de la medicina y el sufrimiento. En efecto, la separación radical entre los universos corporal y simbólico, la reducción del uno al otro o el manejo de uno por el

otro deben ser asidos como métodos para afrontar y transformar la naturaleza del sufrimiento, pues todas tienen consecuencias prácticas, psicológicas, políticas o morales.

La antropología médica se interesa en la interacción entre las construcciones sociales y personales del sentido de la enfermedad, por lo que, según Kirmayer (1993a) la teoría de la metáfora se torna crucial por tres razones:

- Disfrazados por la costumbre de las formulaciones literarias, las metáforas están siempre omnipresentes. Ellas son en las expresiones y conceptos para construir tanto los modelos formales de la medicina como los mundos locales de significación y los conceptos y experiencias personales de la enfermedad. Los trabajos recientes en ciencias cognitivas indican que las metáforas no son simples figuras literarias u ornamentos que se formulan *post facto* a nuestros modelos conceptuales y a nuestras experiencias. Ellas parecen así organizar las categorías, los modelos y las experiencias subjetivas y mismo la estructura de la lógica y de la sintaxis (Gibbs 1992; Glucksberg y Keisar 1990, Johnson 1987, Lakoff 1987, 1988).
- Las metáforas poseen connotaciones sensoriales, afectivas y conceptuales y fusionan diversos niveles de significación en el mismo acto cognitivo y verbal (Kirmayer 1992, 1993b). Los niveles sensoriales y afectivos de los significados o sentidos, así como las numerosas implicaciones conceptuales de la metáfora son frecuentemente ocultas, especialmente cuando las metáforas son convencionales o literales (“muertas”) (Lakoff y Johnson 1980). Sin embargo, podemos mostrar que estos niveles ocultos o implícitos del sentido o significado influyen tanto la orientación del pensamiento o de la acción de nuestras convicciones a propósito de lo que nos parece plausible donde la veracidad parece evidente. De esta manera la metáfora contribuye a la producción del mundo “natural”.
- Cualquiera que estas sean, convencionales o innovadoras, las metáforas crean y transforman la significación y la experiencia. La metáfora no es simplemente la representación de lo que ya es, sino mas bien aquello que es concebible (Levin 1988).

Una teoría de la significación simbólica fundada sobre la metáfora pone el acento sobre los poderes creadores, evocadores e inventivos del lenguaje y de la imaginación quienes son decisivos en las tentativas explícitas de curación simbólica.

Entendiendo al espacio corporal como un territorio de expresión cultural, este puede ser tratado como un espacio metafórico, pues:

“La elección de una metáfora central es arbitraria en el sistema abierto de metáforas posibles. Esto es decir que la coherencia y la consistencia de la significación deben provenir del interior del campo de la metáfora, mas de su subordinación a las características mas estables del mundo. Estas son particularmente por un lado, la experiencia corporal y por otro, el orden social que promueven ciertas metáforas a un estatus de metáforas centrales, corazón o raíz, que dominan nuestra percepción de los síntomas, los relatos de la enfermedad y los modelos médicos.” (Kirmayer 1993a: 44-45).

Las experiencias corporales primeras son datos existenciales que proveen los esquemas preconceptuales para nuestros conocimientos y experiencias subsecuentes (Johnson 1987). Estos esquemas pueden ser “imágenes-esquemas”, es decir combinaciones de imágenes y de conocimientos proposicionales concernientes a las situaciones (Lakoff 1987), mas pueden así implicar habilidades, sesgos, posiciones, propensiones a responder que no pueden ser articuladas o descritas verbalmente.

Las metáforas más elaboradas estructuran tanto los conceptos que la sintaxis del lenguaje y pueden así ser construidas a partir de estas experiencias sensomotrices rudimentarias (Lakoff y Johnson 1980, Traugott 1985). Paralelamente, las estructuras sociales y los modos de interacción que dan la forma a nuestras creencias y prácticas culturales influyen de hecho nuestras experiencias corporales del mundo (Quinn, 1987).

En la concepción quichua del cuerpo humano resulta imprescindible diferenciar el significado dado a las denominaciones utilizadas específicamente para nominar las partes (órganos, sistemas, estructuras, etc.) sin perder de vista la integralidad y trascendencia del cuerpo. Para ello debe tenerse en cuenta: la topografía anatómica que refleja el espacio donde habitan, la manera de como se organiza y expresa la representación del universo, y

la simbiosis dada al fenómeno vital que la anima a partir de la noción de *samai* o “fuerza” (equivalente al “alma” o “espíritu”).

En principio es más apropiado de hablar del espacio corporal, mas que de ensayar una descripción anatómica, pues la estructura humana para los quichuas tiene una organización particular, como se presenta a continuación.

En quichua no existe una palabra específica para nominar al cuerpo, de manera genérica se utiliza el término *aicha*, que podría ser traducido al español como carne, mientras que, en algunas regiones del país donde habita la población indígena, esta palabra también sirve para denominar al cadáver. En la descripción topográfica externa de la persona se identifican tres grandes componentes: *uma*, la cabeza, el “cuerpo” (tórax y abdomen), y una extensión del mismo, los miembros (brazos y piernas).

La descripción física de la persona puede ser realizada a partir de los planos de orientación que son usados como referencia para determinar la ubicación espacial del cuerpo, por ejemplo cuando usualmente se hace referencia al pecho, se dice “adelante de”, la espalda es denominada *huasha* “atrás de” (también significa lo oculto, el pasado), mientras que cuando se hace referencia a los miembros estos se los sitúa en *cancha* “fuera de”. Es decir, el “cuerpo” se constituye como un espacio de referencia hacia otros espacios contiguos, por lo que en principio se puede notar la ausencia de límites bien discriminados, en términos físicos.

También se considera una denominación espacial a partir de la definición de un plano situado en la mitad del cuerpo (*chaupi*) que permite situar una región *jahua* “hacia arriba” (encima, sobre) y otra *urai* “hacia abajo”. Esta categoría es utilizada como una representación cultural a partir de lo que se considera una designación binaria del espacio.

Este tipo de categoría se encuentra en la mayoría de las culturas de Centro y Sud América, especialmente en las regiones de la sierra, por lo que se estima que es derivada

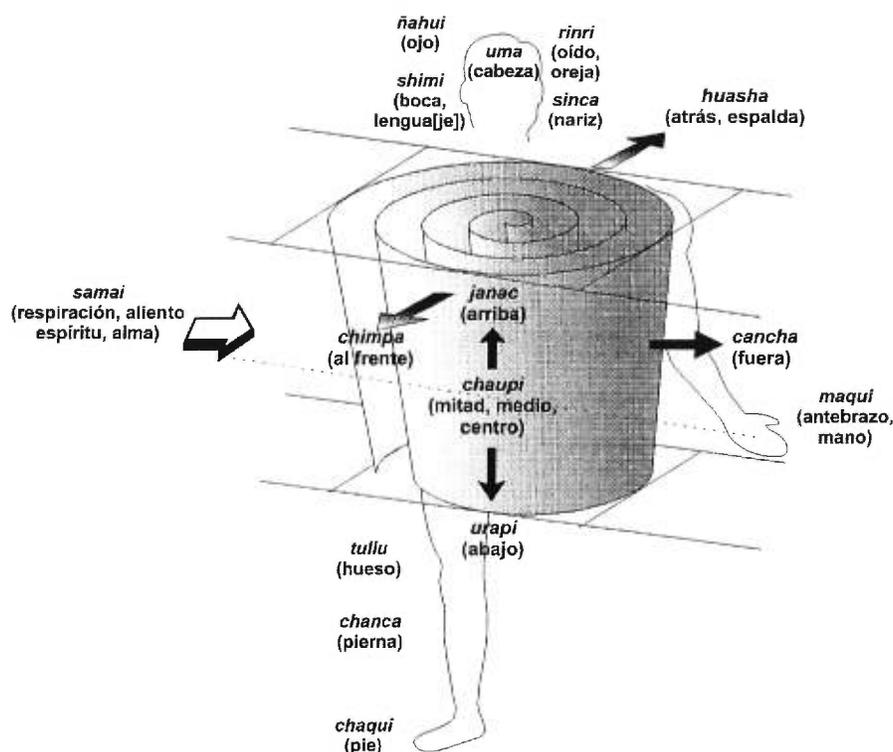
desde la perspectiva aérea determinada por el paisaje andino en términos de la categoría de referencia denominada *shaya* (vertical, parar (se)).

Numerosos autores han analizado su significado, pues también esta categoría es utilizada en la descripción de las comunidades, estructura de la sociedad, tierras de trabajo, topografía del paisaje, etc., Lopez Austin (1989) la vincula a los mitos de origen del mundo, donde se observa una triple correspondencia entre la cosmogonía, la organización política y la división corporal.

En términos ideológicos debe recordarse que las categorías que organizan el mundo indígena quichua están identificadas a partir de pares complementarios, estos actúan como referencias existenciales de uno en relación al otro, y de gestación de uno por el otro, por lo que resultan indisociables. Como se vio anteriormente, el concepto de salud es expresado en estos términos (salud-enfermedad) donde un factor no excluye al otro, y donde cada uno permite definir el fenómeno.

El eje horizontal, con las posiciones izquierda (*alli*) y derecha (*llaqui*), también son usados en la actualidad como puntos de referencia, mas en lenguaje quichua estos se expresan dentro de categorías de orden moral, pues *alli* significa bueno, bien; mientras que *llaqui* es un estado de dolor, sufrimiento, pena, amargura, desgracia, desventura, problema, accidente, y lástima.

En el esquema siguiente se sintetizan las principales regiones topográficas.



Esquema 10. Principales denominaciones de la ubicación espacial del cuerpo

La representación del “cuerpo” en sí mismo es referenciada por la noción de interioridad o profundidad (*ucu*) y la exterioridad (*cancha*) que mantiene un *continuum* a través de vías de comunicación. Estas tienen una importancia fundamental dentro del proceso salud-enfermedad, como se verá más adelante. En la cabeza los orificios de comunicación son los ojos (*ñahui*), la boca (*shimi*)⁵³, los oídos (*rinri*)⁵⁴, y la nariz (*sinca*); mientras que en el cuerpo esencialmente son el ano (*siqui*) y la uretra (para ella no existe una palabra específica, más bien esta asociada al acto de orinar (*ishpana*) o como medio de evacuar la orina de la vejiga (*ishpapuru*).

⁵³ La palabra boca debe entenderse como la cavidad oral y sus funciones pues en idioma quichua la palabra *shimi* tiene varios significados: principalmente como idioma o lengua[je] estos pueden ser expresados también con la palabra *callu*, pero en este caso la referencia es la lengua como órgano. Para denominar los labios se utiliza la palabra *shimi-cara* (*cara*= piel, cuero, pellejo).

⁵⁴ Esta palabra designa el conjunto del oído externo por lo que incluye la oreja.

En un primer nivel de categorías, el cuerpo objetivo, se puede identificar que el cuerpo como tal, tiene una continuidad en la que se podría identificar tres elementos principales, la piel, la grasa y lo que inicialmente podríamos denominar como los “órganos” que se encuentran asociados según sus atributos y funciones. Un cuarto elemento es denominado *tullu*⁵⁵ o hueso, este representa el sostén de toda la estructura de la persona.

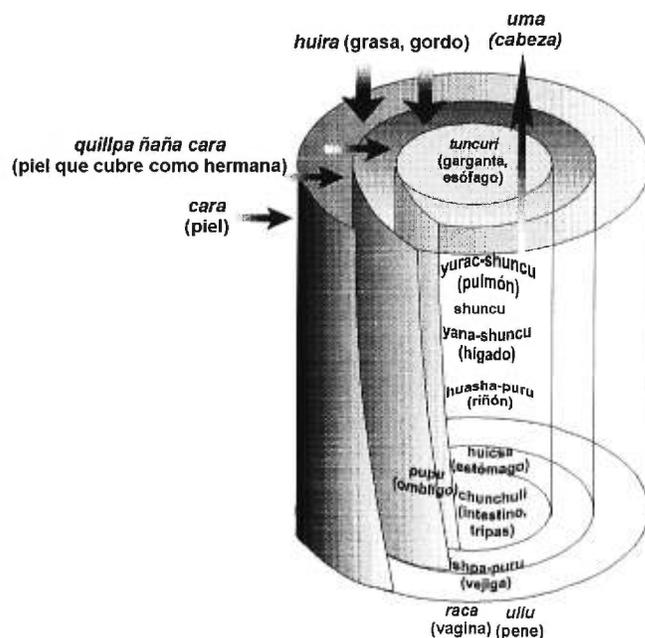
La *cara* o piel no solamente es una cobertura externa, ésta se encuentra al interior (*ucu*) recubriendo los órganos *quillpa ñaña cara* (piel que cubre como hermana). De la misma manera la grasa (*huira*) no solamente se encuentra bajo la piel externa, sino que se extiende hacia el interior rodeando los órganos. Esta última es asociada a la gordura y a la robustez para el trabajo, es un indicador de la fortaleza no solamente física sino de un vigor espiritual⁵⁶.

En la parte interna se sitúan los órganos que son entendidos como un gradiente de la calidad vital de acuerdo a su funciones. En la parte más central e interior del cuerpo se sitúan los tres principales, y a partir de éstos se sitúan los restantes, estos son: el *shuncu*, el *yurac shungu* y el *yana shuncu*. Usualmente la palabra *shungo* o *shuncu* es traducida como corazón/pulmón, mas su significado hace referencia al “centro de”, “la médula de”. La palabra *yurac shuncu* (centro blanco) designa específicamente a los pulmones, mientras que el *yana shuncu* (centro negro) se refiere al hígado. La palabra *huasha puru* (literalmente significa “la pequeña vasija que está atrás”) sirve para identificar al riñón.

La representación esquemática del cuerpo a manera de una espiral fue realizada para mostrar la continuidad entre el interior y el exterior del cuerpo, dados por la piel, la distribución de la grasa, y el gradiente de la calidad vital de los órganos.

⁵⁵ Esta misma palabra es usada para atribuir el significado de flaco o *raqúitico* a un ser.

⁵⁶ Para algunos autores en toda la región andina la grasa posee un fuerte sentido sobrenatural, de vigor y poder mágico-espiritual (Bastien, J. 1985; Ansión, J. 1985; Martínez, G. 1987).



Esquema 11: Ubicación de los principales componentes del cuerpo

La jerarquía de los componentes del cuerpo no está dada en términos de órganos, sino más bien en base a la calidad de continentes o recipientes de funciones “espirituales” esenciales de la vida.

Lo que se puede considerar como un complejo denominado *shuncu*, constituye la residencia de los centros “ánimicos” principales, pues estas son entidades vitales, que distribuyen sus atributos por todo el cuerpo para mantenerlo vivo, y que se materializa a través de la sangre, el aire, y el calor corporal, dando en su conjunto un carácter de *sinchi* (fuerte, robusto, resistente, sólido, recio, valeroso, difícil), o carácter primordial de las personas que determina su integralidad y capacidad en las interacciones en el mundo quichua. La totalidad del fenómeno de la vida en la persona se expresa bajo la noción de *samai* (respiración, aliento, descanso, espíritu, alma), que también recibe el nombre genérico de *sombra*⁵⁷ cuando se hace referencia a la vida de todos los otros seres que coexisten en el mundo. El *samai* requiere la simbiosis con el cuerpo de la persona, pues

⁵⁷ Esta se materializa y es visible de manera analógica a la sombra producida por el hombre bajo la proyección de la luz solar: “La sombra acompaña al cuerpo..”, “No hay sombra sin el cuerpo...”, “La tierra muestra la sombra bajo la acción del sol... ”.

después de la “muerte” esta recibe el nombre de *aya* (cadáver, fantasma, espíritu de los muertos).

El proceso de desarrollo del ser humano es precisamente la integración de este conjunto de atributos en términos de acumulación de *sinchi* (fuerza), pues se entiende que durante la infancia existe una dispersión de ellas, en lo que se puede denominar “centros menores”, como son las articulaciones de los miembros (sitio de residencia de las “almitas”). Por esta razón se considera que un niño tiene un *espíritu débil*, y por lo tanto susceptible de enfermar debido a la pérdida de parte o de todas estas “almitas”, como en el caso del espanto y en algunas variantes del *mal de ojo*.

“Basta que los términos alma, espíritu o ánimas, estén circunscritos a una particular cosmovisión, a una época, para que su contenido linde en lo inasible. Paradójicamente, las concepciones de lo anímico son fundamentales en muchos de los sistemas de cualquier complejo ideológico...” (...) *“La energía anímica que se supone reside en los centros anímicos es frecuentemente concebida como una unidad estructurada con capacidad de independencia, en ciertas condiciones, del sitio orgánico en el que se lo ubica. Esto hace que deba distinguirse entre el asiento normal de esta fuerza, constituida en entidad independiente. Como sucede con las concepciones de los centros anímicos, son muy variables en las características de las entidades: singulares o plurales, divisibles e indivisibles, con funciones específicas, jerarquizables, materiales o inmateriales, separables o inseparables del organismo humano o finitas en la medida de éste, o aún poseedoras de una conciencia distinta e independiente al ser humano al que pertenecen”* (López Austin 1989, I: 198).

El cuerpo trascendente expresa una dimensión que está dada por la subordinación de lo orgánico a la persona y a su vinculación a una concepción integral y totalizadora de los seres. Las categorías fisiológicas están más allá de dar una explicación articulada del cuerpo, sino en relación al ciclo vital del conjunto que constituye el mundo.

El complejo *shuncu* constituye una unidad funcional (“...*los tres espíritus son uno solo*”)⁵⁸ pues el *yurac-shuncu* (pulmón) permite aspirar los elementos del medio y expirar

⁵⁸ A la pregunta de ¿Cuáles son éstos espíritus? Usualmente responden “Padre, hijo y espíritu santo”. Esta expresión es utilizada como un préstamo del cristianismo, mas, su significado hace referencia a lo indivisible que adopta distintas formas.

desechos del cuerpo, esto nutre al aliento, que se fortifica a partir de los alimentos ingeridos en el *yana-shuncu* (hígado), y finalmente van a formar la sangre (*yahuar*). Los desechos líquidos del cuerpo van a ser eliminados por el *huasha puru* (riñón), y los sólidos a través del *chunchuli* (intestino, tripas).

El *yurac-shuncu* y el *yana-shuncu* están íntimamente ligados al *ñuctu* (cerebro, sesos) en donde se considera que en el *yuyai* (pensamiento) se almacena la fuerza. La cabeza cobra importancia fundamental, pues además de la existencia de los orificios naturales que ponen a la persona en continuidad con el mundo, existen otras vías de comunicación que se conectan con el *shuncu*.

En la parte superior del cráneo, como por los pies pueden ser permeados por ciertos entidades anímicas. En los niños la *mollera* (fontanela) es un punto muy frágil, que en determinadas circunstancias puede ser un punto de salida del alma o sus partes. En los adultos pese al cierre de las fontanelas, también se mantiene este riesgo. En el caso de los pies, puede producirse el ingreso de un espíritu maligno, que como una sombra va a subir al cuerpo hasta alcanzar el *shuncu* de la persona⁵⁹, generando un conjunto de enfermedades muy graves, conocidas de manera genérica como “cogido el espíritu”.

Lamentablemente no se disponen de fuentes documentales históricas que describan las orígenes de esta concepción entre los quichuas, mas llama la atención ciertas similitudes con las descritas en la cultura *náhuatl* y con la cosmovisión de los actuales pueblos indígenas de México y América Central. Aunque las denominaciones sean diferentes, el sistema de significados dados a los centros anímicos son muy semejantes al complejo *shuncu*. En este sentido, también se identifican tres entidades anímicas fundamentales, llamados: *tonalli* (irradiación, calor solar, estío, “alma y espíritu”, cosa que está destinada o es propiedad de determinada persona), *teyolia*, *toyolia* o *yolia* (“ánima”, “alma”, corazón, entidad que va al mundo de los muertos), e *ihiyotl* (aliento, “ánima”, “aire de noche”).

⁵⁹ Estas situaciones nos llevan a diferenciar las aberturas naturales, de la “porosidad” o puntos permeables de las fronteras biológicas en el caso de la interpretación de las entidades anímicas.

Estas tres entidades deben operar armónicamente para dar resultado un individuo sano y equilibrado.

“(...) 2. El tonalli es una fuerza que da calor, vigor, valor, y que permite el crecimiento. 3. La fuerza parece estar sustancializada en algo que parece ser un aliento.” (...) “6. Es peligroso el corte de cabellos en la parte posterior de la cabeza porque propicia con ello la salida del tonalli. 7. El pasar sobre la cabeza de un niño perjudica su tonalli, y en particular su crecimiento. 8. La falta de tonalli provoca una grave enfermedad y conduce a la muerte. 9. El tonalli tiene antojos, y se le debe complacer colocando el alimento o la bebida por él deseados en la frente del individuo. 11. Los gemelos y las mujeres embarazadas sufren insuficiencia de tonalli. 12. El tonalli es una fuerza de la que participan dioses, animales, plantas y cosas”⁶⁰. (...) “El niño estaba provisto de la irradiación inicial de los nueve cielos superiores durante toda su vida intrauterina. Al independizarse de su madre, era necesario que su tonalli se incrementara. Ahora debía recibir la fuerza de seres que estuviesen próximos a él, ya en la superficie de la tierra, ya en los cielos inferiores...” (...) “Todos los seres de la superficie de la tierra estaban infiltrados de la fuerza del tonalli.” (...) “...el tonalli era una fuerza que determinaba el grado del valor anímico del individuo; que le imprimía un temperamento particular afectando su conducta futura, y que establecía un vínculo entre el hombre y la voluntad divina por medio de la suerte.” (...) “...la fuerza se hallaba distribuida por todo el organismo. En la actualidad se dice que la sangre es su vehículo. Una hemorragia supone en nuestros días la pérdida de sombra, y la manera más directa de comprobar si el tonalli se encuentra en el cuerpo es observar el pulso, sobre todo en las articulaciones” (López Austin 1989, I: 225,230, 233-235).

Teyolía deriva de *yol*, “vida” y está ligado a las ideas de interioridad, sensibilidad y pensamiento, a su vez “corazón” se dice en *nahua* actual *yo:l*, *yuhlu*, *yo:ll(o)*, por lo que se atribuye al corazón como centro anímico (vitalidad, conocimiento, tendencia, afección) como sede del *teyolía* (López Austin, 1989).

El *ihiyotl* es considerado como una entidad anímica o como una fuerza en la persona:

“...se creía que en el hígado residían la vida, el vigor, pasiones y

⁶⁰ Se indican solamente las características enumeradas que guardan similitud con ciertos principios encontrados en la cultura quichua.

sentimientos, (...) surgían la apetencia, el deseo y la codicia; y entre los chorties se asocia la emanación fuerte de hijillo [ihiyotl] con aquellas personas que pueden causar mal de ojo, daño que, como es sabido, deriva del sentimiento de envidia o simplemente del fuerte deseo que se tiene de las cosas, animales, plantas o personas. La ira y el aborrecimiento se ubicaban en el hígado y en la hiel...". (Otra característica del ihiyotl) "...era que debía ser constantemente revitalizado por las mismas fuerzas de la naturaleza, ya como aire que se aspiraba, ya como alimento que comunicaba al cuerpo su energía." (López Austin 1989, I: 259, 261).

Entre los quichuas no existe una discriminación anímica de este tipo, mas bien este complejo animico actúa como un todo y le otorga una dimensión dinámica al "organismo" que se caracteriza esencialmente por el flujo de esencias y que se resume de manera concreta en la gestación de *sinchi*. Por ello se puede señalar que el concepto de cuerpo humano entre los quichuas, va a representar el flujo de las entidades anímicas que están concebidas dentro del concepto del mundo, en la persona se va a presentar una escala de las mismas, y que van a adoptar características diferenciales específicas según cada ser, lo que pone en juego la heterogeneidad (diversidad y complejidad) de la sociedad, el ambiente, y la vida como una totalidad. La dimensión anatómica es finalmente una *huasi* (casa) donde la trascendencia no está esencialmente dada por la morfología y su fisiología, sino más bien por la naturaleza e intencionalidades de quienes la habitan.

Según este principio, las personas son caracterizadas según sus atributos personales, y que se expresa en términos del lenguaje cotidiano a partir de una taxonomía que toma como referencia el *shuncu* ("corazón").

Según su *shuncu*:

<i>sinchi shungo</i>	corazón corajudo
<i>pishi shungo</i>	corazón malo (escaso)
<i>alli shungo</i>	corazón bueno
<i>manchac shungo</i>	corazón miedoso
<i>llaquilla shungo</i>	corazón triste

La sangre es el fluido que de manera concreta baña toda la persona embebiendo cada una de sus partes, sin ella los atributos anímicos no podrían transferir sus cualidades. No obstante la calidad de la sangre va a ser entendida como una fusión de otros aspectos de la vida. Aquí se puede notar la convergencia de atributos otorgados y entendidos dentro de otra dimensión del conocimiento, esta es la categoría cálido-fresco (que se analizará en el próximo capítulo).

A grandes rasgos se puede señalar que no se trata de una determinación térmica, sino más bien esta hace referencia a un atributo portado por los seres, cuyo equilibrio está identificado como una condición de templado o temperado. Por ello, la persona puede ser caracterizada, según estos atributos de acuerdo a otra taxonomía, en esta se observa dos niveles, uno respecto a la calidad dada por el aspecto dinámico del flujo de la sangre, y en otro nivel más profundo de acuerdo a la categoría cálido-fresco.

<i>sancu yawar</i>	sangre espesa (turbia)
<i>yana yawar</i>	sangre negra
<i>alli yawar</i>	sangre buena
<i>panga yawar</i>	sangre liviana
<i>chirly yawar</i>	sangre <i>chuya</i> (limpia, aguada)
<hr/>	
<i>cumic yawar</i>	sangre caliente
<i>chaupi cumic cahupi</i>	sangre templada
<i>chiri yawar</i>	sangre fría

A partir de estos atributos, las personas van a tratar de buscar mantener el equilibrio o armonía, a partir de cuidados personales (por ejemplo: si la persona tienen “sangre fría” sus acciones se orientan a protegerse del frío mediante el consumo de alimentos cálidos, tener mayor abrigo, consumo de bebidas alcohólicas, etc.), o ser moduladas con las relaciones interpersonales (si tiene un “corazón miedoso”, debe buscar apoyo o tomar los ejemplos dados por las personas de valor).

“Son abundantes los ejemplos americanos, actuales o pretéritos, de las ligas de los distintos niveles cósmicos: los mitos de origen hablan de cuyos cuerpos muertos brotan las diversas especies vegetales, para cada una de ellas con un cierto grado de parecido con la región corporal de la que procede; el orto y el ocaso de los astros se regula por un curso idéntico al de la gestación del hombre o al de la germinación de las

semillas; los nombres de las partes de los árboles o de los componentes de una casa suelen derivar del organismo humano, o del organismo humano pueden estar equiparados a los de los distintos pisos del universo; la división de las especies animales se abren en abanicos taxonómicos cuyo preciso número de componentes sigue el patrón de cifras sagradas; en nuestros días, entre los apaches, el mecanismo de los automóviles suele interpretarse siguiendo la distribución de las partes orgánicas del ser humano” (...) “Estas proyecciones y sus correspondencias, expresadas en intercambios simbólicos fincan las posibilidades mágicas de la interacción causal por el manejo de los equivalentes; sintetizan y expresan en el mito procesos que se perciben paralelos; apoyan arquetípicamente las relaciones sociales, justificando asimetrías y opresión; validan las instituciones; provocan y embellecen la metáfora y la iconografía; visten de eterno lo mutable..., en fin, montan un orden humano sobre la realidad para operarla, sancionarla, comprenderla” (López Austin 1989, I: 172).

En síntesis se puede observar en la representación corporal de los quichuas, la confluencia de dos paradigmas, el primero que hace referencia al cuerpo como soporte de “alma/s”, y en segundo lugar, a los sistemas mundo que consideran al hombre como un “microcosmos”, con un isomorfismo de alta homeostasis con su ambiente.

4. Cosmovisión

La cultura quichua tiene una base cosmológica que parte de una concepción de tipo “animista” del mundo, de carácter holístico, y por la cual las personas mantienen una relación de pertenencia integrada con cada una de las esencias que se encuentran en cada uno de los elementos del mundo que le rodea. La persona es siempre parte del conjunto de los seres cuya dinámica (las emociones, la vida material, el ciclo vital, etc.) guardan semejanza, por lo que cada uno de los componentes de lo “viviente” están referenciados e interdependientes de unos por los otros.

La palabra “animista” es solamente usada en su sentido general para dar una idea global del fenómeno, y si bien, la tentativa explicativa dada a los sistemas de “creencias religiosas tradicionales”, han sido históricamente tratados dentro de nociones como “creencias” o como “doctrinas religiosas” (que son analizadas dentro de la configuración

de sistemas estructurados), resulta preferible tratar este tema desde una perspectiva más amplia, pues:

“...no hay, en efecto, una cosa, una esencia llamada Religión: solamente hay fenómenos religiosos mas o menos agregados a sistemas que llamamos las religiones y que tienen una existencia histórica definida, dentro de grupos de hombres y dentro de tiempos determinados” (Mauss, 1968: 93-94)

En este sentido el concepto de ideología, los procesos de conformación de sistemas ideológicos y su dinámica de cambio, permiten una mejor comprensión de los significados del conjunto de fenómenos que se expresan a través de la salud-enfermedad.

En el dominio de la antropología el concepto de ideología, vive en sí mismo un proceso de reformulación, pues desde la propuesta dada por Mannheim (1929), donde se hace la distinción entre un concepto “parcial” y “general o total”. Según este autor, la primera hace referencia al punto de vista sobre la realidad que expresa la posición social de cada grupo humano que de hecho se ubica históricamente, mientras que la segunda, se dirige a la determinación social del sistemas de las ideas.

Para Dumont (1977, 1983), este término designa el conjunto social de las representaciones o el conjunto de las ideas y de valores comunes de una sociedad, mientras que, Augé (1975) rechaza la idea de que la ideología sea un cuerpo de representaciones homogéneas y armoniosas, en la medida que en la realidad se expresa una pluralidad de registros simbólicos y de representaciones que se contrastan según el estatus social de los hombres. De otra parte, sostiene, que en toda sociedad la eficacia del simbolismo, en tanto que configuración estructural, tiene su función ideológica, por lo que sugiere el uso de la noción ideológica que es definida como la codificación sintáctica de diversas lógicas simbólicas particulares, necesariamente concretizadas en ideologías constitutivas de lo social.

Godelier (1984) rechaza la idea clásica de una verticalidad de instancias que se encuentran bajo la forma de una distinción sustantivada entre la infraestructura y la

superestructura e ideología, manteniendo en último lugar el rol determinante de la economía. El sostiene que la distinción depende de las funciones y no de las instituciones, pues el ideal es un componente separado de lo real, luego, las ideologías no son simples representaciones ilusorias de la realidad que sirven para justificar un orden social, sino que son, especialmente, la estructura interna de las relaciones entre los hombres.

Limoeiro Cardoso (1975), (citada por Lopez Austin, 1989) establece una distinción de la ideología en dos niveles, uno vinculado al plano abstracto, es decir los sistemas articulados de las ideas, mientras que en el otro, sitúa un nivel de actualización de esas ideas y de su institucionalización.

Lopez Austin (1989), resume por su parte diversos aspectos de este concepto:

- La ideología está formada por un conjunto de representaciones, ideas y creencias. Incluye, por tanto, desde los más simples actos de entendimiento hasta los conceptos más elaborados; desde las más simples preferencias o actitudes hasta los valores que rigen la conducta de un grupo social.
- Es un conjunto sistematizado. Sus elementos se encuentran articulados entre sí por una relativa congruencia interna que los estructura.
- Las representaciones ideas y creencias, instancia están condicionadas socialmente, en última, por las relaciones de producción.
- El condicionamiento social no es advertido por el propio productor del proceso ideológico.
- A través de la actualización de las representaciones, ideas y creencias del conjunto sistematizado, se tiende a la satisfacción de las aspiraciones, objetivos e ideales de un grupo social (López Austin, 1989, Vol.I: 16-17).

Este autor propone como recurso operacional entender el plano abstracto de la ideología a en tres niveles: el sistema ideológico, la cosmovisión y el complejo ideológico.

El sistema ideológico corresponde al “*conjunto articulado de elementos ideológicos delimitados por particulares formas de acción, con los que un individuo o grupo social opera sobre un ámbito particular del universo*”, mientras que la cosmovisión es definida como “*el conjunto articulado de sistemas ideológicos, relacionados entre sí en forma relativamente congruente, con el individuo o grupo social, en un momento histórico, pretende aprehender el universo*”, y finalmente el complejo ideológico es el “*conjunto articulado de las cosmovisiones de los distintos grupos que, en un momento histórico, integran una sociedad*” (López Austin, 1989, Vol. I: 23).

Entre los quichuas del Ecuador, resulta difícil establecer los orígenes de la cosmovisión debido a diversas razones:

- No existen estudios históricos específicos sobre este tema que permitan establecer con claridad los procesos de cambio ideológico que ha vivido la población,
- la ausencia de un lenguaje escrito ha limitado de manera significativa poder acceder a los conocimientos desarrollados por los diversos pueblos que componen esta nación⁶¹,
- la prohibición de representar los antiguos dioses por parte de las autoridades españoles, civiles y eclesiásticas (astros y animales que tenían una connotación

⁶¹ Si bien se reconoce la existencia de una forma de escritura (conjunto de nudos realizados en cuerdas de diversos colores) conocida como quipus, que fue desarrollada y extensivamente utilizada en el territorio del Incaio, según las interpretaciones actuales este sistema estaba orientado prioritariamente a los registros numéricos. Existen evidencias indirectas de que también se podían registrar textos, pues según Huamán Poma de Ayala (1603-1604) algunos de los textos de su obra fueron tomados de la lectura de los *quipus*.

divina) en el territorio de la colonia⁶², que conducen a la representación occidentalizada y mimetizada de los dioses y mitos (Gisbert, T. 1991),

- Generalmente los conocimientos actuales son asociados a los paradigmas de base de la cultura Inca, aunque podemos presuponer que hubo procesos de yuxtaposición y/o sincretismo con las culturas preincaicas,

En la actualidad tampoco se puede afirmar la existencia de una cosmovisión única y homogénea, pues el largo proceso de colonización española, particularmente la influencia de la religión católica, y posteriormente, la penetración y proselitismo de centenas de sectas e iglesias cristianas, han continuado a influenciar el sistema de creencias y de explicación del mundo.

En el próximo capítulo veremos en el análisis de salud, la emergencia de un conjunto de conceptos, atribuciones y causas de enfermedad, que están asociados a lo que se podría llamar una “cosmovisión de base” que muestra una dinámica de sobrevivencia a través de la adopción de múltiples formas (proteiforme) de coexistencia con las diversas doctrinas religiosas.

La descripción siguiente de la cosmovisión constituye una síntesis realizada a partir de relatos de los *yachac*, de ensayos actuales de autores indígenas, y de la recuperación de información histórica que permita una mejor comprensión de la dimensión ideológica del universo quichua. Esta se restringe solamente a los componentes comunes encontrados en diferentes regiones del Ecuador.

⁶² “... algunas Ordenes religiosas como los dominicos y los franciscanos, optan por la extirpación total, como lo explica el texto de Meléndez (1681: Tomo II, pag. 62) quien dice «'quitarles de los ojos todo aquello, no solo que manifestamente fue un ídolo adorado, o huacas celebradas (...) sino aun aquellas cosas que se puede sospechar, aunque sea con leves conjeturas, que tiene viso de antigüedad entre ellos y se puede temer (...) por semejanza a las otras, que adoraban (...) y así se tiene mandado que no solo en las Iglesias, sino en ninguna parte, ni pública ni secreta de los pueblos de indios, si pinta el SOL, la luna ni las estrellas ni animales terrestres, volátiles, ni marinos, especialmente algunas especies de ellos, por quitarles la ocasión de volver a sus antiguos delirios y disparates... »” (Gisbert, T., 1991: 584). En las Ordenanzas, dictadas por el Virrey Toledo, respecto a los textiles se explicita “... Ordeno y mando que los hagais raer y quitar (...) y prohibireis que tampoco los tejan en la ropa que bisten...” (citado por Gisbert, T.1991: 598).

Cabe destacar que el principio de “mundo”, en términos generales presenta algunos trazos comunes con otras culturas americanas⁶³. Entre los quichuas el mundo se compone de una unidad compuesta por estratos, donde cada uno de ellos corresponde a diversos escenarios de la vida, pues ésta se constituye en el componente central de lo ideológico. La vida se representa como una esencia, de carácter “espiritual”, que anima lo material. La unidad del mundo está dada esencialmente por la circulación de la vida en estos escenarios, a partir de dos principios: el fenómeno de fecundación/gestación continua, y la coexistencia de los seres bajo la búsqueda de un equilibrio o armonía.

Entre los quichuas del Ecuador, la concepción de la *pachamama* (cosmos o naturaleza) representa la fuente existencial de todo lo viviente y actuante, por ello, es concebida como un sujeto y no como un objeto, esta condición determina que no puede ser “conquistada” ni dominada por el hombre⁶⁴, sino descubierta y comprendida. Etimológicamente expresa la fusión de las palabras *pacha* + *mama*; *mama* representa la fecundidad, la grandeza, la maternidad lo que hace posible la existencia y la acción; mientras que, *pacha* representa la totalidad, la plenitud, el tiempo existencial, tiempo-espacio y todo lo que significa medio-plenitud existencial, es decir, el tiempo existencial de los seres en el mundo, lo que trasciende a la categoría tiempo-espacio en el sentido definido por la física (Montaluisa, 1983).

⁶³ Entre otros se cita a los *Lnu'k* (*Micmac*) de Canadá, (véase: Holmes Whitehead, R. “Stories From the Six Worlds, Micmac Legends”, Nimbus Publishing Limited. Halifax 1988.); los *Guajiros* de Venezuela y Colombia, los *Toba* de Argentina, los *Mai Huna* en la Amazonía Peruana, (véase Perrin, M. “Formas de comunicación chamánica”, Wright, P. “El tema del árbol shamánico en la cosmología y shamanismo de los Toba de la provincia de Formosa” y Bellier, I. “Cantos de yage y mecedoras *Mai Huna*” en Bidou, P. y Perrin, M. “Lenguaje y palabras chamánicas”. Colección 500 años, Vol. 1, Ediciones Abya Yala, MLAL, Quito 1988); los Araucanos (*Mapuche*) de Chile, los indígenas Chocó de Colombia (véase: Leiva, A. “El chamanismo y la medicina entre los Araucanos”; y Pardo, M. “El convite de los espíritus” en Amodio, E. y Juncosa, J. “Los espíritus aliados: Chamanismo y curación en los pueblos indios de Sudamérica”. Colección 500 años, Vol. 31, Ediciones Abya Yala, MLAL, Quito 1991); los *Uni* o *Cashibo*, del Perú (véase: Frank, E. et al “Mitos de los Uni de Santa Marta” Colección 500 años, Vol. 26, Ediciones Abya Yala, Quito 1990); los *Zoró* en Brasil (véase: Brunelli, G. “De los espíritus a los microbios: Salud y sociedad en transformación entre los Zoró de la Amazonía Brasileña” Colección 500 años, Vol. 10, Ediciones Abya Yala, Quito 1989).

⁶⁴ En la práctica social cotidiana, esto se expresa en los rituales de fecundación de la tierra, de ahuyentamiento de las heladas, granizo, etc.

La *pachamama* se compone de estratos de espacio-tiempo (*pachas*) relacionados entre sí y que guardan características y sentidos propios estos son: el *jahua pacha* (mundo de arriba), el *caipacha* (este mundo) y el *ucupacha* (mundo de abajo o interior).

El “mundo de arriba” o *jahua pacha*, se encuentran elementos con diversa altitud y poder, como *Pachacamac* el sol, (en dos categorías *Inti huata* e *Inti pacha*) la luna (*Quilla*), las estrellas (*cuillur*), las nubes (niebla, neblina) etc., que tienen características sexuadas y una expresión cíclica sobre los otros “mundos”.

La representación social les otorga diversos significados tanto en su esencia como a la influencia que éstos producen en el *caipacha* (o “este mundo”). Estas representaciones son objetivables (como por ejemplo, los astros) mas su presencia esta ligada a distintas significaciones, pues estas se asocian a los mitos de origen del mundo, así como también al rol que éstos desempeñan respecto a los seres.

En el orden simbólico son los “padres” *Inti* (el sol) es el gran *taita* (padre), su esposa *Quilla* (la luna) y los hijo/as las estrellas, pues “...*sin ellos no puede haber vida*”, el calor la luz, el crecimiento de los seres, todo el ciclo vital, y aún la mayoría de los elementos de la cultura material, se encuentran regulados por la presencia de éstos.

Hoy en términos cotidianos se hace referencia a ellos con la palabra española Dios, como el principal ser que se encuentra en el *jahua pacha*, mas, en quichua es definido como: *achillic-taita* (*achic*: luz claridad, *taita*: padre), *apunchic* (*apuc*: jefe, autoridad), o *pachacamac* (*camac*: morfema que indica ser o estar encargado de algo, o tener a cargo el cuidado de algo)⁶⁵. En esta perspectiva debe comprenderse al *jahua pacha* como la residencia de un poder sagrado, que se manifiesta bajo diversas representaciones (los astros, el trueno, etc.). Se podría expresar que esta presencia multiforme corresponde a deidades del panteón que tuvieron vigencia en diversos momentos de la historia indígena

⁶⁵ Entre los mitos de origen del mundo quechua se menciona a *Pachakamak* como el ser creador del universo y del hombre. En los alrededores de Lima (Perú) se encuentran los restos del templo dedicado a *Pachakamak*, mientras que en el Cusco se también edificó durante el Incario, el templo *Koricancha* (*curi=oro*, que es la representación material del sol en la tierra.

quichua: de *Viracocha*, el creador, a *Inti* (el sol) que reemplaza al anterior bajo el dominio de los Incas-Quechuas y el Dios cristiano, a partir de la colonización española.

En el anexo I se observan los dibujos de Pachacuti Yamqui (1613), Huamán Pomma de Ayala (1603 - 1604) y Rafael Pineda (1991), donde puede observarse diferentes representaciones gráficas de la cosmovisión quechua (descrita por los cronistas durante el periodo de la colonización del imperio Incaico) y quichua del Ecuador (en la actualidad).

En el *Caipacha* o “este mundo” se encuentran todos los seres, y donde el ser humano es un elemento más, junto a los ríos, montañas, animales, plantas, etc. que se relacionan de un manera vivencial.

El *Caipacha* es compuesto por dos categorías principales: el *Huairapacha* (*huaira*= viento) y la *Allpapacha* (*allpa*= tierra, polvo, terreno). En esta última se distinguen tres subcategorías de la vida: *Yacu* (agua, líquido), *Sachapacha* (*sacha*= bosque, monte) y *Allpa*. En el *Allpa*, se encuentran el *Urcu* (cerro), *Pamba* (pampa) y *Huaicu* (barranco), donde finalmente se sitúan: *Yura* (árbol), *Huihua* (animal) y *Runa* (el hombre). De este mundo los quichuas reafirman su posición entre los mundos: “*Allpa pacchapi tarpushpa causanchic*” (vivimos sembrando en el campo terrestre).

Ellos reciben las influencias de los mundos de “arriba” y de “abajo”, ya que en este mundo se produce una síntesis existencial y cuya dinámica se dirige a la continua armonización, o a la búsqueda de un equilibrio, en sus relaciones y coexistencia. Estas influencias están dadas por el *sinchi* (fuerza).

El mundo de abajo o *ucupacha* (*ucu*= interior) se encuentran dos categorías: una se refiere físicamente al *Ninapacha* (*nina*= fuego, mas esta palabra sirve para expresar el verbo “decir” o también para denominar una onomatopeya) que se asocia al *tinpuc pacha* (borbotear, hervir, fermentar) es decir al fuego en permanente ebullición⁶⁶. La otra

⁶⁶ Debe recordarse que los quichuas ocupan el callejón interandino, y la región amazónica cercana a la cordillera de los andes. que es una región volcánica.

categoría se refiere a los habitantes del *ucupacha*, el *Supaycamac* (*Supay*= diablo) que son fuerzas espirituales poderosas, como complementariedad de los seres del *caipacha*, también reciben el nombre genérico de *urcu ucupachamac* o sea los supremos “espíritus de la montaña”.

Se entiende que hay una continuidad existencial entre los *pachas* y al interior de cada uno de ellos, pues, se establece una relación de interinfluencia y poder que determina un constante equilibrio crítico. Los quichuas expresan:

“Cai pachapi causaccunaca, jahua pachamanta, ucu pachamantapash ushaicunahuan yaparishpa causanchic” (Los que vivimos en este mundo nos apoyamos en las fuerzas del mundo de lo alto y del mundo interior).

Esta continuidad en la relación se establece de forma cíclica, y se refleja en el *huata* (año) que a su vez se expresa como *hautana* (amarrar), donde en cada *huata* está presente lo conocido como experiencia del pasado y el germen de lo nuevo y desconocido, lo que da una dimensión particular de la concepción del tiempo. Esta circularidad es dinámica en el sentido de un crecimiento cualitativo de la experiencia, es decir de conocimiento (*yachai*= sabiduría, conocimiento), por lo que el transcurso del tiempo podría representarse como una espiral ascendente, y no como un vector que expresa el ayer-hoy-mañana tal como se entiende en la cultura occidental.

El “mundo de arriba” también contacta con “este mundo”, a través de elementos como el arco iris, la lluvia (identificada de distintas maneras como *tamia pacha*, *tamia huata*, *tamia quilla*, etc.) el granizo, truenos, etc.; “el mundo interior” o de abajo se comunica a través de las grutas en la montañas, hendiduras (*huacas*, *huaicu*). Por ejemplo:

“Pucyucunapica ucu pachamantami yacu surcurin” (en los manantiales el agua brota desde el mundo de lo interior).

Como se considera que todos los seres tienen vida, ellos están dotados de sexo y tienen la capacidad de experimentar sentimientos (alegría, sufrimiento, etc.), de enamorarse y de

reproducirse, y en la cual la intervención espiritual es fundamental. Por ejemplo: las plantas serán producto de la fecundación de la tierra, por lo cual es necesario durante la siembra realizar los ritos que estimulen la fertilidad; la luna interviene en la fecundación de las mujeres, plantas y animales; etc., la luna interviene tanto en la sexualidad y en la fecundación de los seres, etc.

El descubrimiento de esta dialéctica existencial es aprendida mediante el proceso de conocimiento y maduración de los seres, cada uno de ellos tiene la capacidad de analizar las acciones y resultados (*yuyana*= pensar, razonar, analizar) por lo que se considera que la experiencia que se va adquiriendo en la vida, es la que permite obtener el *yachai* (sabiduría, conocimiento). Las personas más ancianas son las más respetadas pues tienen una mayor capacidad de pensar y razonar (*yuyanic*), también se establece una diferencia con algunas personas que han logrado la interpretación y dominio de estos conocimientos, y consecuentemente en la manipulación espiritual. Los que adquieren este poder son considerados como *yachac taita* (padres sabios).

En el siguiente esquema se describe una síntesis de los elementos que componen la *pachamama*.

Ubicación espacial	Elementos	Paradigmas
El mundo de arriba <i>Jahua pacha</i>	<i>Pachacamac</i> , Sol (<i>Inti</i>), Luna (<i>Quilla</i>), estrellas, rayo, nubes, arco iris, Dios	Viracocha Inca Cristiano
Este mundo <i>Cai pacha</i>	Seres humanos y no humanos: montaña, pampa, río, animales, plantas, hombres	Agrario Inca
El mundo de abajo, de adentro <i>Ucupacha</i>	Fuego, ebullición, diablo	Inca Cristiano

Esquema 12. Síntesis de la constitución del Pachamama

5. Familia, sociedad y economía

La palabra *aillu*⁶⁷, puede ser traducida como familia, comunidad, parentesco, linaje; mientras que asociada a la palabra *shuti* (nombre), *aillu shuti*, significa apellido. En este sentido se expresa que el concepto familia, es extensivo e indisociable del conjunto de personas que habitan en la comunidad pues todos portan su identidad comunitaria como apellido. Es la totalidad social en la cual pueden distinguirse personas con nombre, y luego, por la imposición colonial, el uso del apellido individual por linaje familiar.

Tradicionalmente la mayoría de los quichuas usan un tipo semejante de vestimenta (o con ligeras variaciones personales) que caracteriza a cada pueblo que constituye la nación quichua. Los hombres usan un estilo (forma, materiales y color) de sombrero, poncho, camisa, pantalón y calzado; mientras que las mujeres usan una falda, blusa, *fachalina* (manto), calzado, en algunas comunidades el sombrero y otros elementos específicos (fajas, aros, collares). Este rasgo exterior de la identidad funciona como la persistencia del apellido comunitario que permite identificar la persona según su origen del pueblo que constituye la nación quichua.

El sustento del *aillu* esta dado en la unidad de los complementarios, el hombre y la mujer, cuya sexualidad como pareja expresa el potencial de reproducción y vida. La fecundidad está en la mujer o *huarmi* (que también significa esposa) y que mientras está de novia, es llamada *huarmi tucuna* (poder ser, capaz de); también el joven está en la posibilidad de ser, en la capacidad de ser *runa*, o sea hombre. Sólo con el nacimiento de los hijos se podrá considerar a la mujer, como una mujer completa (como se vio anteriormente); es decir en la condición de generar una familia y una comunidad.

Es así que el matrimonio pasa a ser indisoluble, pues son parte y a su vez engendran el *aillu*, por ello las estrategias matrimoniales son complejas y variadas según las características y procesos que vive la comunidad.

61 *Aillu* en quichua unificado, equivale a la palabra quechua *ayllu*.

En este sentido se debe destacar que la heterogeneidad al interior de la población permite señalar las características generales de la familia y sus estrategias de conformación, pues presentan un espectro amplio y variado. De otra parte ciertas poblaciones y comunidades han tomado una mayor dinámica de cambio sociocultural lo que ha modificado ciertos patrones tradicionales.

En general la información disponible sobre la estructura familiar fue generada a partir de estudios comunitarios de diversas regiones del país. Muñoz Bernard (1989) en su estudio de estrategias matrimoniales, destaca que la endogamia local (comunitaria) es un requisito necesario, mientras que la endogamia familiar da motivo a controversias, pues mientras para unos, esto constituía un pecado, para otros era la única manera *de “que la sangre no se riegue”*. En todo caso, esta autora señala que, la estrategia “cerrada” que implica la ejecución consciente o no de ciertas reglas que favorecen determinados enlaces y que descartan otras posibilidades, tanto, como la estrategia “abierta”, donde entran en juego otros criterios que los del parentesco como el estatus, la fortuna, la profesión, etc., están presentes en las comunidades debido a la variación de las condiciones del contexto social y económico.

De otra parte se ha destacado que en la comunidad andina, las relaciones sociales, políticas y productivas se encuentran internamente atravesadas y entrelazadas por las relaciones familiares y de parentesco. Esto guarda coherencia con el contexto dado por los medios de producción específicos de las sociedades agrarias donde se establecen determinadas estructuras familiares, estrategias de alianza matrimoniales, que *“...estarán condicionadas por las características que en una determinada época o situación adoptan las formas de acceso a los recursos productivos y muy concretamente al factor tierra. Modalidades de la unidad doméstica, la filiación y la afinidad, de la familia ampliada, la regulación de las alianzas responderán de alguna manera a las condiciones de supervivencia y reproducción del grupo”* (Sánchez Parga, 1984a: 156).

Si arbitrariamente tomamos una categoría de análisis, como el hogar o la unidad doméstica, podemos encontrar que, además de abuelos, hijos y nietos, la familia se

extiende hacia otros miembros: como el perro, que acompaña al hombre en las faenas agrícolas, pues este es tratado como si fuera el “hijo mayor”, así como otras personas llamados “entenados “ (sin vínculos cosanguíneos) que son adoptados en el seno familiar y quienes asumen obligaciones y derechos como parte de la misma.

“...la pertenencia a un grupo de parentesco se reconoce por (una) relación colateral; este parentesco cognático se basa pues en una idea de cosanguinidad y afinidad relativamente amplia.” (...) “...el matrimonio aparece como el principio de organización corporada de los grupos familiares implicados en él; y por esta razón los derechos y obligaciones que se establecen a través de esta alianza matrimonial van a definir los límites del grupo de parentesco. (Si bien) la familia doméstica constituye una unidad independiente en términos jurídicos (...) no significa que sea autónoma; más bien se presenta tradicionalmente como el centro de una diversidad de intercambios de trabajo y de intercambios ceremoniales y de servicios” Sánchez Parga (1984a: 157, 207)

En términos generales, los roles atribuidos a los miembros de la familia son: el abuelo, aconseja y transmite las normas familiares y comunitarias; la abuela que apoya el trabajo de la madre en el hogar, y vigila la salud de los niños; el padre, enseña a trabajar; la madre, transmite los “afectos”; mientras que el padrino da una formación “espiritual” y un sostén general al desarrollo de la persona.

Dentro del parentesco simbólico, el padrino o “compadre”, tienen un rol fundamental en términos de las relaciones familiares, en el sentido de las relaciones de producción y con las de reproducción, dentro del contexto de las estrategias sociales utilizadas por la población. Si bien el compadrazgo establece una relación social entre familias que se concretiza a partir de un evento familiar ritual (nacimiento o matrimonio), ésta tiene una dimensión socioeconómica como se observa en diversos estudios de caso. En la comunidad de Salamalag Chico (Provincia de Cotopaxi) Sánchez Parga (1984a) señala:

“La elección de un compadre o padrino es un acontecimiento familiar en la cual están en juego intereses de todo el grupo (...) con frecuencia será el taita, abuelo del huahua (niño) o el padre con más frecuencia (...) de los dos esposos, quienes deciden el nombramiento del padrino y futuro compadre del grupo, y el que iniciará el ritual de la elección-invitación. El ceremonial consiste en invitarle a su propia casa, aún que el asunto haya sido previamente preparado por conversaciones anteriores, y de

manera más o menos sugerida. La razón formal supone un compromiso que por ninguna de las partes debe ser frustrado y sólo con graves consecuencias podría desairarse. La propuesta o solicitud es instrumentalizada por un don en especies, frutos de la tierra (...) y la conversación a lo largo de lo cual se formaliza el compromiso se encuentra marcada por un gran consumo de trago⁶⁸, símbolo de toda relación o intercambio. (...) los dones no hacen más que significar una deuda contraída por el padrino, que sólo podrá ser saldada por ambas partes al interior de la iniciada relación del compadrazgo, y supondrá todo flujo ininterrumpido y más o menos difuso o controlado de intercambios, deberes y obligaciones. Cuando el padrino es un blanco o mestizo éste suele corresponder con un regalo al ahijado (...) pero no es casi tomado en cuenta por la familia, que apenas expresará agradecimiento, ya que la «deuda» u obligaciones contraídas por el padrino no pueden ser saldadas con un don puntual y concreto (y) cuyo contenido más profundo será el fortalecimiento y estabilidad de la misma relación que les sirve de soporte. La deferencia y una cierta ritualidad marca la relación entre compadres (...) mucho más de la que existe normalmente entre parientes y cosanguíneos. En primer lugar el apelativo «compadre» sustituirá el nombre y será una fórmula para dirigirse a él sobre todo en público (...) con frecuencia o en determinadas situaciones el besamanos y la genuflexión siempre señalarán el respeto o intimidad ante el compadre o el padrino” (Sánchez Parga, 1984a: 186-189).

Este autor señala que la elección de un compadre obedece a dos estrategias complementarias para el establecimiento de una red de relaciones diversificadas, extensas y tupidas:

La primera es la perspectiva de un control más amplio y más intenso del espacio social, para reforzar las relaciones sociales o de parentesco intracomunales, y donde se destaca la importancia de factores como el recurso tierra y la influencia o peso político de la persona. En segundo lugar, para establecer nuevas relaciones en un ámbito socioeconómico más amplio o distante (extracomunal o regional) donde se pueden establecer intercambios de bienes y servicios, más o menos episódicos, y que no serían fácilmente accesibles o disponibles dentro de los recursos familiares o de la comunidad, y en el caso del establecimiento de un vínculo con los blancos o mestizos, se buscan

⁶⁸ Bebida alcohólica destilada de la caña de azúcar

recursos y servicios especializados (económico-político) que no están al alcance de los sectores indígenas campesinos.

La familia en términos generales como sistema de relaciones de parentesco, inmediato y mediato, es una unidad económica de producción y consumo, donde los roles laborales están atribuidos de manera complementaria según el sexo de las personas, usualmente el padre prepara la tierra, mientras que la madre realiza la selección de semillas y la siembra (en asociación al símbolo de la fertilidad). En el caso que la economía agrícola sea compensada por la producción de textiles, la mujer es la encargada de preparar la lana (cardar, hilar, urdir y teñir) y de tejer algunas prendas, mientras que el hombre, realiza la mayor parte del tejido y la comercialización. La complementariedad hombre - mujer también se presenta en las actividades comerciales, si bien el hombre es el que establece la negociación y disputa de precios, es solamente con el consenso de la mujer que se establecen los acuerdos⁶⁹.

La descendencia se establece por vía patrilinear, que a su vez constituyen una línea ancestral en la medida que establecen estrategias “cerradas” de matrimonio, mas la patrilocalidad de los asentamientos domésticos no siempre se constituye como una constante. En el caso de la falta de disponibilidad de tierra en la familia del hombre, éste en la conformación de su familia y descendencia, se establece en otros sitios, sea en las propiedades de la familia de su esposa, o en una doble ubicación, de fragmentos de tierra o parcelas en ambas familias.

“La alianza matrimonial desempeña una función estructural a un doble nivel: en primer lugar al ser la familia ampliada la unidad exogámica que permite la realización del intercambio generalizado con las otras unidades de parentesco, las alianzas matrimoniales constituyen el proceso por el cual las relaciones de parentesco se establecen en la forma más amplia y se extienden hacia esa unidad mayor que es la misma comunidad; en segundo lugar es por esta relación social del matrimonio que todo miembro de una familia se constituye en sujeto de un derecho (de

⁶⁹ En este caso la familia nuclear constituye una unidad doméstica (que comparte el fogón y el techo) elabora las estrategias económicas y de sobrevivencia, teniendo en cuenta, posteriormente a la familia extendida.

exigencia) a la tierra comunal (mediato o inmediato, directo o indirecto), y por ello en comunero” (Sánchez Parga, 1984a:157).

Estas, asociadas al mantenimiento de la tierra, y a su explotación, se relacionan directamente con las estructuras de poder al interior de la comunidad. Por ello, las estructuras tradicionales de organización comunitaria, giraban en torno a grupos familiares usualmente conducidos por personas ancianas o de mayor edad.

En la actualidad, y especialmente en las últimas décadas, los modelos organizativos de la comunidad tuvieron cambios significativos, por lo que se puede encontrar la coexistencia de distintos tipos de organización asociados a diversas finalidades:

- La organización tradicional de poder familiar, que controlaba los Cabildos (u organización política administrativa local), y que en muchos casos recibían un nombramiento desde las autoridades del gobierno provincial.
- La organización de jóvenes dirigentes que ha desplazado a la anterior, o está en tren de disputar la representación de la comunidad, y que se orienta a establecer reivindicaciones frente a los poderes públicos (municipio, gobierno, etc.).
- Otras formas de asociación intrecomunales o interfamiliares se dan a través de organizaciones religiosas (especialmente las evangélicas); cooperativas u asociaciones de producción, como las textiles, o las estimuladas por los proyectos de “desarrollo rural integrado”, asociaciones de los *yachac*, etc.

Estas modalidades constituyen la complejidad de un mosaico social que a partir de una base identitaria común adecuan sus diferentes respuestas a la influencia de los factores que dinamizan el cambio sociocultural.

Se puede observar que la emergencia de una nueva generación de líderes, y consecuentemente de nuevas modalidades organizativas, fue estimulada por diversos distintos factores que se presentaron en la sociedad ecuatoriana, entre ellos se pueden citar:

- En el orden político: el pasaje de un gobierno militar, a las elección de un gobierno democrático, a inicio de los años 80, y particularmente la gestión del presidente Jaime Roldós, que dió una cierta apertura institucional a la población indígena⁷⁰, especialmente a través del Ministerio de Educación.
- La campaña de alfabetización incluyó la alfabetización quichua utilizando la lengua materna y solamente el español como lengua secundaria o de comunicación. Esta campaña pasó a constituirse como un plan y un programa permanente de educación, que incluyó la educación infantil. La campaña de alfabetización permitió la movilización de los jóvenes de todas las provincias indígenas, lo que permitió el encuentro y el debate continuo de sus problemas, lo que permitió gestar la CONACNIE o Consejo Nacional de Coordinación de las Nacionalidades Indígenas del Ecuador, cuyo objetivo fue promover (entre 1980 y 1985) la organización del actual Consejo (CONAIE), que fue creado en 1986.
- El pasaje de las reivindicaciones locales a un nivel regional, especialmente en el oriente ecuatoriano, debido a problemas derivado de la explotación petrolera y de la introducción de la palma africana, permitieron redinamizar las organizaciones especialmente con la incorporación de jóvenes.
- En las dos últimas décadas en la población indígena se incrementó el número de estudiantes graduados en las Universidades, que facilitó el acceso a distintos niveles institucionales, tanto públicos como privados, lo que les permitió aumentar su experiencia intercultural, e incluso adquirir un liderazgo basado en nuevas competencias que les permiten el manejo de las reglas institucionales.

En términos de la economía de los quichuas, puede observarse de la misma manera un mosaico complejo de situaciones regionales o locales, donde se encuentran modelos que se presentaron en diversos momentos históricos vividos por la población quichua. Estos coexisten en la actualidad y que de alguna manera se articulan en una escala nacional, así

⁷⁰ La ceremonia de ascenso a la presidencia tuvo especial impacto en la población indígena, pues parte del discurso estuvo dirigido en lengua quichua (por primera vez en la historia ecuatoriana), donde explicaba sus intenciones de gobierno.

como también muestran una relación de factores que permiten la gestión de diversas estrategias sociales particulares que les dan dinámicas diferentes.

La tendencia dominante de diversos estudios microeconómicos realizados en la sierra han dado énfasis al concepto “estrategias de supervivencia”, cuya propuesta de definición es la siguiente:

“...el conjunto de acciones económicas, sociales y culturales y demográficas que realizan los estratos poblacionales que no poseen medios de producción suficientes ni se incorporan plenamente al mercado de trabajo, por lo que no obtienen de los mismos sus ingresos regulares para mantener su existencia en el nivel socialmente determinado, dadas las insuficiencias estructurales del estilo de desarrollo dominante”
(Arguello 1981: 19).

Si bien esta perspectiva resulta insuficiente para interpretar la diversidad de los modelos económicos encontrados entre los quichuas, en general puede dar cuenta de las estrategias y acciones dirigidas a resolver problemas inmediatos o de mediano plazo, *“...pero que tienen una doble potencialidad: primero, organizar las ideas de futuro de esos sujetos sociales por las cuales se movilizan y están dispuestos a construirlas; y segundo, son proposiciones que en su ejecución van descubriendo un conjunto de potencialidades para la construcción de un tipo de integración desde la diversidad”* (Ramón 1994: 9).

El factor tierra, es uno de los valores fundamentales para la sociedad indígena, no solo desde la perspectiva ideológica como se vio anteriormente, sino también en el plano material concreto de su disponibilidad para el sustento y reproducción de la sociedad. La historia de los quichuas está impregnada por la lucha de la tierra, que sucesivamente fue enajenada por los invasores, y que hasta el presente se constituye como la reivindicación fundamental de las organizaciones indígenas.

De manera general se pueden observar algunos modelos económicos básicos, entre los que se observan fronteras no muy claramente delimitadas o de transición y de una

articulación entre ellos dados por la movilidad espacial y social de la población. Estos modelos pueden ser identificados y denominados de la manera siguiente: 1. Las haciendas que mantienen el *huasipungo*, 2. Las haciendas con trabajadores asalariados (sin *huasipungo*), 3. La economía comunitaria, 4. La economía mixta (agraria y “artesanal”), y 5. La economía mercantil indígena de “artesánías” y servicios.

5.1. Las haciendas que mantienen el *huasipungo*

En la sierra ecuatoriana estas fueron el modelo histórico de producción agraria por excelencia⁷¹, y cuya vigencia inició su declinio a partir de las transformaciones económicas acaecidas durante los años 60 y el inicio de la Reforma Agraria. En la actualidad no tienen un peso significativo en la economía, mas se encuentran haciendas de tamaño mediano (alrededor de 50 hectáreas) que mantienen el *huasipungo*, estas relaciones de trabajo son llamadas oficialmente “precarias” y que supuestamente fueron eliminadas por la Reforma Agraria.

Estas se encuentran situadas en regiones de altura que tienen un nivel menor de modernización en comparación con las haciendas situadas en los valles, “...su persistencia muestra que esta opción resulta todavía ventajosa para el hacendado en la medida que elimina las erogaciones monetarias, y ventajosa para el campesino, en tanto puede acceder a tierra y recursos de la hacienda. Ello contribuye a mantener entre algunos campesinos esa nostalgia ideológica por el patrón bueno” (Ramón, G. 1994).

Los hijos o *apegados* del *huasipunguero* van a complementar los ingresos domésticos mediante migraciones temporales de trabajo asalariado en otras regiones del país, o la venta de algunos productos en los mercados de productos agrícolas.

⁷¹ Las características principales de esta institución fueron descritas en el Cap. 1 páginas 23 y 24.

5.2. Las haciendas con trabajadores asalariados

La inserción de la hacienda en la economía capitalista tornó cada vez más incompatible y costoso el mantenimiento de la estructura anterior (explotación de la tierra basada en el *huasipungo*). A través de diversos mecanismos se reemplazó la entrega de tierras por un salario pleno a los indígenas para todas las jornadas trabajadas en la hacienda, con lo que la hacienda pasó a ser una empresa agrícola, y el indígena, un trabajador rural proletarizado, en un marco de negociación terrateniente – campesino.

Los trabajadores que laboran de manera temporal utilizan esta estrategia para complementar los ingresos dados por la explotación de sus minifundios, mientras que los trabajadores permanentes adaptaron sus actividades según la orientación adoptada por la producción en la hacienda.

Por ejemplo en la región norte de la sierra, la mayoría de las haciendas se orientaron a la producción para la industria láctea, cuyo salario era de 1,4 \$US por día (a precios de diciembre de 1991). Los trabajadores temporales realizan actividades generalmente durante 3 a 4 meses por año (Ramón, G. 1994: 42), mientras que orientan sus propias parcelas al autoconsumo y en los terrenos comunales a la cría de ganado.

5.3. La economía comunitaria

Se define a la economía comunal cuando la organización de la producción y trabajo se efectúa mediante un sistema de interrelaciones entre las familias comuneras, teniendo como resultado, para estas familias un “efecto comunidad”, es decir un conjunto de beneficios económicos (productivos, ingresos y bienestar) superiores al de las familias campesinas individuales. La comunidad se presenta como una organización cuyos miembros con pobres recursos, oscilan entre el autoconsumo y la integración mercantil en función de la búsqueda de niveles de subsistencia y bienestar, capaces de reproducir física y socialmente a sus familias. Para tal fin oscilan entre decisiones personales y colectivas, crecientemente influenciadas por el individualismo de la economía mercantil.

“De esta manera encontramos que las familias son las unidades mercantiles mínimas que tienen por objeto reproducirse en base a limitados recursos, y bajo un conjunto de restricciones: de propiedad, ecológicas, mercados, culturales y étnicas. Su subordinación a estos factores es tan compleja que, para reproducirse como familias, su comportamiento económicos y social se basa en la combinación, a veces muy cambiante, de un conjunto heterogéneo de variables: clima, calidad de suelos, agua, precios, salarios, cultivos, tecnología. Así la eficiencia familiar del uso de los recursos constituye la base de su supervivencia y reproducción” (González, 1984: 21).

Entre otros aspectos se señalan las siguientes características:

- La economía comunitaria se conforma como una unidad de producción y consumo, donde una proporción importante de las decisiones están en función del conjunto de familias de la comunidad.
- La producción agropecuaria se diversifica en relación inversa a la cantidad y calidad de los recursos, en consecuencia las posibilidades de especialización productiva son reducidas. En las comunidades existen diferencias de recursos entre familias, tanto como diferencias de recursos entre comunidades.
- Se trata de asegurar un ingreso monetario proporcional a los gastos productivos y de consumo, de acuerdo a sus estructuras de consumo. Por esta razón se prefiere alcanzar un bajo ingreso medio seguro, en lugar de un alto ingreso marginal pero inseguro, lo que tiene repercusiones sobre la demanda efectiva rural. De otra parte, los procesos de redistribución en las comunidades pueden servir para evitar el empobrecimiento absoluto de algunos miembros de la comunidad.
- Las decisiones para utilizar tierras y ganado buscan preservar cierto equilibrio ecológico a largo plazo, por eso los cambios técnicos incorporados se basan en la práctica de alteración o no del equilibrio, o de establecer un nuevo tipo de equilibrio (Kervyn y González 1982).
- La expansión demográfica de la familia no está limitada por los recursos primarios, pues es siempre posible que los miembros excedentes migren.
- La participación en los distintos mercados de trabajo para conseguir ingresos monetarios, restringe las posibles mejoras cuantitativas y cualitativas de la oferta de bienes no agropecuarios de los comuneros.

- Existen múltiples formas de articulación de estas economías con los distintos mercados de bienes y servicios, de trabajo, e inclusive de capitales: dinero, bienes de capital y tecnología. (Baca, 1982, Díaz 1978, Figueroa 1982, Hopkins 1978, Monteagudo 1982).
- La microregión y la región aparecen como espacios sociogeográficos definidos a partir de las interrelaciones de las diversas unidades productoras que demandan y ofrecen bienes y factores en función de sus recursos productivos y de sus objetivos económicos.

Las transformaciones agrarias en la sierra ecuatoriana derivadas de la reforma Agraria, comparando los datos de tenencia de la tierra entre 1954 y 1987 se observa un importante crecimiento de la propiedad mediana de la tierra (entre 10 y 100 hectáreas) tanto en número como en superficie (en términos absolutos y relativos), mientras que las propiedades entre 0 y 5 hectáreas casi han doblado, mientras que las parcelas pasaron de 2,43 a 2,39 has.⁷². Entre 1964 y 1990 se afectaron 868.525,24 hectáreas en todo el país, mientras que entre 1980 y 1990 se afectaron 106.781,65 hectáreas de tierra a la población quichua (incluida la población del oriente)⁷³.

En este nuevo escenario, y según el tipo de parcelamiento de la tierra se pueden observar al interior de la economía de tipo comunitaria, dos situaciones: la primera se refiere a aquellas tierras del Estado o expropiadas, que fueron apropiadas a título individual, y en segundo lugar, las tierras que además de ser entregadas como propiedad individual (y cuya deuda es contraída por el jefe del hogar) se han apropiado tierras de explotación comunitaria (cuya deuda debe ser pagada por la comunidad).

⁷² Según los datos de los censos agropecuarios de 1954 y 1987 (Ministerio de Agricultura y Ganadería).

⁷³ A diferencia de los años 60, los conflictos por la tierra ya no están solamente producidos entre los indígenas pobres y los terratenientes. en 1990 de 111 conflictos en la sierra, 31 involucran a propietarios medianos (que cuentan entre 10 y 100 has. y 41 a unidades de producción mediano-grandes, de 100 a 500 has. (Rosero, 1990:50)

En el primer caso, debe distinguirse que los títulos otorgados a nivel individual corresponde al nivel jurídico, mas en la práctica social, se comunitarizan al interior de las redes familiares, que tienen acceso a las diferentes parcelas de los miembros.

A manera de ejemplo se cita el estudio de caso realizado en el cantón Cayambe, provincia de Pichincha, donde existen alrededor de 96 comunidades indígenas, situadas en las tierras de mayor altura por sobre los 3.200 m.. Las tierras de la comuna de Hato Chaupiloma se encuentra rodeada y atravesada de haciendas y propiedades ganaderas de empresarios. Esta comuna fue creada a partir del proceso de la Reforma Agraria, con una superficie de 100 hectáreas situadas entre 3.450 y 3.600 m., en el piso ecológico conocido como “páramo”. Esta tierra fue dividida en parcelas familiares, que por el crecimiento demográfico (en los últimos 27 años, la población se ha cuadruplicado) fueron subdivididas hasta alcanzar en la actualidad a un promedio de 2,5 hectáreas por familia. Esta disminución de tierra es explicada también por el hecho que en el momento de su adquisición ésta era solamente para los *huasipungueros*, mas en la familia también se encontraban personas adultas que eran “arrimados” o “allegados” y que luego recibieron tierras por herencia o donación⁷⁴.

Por el elevado costo de la tierra en la región, la comunidad solo pudo expandirse a partir de la compra individual de tierras que se encuentran en proceso de erosión, situadas en la ladera de la ceja andina. De otra parte se agrega el problema de disponibilidad de agua de riego, debido a la competencia con las otras unidades productivas que se encuentran en la región.

La economía de la población tiene las siguientes características:

- La principal actividad de los comuneros constituye el trabajo agrícola en las haciendas de la región.

⁷⁴ “Esta situación puede es generalizable para toda la sierra, tal como pudimos observarlo en el informe CIDA elaborado en 1954 antes de la Reforma Agraria, cuestión que rápidamente minifundizó las parcelas que recibieron en el proceso de afectación de la gran propiedad” (Ramón, G. 1994: 41)

- Otra fuente de ingresos para los comuneros es la venta de leche que tiene un valor del 30% del precio final al consumidor.
- La población joven emigra de manera temporal a los centros urbanos para trabajar en la construcción, ventas ambulantes u otras formas del mercado informal.
- Dentro de las estrategias comunales, se distingue la “siembra al partir”, donde los comuneros ponen las tierras y la mano de obra, mientras que los intermediarios de la comercialización de la leche aportan la semilla. Estos últimos tienen una ganancia de 4 a 6 veces el valor de su inversión. El campesino acepta esta relación desigual como la única alternativa para obtener las semillas, préstamo de dinero y sobre todo la ayuda en el pueblo cuando el campesino tiene que viajar o pasar como migrante.
- Otra forma tradicional que tiene persistencia es el intercambio, pues esto les permite acceder a otros productos como el maíz, los tejidos, la sal y la panela. Esta se realiza especialmente con los compadres de las comunidades situadas en el valle y con los otavaleños.

En el segundo caso, o sea con disponibilidad de tierras comunales, se observa la disponibilidad del recurso tierra agregado a las parcelas familiares, que mas allá de la posibilidad de su uso en cultivos, pastoreo, etc. permite potencializar el trabajo colectivo con fines de una redistribución de sus productos o sus ingresos entre las familias, potenciando el “efecto comunidad”.

La Comunidad de Colta Monjas (Provincia de Chimborazo) fue constituida debido al proceso de Reforma Agraria, a partir de la adjudicación de 380 hectáreas a los *huasipungueros*, equivalente al 11% de las tierras de la hacienda Colta Monjas. Estas tierras de altura (entre 3.000 y 4.000 m.) estaban destinadas al pastoreo (80%) y debían ser pagadas con el aporte igualitario de todos los comuneros, para forestación (5%) y el resto (15%) eran tierras laborables, adjudicadas en parcelas familiares que debían ser pagadas por cada familia en un plazo de 15 años. El alto precio de las tierras y el temor de no poder pagar mayores deudas hizo que los comuneros no adquiriesen mas tierra.

“Recuérdese que las economías huasipungueros estaban poco vinculadas al mercado, porque la hacienda mediaba las relaciones de sus trabajadores con la sociedad externa, por tanto, era razonable la duda en sus capacidades de reunir el dinero al que se endeudaron” (Ramón, G. 1994:23)

La adquisición de la tierra en este caso, provoca tres fenómenos que pueden ser observados como una constante en otras regiones andinas:

- El desplazamiento de la población hacia tierras de mayor altura, que les obliga a perder la accesibilidad a distintos pisos ecológicos.
- El pasaje hacia el minifundio con tierras de menor calidad productiva, en comparación con las tierras en las que ellos trabajaban en la hacienda, lo que les exige recomponer su racionalidad productiva.
- La constitución de una comunidad autónoma de la tutela de la institución de la hacienda.
- La propiedad de la tierra se ha mantenido a nivel comunal.

Estas condiciones determinan la necesidad de recrear su vida social: las prácticas organizativas y de reestructuración del poder local, los sistemas de trabajo y de intercambio (*mingas* o trabajo colectivo, *maquitamañachic* o préstamo de la mano de obra) las fiestas comunitarias, etc.

Como fenómenos derivados de esta situación se observó lo siguiente:

- Un crecimiento demográfico rápido y sostenido (en 24 años la comunidad casi se ha triplicado) con el aumento de número de miembros por familia.
- Este crecimiento impactó la disponibilidad de tierra por unidad familiar (de las 3 Ha. disponibles inicialmente, se redujeron a 1 ó 2 Ha. principalmente debido a las divisiones generadas por la herencia). La reducción de los minifundios es un fenómeno generalizado en las tierras indígenas.

- Los comuneros han diversificado sus fuentes de ingresos⁷⁵. Estas fuentes no son fijas sino que dependen de la vinculación de los miembros de la unidad familiar a distintas formas de oferta de mano de obra: los jefes del hogar trabajan en las haciendas cercanas; las mujeres se encargan de la agricultura doméstica, la siembra y la venta del pasto, el pastoreo y cuidado de los animales; los hombres jóvenes emigran de manera intermitente a las ciudades para trabajar en las obras de construcción o en el mercado informal; los niños combinan sus tareas escolares con el pastoreo, la recolección de leña y el cuidado de las parcelas.
- En la base de la producción se mantienen las relaciones comunitarias que caracterizan a la economía familiar andina “...y que se relacionan con el intercambio de productos y la reciprocidad de servicios. Estas prácticas se realizan sustentadas en redes de parentesco reales y rituales, en la creación de núcleos de afinidad de vecindad conocidos en la comuna como «sectores» y en la colaboración entre familias jóvenes a la hora de migrar, para enfrentar las duras condiciones que impone la ciudad”(Ramón, G., 1994: 27).

5.4. La economía mixta (agraria y artesanal)

El problema de la tierra, no solamente por su accesibilidad sino también por la calidad de producción, la capacidad de comercialización, la presión demográfica, etc. orientó a la población en ciertas regiones de la sierra, a complementar de manera creciente la producción agraria con el trabajo llamado “artesanal”.

Este adquirió una particular significación en la población indígena de la región de la sierra norte durante los últimos decenios, siendo los textiles el más importante rubro de producción. Recientemente ciertos productos utilizados en la vivienda indígena, como las esteras (tapiz de *totorá*), son producidos y exportados hacia los países vecinos.

⁷⁵ Es muy difícil precisar el nivel de ingresos de cada familia. “Ella se debe a dos razones: a que los ingresos son demasiado inciertos, varían de semana en semana porque dependen del mercado, y a las dificultades de poner el valor monetario a una serie de actividades que producen bienes de uso, no contabilizados por los campesinos” (Ramón, G. 1994: 27).

En general, estas actividades fueron iniciadas por grupos de familias, y en la actualidad se ha convertido en una práctica que se ha extendido a numerosas comunidades. De otra parte estas actividades se orientan a reemplazar la agricultura de subsistencia pues el trabajo artesanal es remunerado en dinero y ocupa una gran parte de la mano de obra femenina. Esto permite una mayor rentabilidad al trabajo familiar, así como una accesibilidad más inmediata a la adquisición de productos en los mercados.

Este tipo de actividad económica ha constituido una red social extensa, y que cada vez adopta no solamente una dimensión comunitaria sino subregional o regional, en la práctica se constituye como la población productora de base sobre la cual se ha definido una economía mercantil artesanal. En este sentido la dinámica de articulación de la economía comunitaria con el mercado nacional e internacional marcando una fuerte influencia sobre el conjunto de la población indígena así como en la sociedad ecuatoriana en general.

5.5. La economía mercantil de artesanías y servicios

La producción de textiles y la gran capacidad de movilización y de comercio mostrada históricamente por los otavaleños, han pasado rápidamente al establecimiento de una extracción de plusvalía significativa a partir de los productos textiles. La acumulación de capital a partir del comercio les ha permitido la compra de propiedades tanto agrícolas como urbanas, siendo que la ciudad de Otavalo ha sido prácticamente “recomprada” por los indígenas, por lo que ellos manifiestan con orgullo que *“Otavalo, será la primera ciudad reconquistada por los indígenas”*. Efectivamente, no sólo se han comprado viviendas, sino también han establecido negocios, hoteles, empresas de exportación, etc. Esta presencia se manifiesta en el plano político, pues en esta ciudad los indígenas disputan con la población mestiza los cargos electivos del gobierno local.

Las cooperativas artesanales, surgieron como estímulo de diversas fuentes financieras como el Banco Central del Ecuador, Organizaciones No Gubernamentales, CENAPIA

que es una entidad paragubernamental dedicada a la promoción de la producción compra y venta de artesanías, etc. Estas cooperativas permitieron ampliar y dinamizar esta actividad económica que estaba centrada en algunas familias residentes en la ciudad de Otavalo y en la comunidad de Peguche, y que ya habían establecido redes de venta internacional.

Si bien se considera que la producción textil se realizó en esta región desde tiempos prehispánicos, este tuvo continuidad durante la época colonial con el trabajo forzado de los indígenas en los *obrajes*⁷⁶. En la actualidad puede observarse que para el trabajo textil se utilizan técnicas y herramientas de origen prehispánicos, proceso y herramientas introducidos por los españoles en el periodo de la colonia, telares mecanizados, y de manera muy limitada, máquinas de tejer con control de computadoras.

En general la población fue dedicando un tiempo creciente a la producción de tejidos, así se observa que se establece una asociación de trabajo en cada familia y entre ellas, que ponen en común la materia prima (lana, algodón, orlón, etc.) sea con la producción local o compra al por mayor, luego cada uno realiza el trabajo de transformación de la materia prima (hilado, teñido, preparación de la urdimbre, tejido, etc.) para luego realizar la venta directa o a intermediarios (cooperativas, negocios mayoristas, exportadores, etc.). En general este tipo de actividad tuvo una gran expansión al producir nuevos productos que dejaron de ser uso exclusivo de los indígenas, y mas aún con el incremento significativo de las ventas a nivel internacional.

Esta actividad tiene las siguientes características:

⁷⁶ Jaramillo Cisneros, H. (1991) cita como referencias los documentos de los encomenderos La Gasca (1551), Espinoza Soriano (1551), Rodrigo de Salazar (1552), Sancho Paz Ponce de León (1582), etc. que evidencian que la mayor parte de los tributos eran pagados con tejidos. De otra parte, citando a Tyrer (1988) y Rueda (1988), señala que el obraje de Otavalo mantenía un promedio de 20.000 varas de tejido por año entre 1666 y 1672.

- A diferencia de las actividades tradicionales, esta actividad económica ha permitido la inserción de un sector de la población indígena a una economía capitalista, con una dinámica de crecimiento en un contexto de crisis de la economía nacional⁷⁷.
- La factibilidad de gestación y acumulación de capital monetario permitió el acceso al sistema bancario nacional (ahorro y crédito).
- La multiplicación de la fuente de trabajo ha frenado la emigración permanente hacia las grandes ciudades (especialmente la emigración femenina que partía para trabajar como servicio doméstico) mas, a aumentado la migración temporal hacia otros países de América, Europa y Asia, para la venta de los productos.
- La experiencia internacional ha tenido un gran impacto, no solo en el plan económico (a precios locales algunos productos tienen una rentabilidad del 2.000%, especialmente por la diferencia del valor de las divisas), sino también en el plan cultural (necesidad de aprendizaje de las lenguas en los países de residencia, exposición a sociedades y culturas de países industriales avanzados, adecuación de los productos textiles (forma, tallas, color) a las demandas diferenciadas, e incluso los matrimonios realizados en el exterior de sus comunidades).
- Numerosos jóvenes comienzan a residir de manera permanente en los países que desarrollan sus actividades económicas (matrimonios, estudios, establecimiento de locales de distribución y venta, inversiones en bienes inmuebles, etc.). No obstante gran parte de las ganancias son reinvertidas para dinamizar este tipo de economía como para la ayuda familiar (compra o extensión de la viviendas, vehículos, artefactos electrónicos, etc.).
- Este modelo en gestación evidencia una característica fundamental, que es el control indígena de la producción, transformación y venta al consumidor final. No obstante se observan etapas intermedias como la introducción inicial de los productos a través de los intermediarios (comerciantes de cada país), mas esta experiencia es rápidamente

⁷⁷ Racines (1993) considera que la crisis de la economía ecuatoriana es de carácter estructural (modelos productivos y de desarrollo, inversión externa y políticas fiscales, deuda externa creciente, distribución regresiva del ingreso, etc.) que se profundiza a partir de la implementación del "ajuste estructural" desde los años 70. El valor real del salario mínimo (en 1990) disminuyó un 46,5% desde 1981, considerándose que en 1986, solo el 50,9% de la población alcanzaba a satisfacer sus necesidades básicas, mas a nivel de los centros urbanos (Quito, Cuenca y Guayaquil, el 63,3% no tenían ingresos suficientes para suplir sus necesidades, mientras que en el agro y los servicios domésticos era del 84,5%.

abandonada debido a las estafas que han sido o son objeto⁷⁸. Dentro de la noción de “control indígena” debe subrayarse que al interior del mismo se libra una extrema competencia entre los indígenas por el control de los mercados externos. Por ello se establece una migración familiar (incluidos los niños) posterior al primer asentamiento del primer miembro, para prestar auxilio en su gestión, pues el lazo fundamental de los negocios continúa a ser la lealtad familiar. No obstante la masa monetaria enviada a la región de Otavalo se moviliza en términos de las reglas culturales locales (préstamos de mano, intercambios, acciones colectivas, fiestas, etc. que tienen una función social de redistribución).

- En el último lustro este modelo comenzó a ser tomado por otras poblaciones de la región central y sur andina: el caso de los indígenas del Azuay, que incrementaron la producción y exportación de sacos de lana y sombreros, así como de los Saraguros, que iniciaron la exportación de fajas.

Este modelo de economía, que tiene un rápido desarrollo en el tiempo, levanta una serie de cuestiones sobre sus impactos en la propia cultura indígena. Entre ellas aparece una cuestión fundamental, es la de ver cómo la lógica indígena interpreta la lógica del capital, que durante décadas constituyó uno de los factores que motivó la movilización y lucha debido a que los indígenas fueron los principales afectados por el establecimiento de la propiedad privada, las economías monetarias y los modelos de desarrollo adoptados por el Estado Ecuatoriano.

Según una experiencia internacional, esta lógica es explicada por los indígenas como “Los tres capitales”. A partir de una posición pragmática para tratar de preservar la tierra, o de expandirla, la población constata que a partir de la obtención del recurso dinero les

⁷⁸ Numerosos casos de estafa se dieron por parte de comerciantes mayoristas (Montreal, Nueva York, París, etc.) que realizaron compras por varios miles de dólares, que al ser pagados con cheques esto no pudieron ser cobrados, mientras que la práctica de quiebras fraudulentas les permitió evadir el pago de varias centenas de miles de dólares. La condición de indígena (de los que realizan sus actividades en países extranjeros) les inhibió de tomar iniciativas legales, mas bien la respuesta fue de reforzar la estrategia de venta directa, para evitar más pérdidas significativas.

permite adoptar una mejor defensa frente a la sociedad blanco mestiza. La experiencia de venta internacional fue desarrollada de manera temprana por familias que recibieron apoyo de entidades de los E.E.U.U. para realizar estudios en este país. El estudio obtenido, mas el aumento de la capacidad económico generó un modelo de prestigio que es rápidamente asimilado y seguido por el resto de la población. La comunidad de Peguche, es una de las primeras a mostrar este modelo, por lo que los miembros de las comunidades vecinas se lanzaron a éste tipo de experiencias por cuenta propia. El método de acierto y error es el que guía la experiencia, por ello el factor de “reserva de la información” hizo que el fenómeno de expansión rápida tardase algunas décadas en evidenciarse.

Los “tres capitales” están constituidos por el dinero invertido en: 1. la materia prima 2. el almacenaje, y 3. la comercialización. Esta división debe guardar una relación estable y deben ser reciclados de manera constante, pues se constituye en la clave estratégica del proceso:

- La materia prima requiere ser garantizada de manera continua pues la cría de animales en la limitada disponibilidad de tierra no es una garantía para sostener este tipo de empresa, por ello la región de Otavalo se ha convertido en una importante importadora de otras regiones del país y del extranjero por ejemplo: actualmente las anilinas son importadas desde Alemania o de los E.E.U.U. (o sea se compone de costos de la propia materia prima y del transporte).
- El almacenaje representa la mercadería disponible para la venta en el exterior del país, como la producción se realiza a diversos niveles (humanos y técnicos) se requiere dinero para pagar por los productos terminados (o semiterminados)⁷⁹ a nivel doméstico. Aquí deben diferenciarse dos valores para los productores: 1. el valor trabajo, que permite a la mujer trabajar en su domicilio (evitar la descomposición

⁷⁹ Como en los países industrializados se valora el trabajo manual, los *pulloveres* son tejidos por las mujeres en su domicilio. Se observa que una mujer puede tejer una prenda en 8 horas, y en el mejor de los casos pueden llegar a tejer hasta tres prendas por día. Este trabajo cuesta alrededor del 30% del precio del producto terminado (el 50% es el costo de la materia prima, y el 20% es la ganancia). Este producto va a generar una rentabilidad de acuerdo a la moneda que es vendida en el exterior, usualmente mas del 100%.

permite adoptar una mejor defensa frente a la sociedad blanco mestiza. La experiencia de venta internacional fue desarrollada de manera temprana por familias que recibieron apoyo de entidades de los E.E.U.U. para realizar estudios en este país. El estudio obtenido, mas el aumento de la capacidad económica generó un modelo de prestigio que es rápidamente asimilado y seguido por el resto de la población. La comunidad de Peguche, es una de las primeras a mostrar este modelo, por lo que los miembros de las comunidades vecinas se lanzaron a éste tipo de experiencias por cuenta propia. El método de acierto y error es el que guía la experiencia, por ello el factor de “reserva de la información” hizo que el fenómeno de expansión rápida tardase algunas décadas en evidenciarse.

Los “tres capitales” están constituidos por el dinero invertido en: 1. la materia prima 2. el almacenaje, y 3. la comercialización. Esta división debe guardar una relación estable y deben ser reciclados de manera constante, pues se constituye en la clave estratégica del proceso:

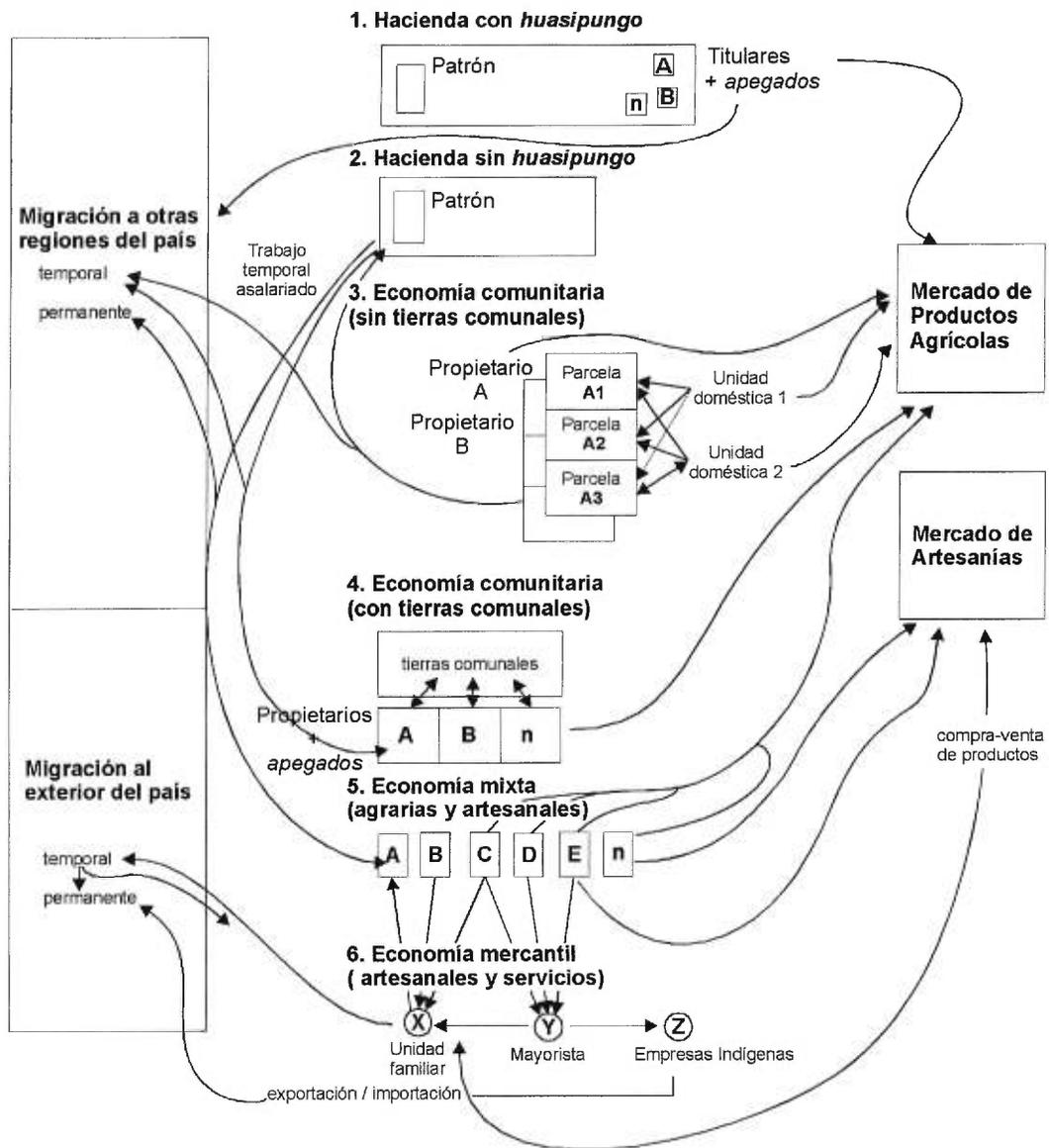
- La materia prima requiere ser garantizada de manera continua pues la cría de animales en la limitada disponibilidad de tierra no es una garantía para sostener este tipo de empresa, por ello la región de Otavalo se ha convertido en una importante importadora de otras regiones del país y del extranjero por ejemplo: actualmente las anilinas son importadas desde Alemania o de los E.E.U.U. (o sea se compone de costos de la propia materia prima y del transporte).
- El almacenaje representa la mercadería disponible para la venta en el exterior del país, como la producción se realiza a diversos niveles (humanos y técnicos) se requiere dinero para pagar por los productos terminados (o semiterminados)⁷⁹ a nivel doméstico. Aquí deben diferenciarse dos valores para los productores: 1. el valor trabajo, que permite a la mujer trabajar en su domicilio (evitar la descomposición

⁷⁹ Como en los países industrializados se valora el trabajo manual, los *pulloveres* son tejidos por las mujeres en su domicilio. Se observa que una mujer puede tejer una prenda en 8 horas, y en el mejor de los casos pueden llegar a tejer hasta tres prendas por día. Este trabajo cuesta alrededor del 30% del precio del producto terminado (el 50% es el costo de la materia prima, y el 20% es la ganancia). Este producto va a generar una rentabilidad de acuerdo a la moneda que es vendida en el exterior, usualmente mas del 100%.

familiar por la migración, cuidado de los hijos, etc.) y que le permite alternar el trabajo agrícola con el “artesanal” (según la demanda de productos). 2. El valor monetario es convenido y fijado según la práctica realizada en la región, y para su pago se utilizan varias formas. La primera es el pago directo, cuando la productora ha producido pequeñas cantidades, y especialmente cuando la economía familiar requiere de dinero para adquirir los productos básicos de consumo familiar. El segundo mecanismo es llamado crédito de confianza, este se aplica cuando se trata de mayores cantidades de productos, y especialmente cuando los productores no tienen acceso al crédito bancario para la compra de materia prima: se puede adelantar dinero para realizar la producción, o si la familia tiene capacidad de acumulación en dinero o especies, se paga con un cheque a plazo (alrededor de 30 días). Mas la gran expansión de ventas al exterior ha desarrollado una gran cadena de mayoristas que compran los productos en las comunidades, y mantienen una gran capacidad de almacenaje, lo que les permite exportar grandes cantidades de productos. Generalmente los precios varían según las centenas o millares de unidades de venta.

- El capital de comercialización, implica la inversión en pasajes aéreos, impuestos de importación y de ventas, costo de subsistencia en el país de venta, desplazamientos locales, etc. Este capital debe garantizar una factibilidad de venta rápida para consolidar los otros capitales. Esta comercialización es potencializada a partir de la ganancia obtenida por la venta de mercadería en la adquisición de productos que son llevados y vendidos en el mercado público de Otavalo: por ejemplo, la falda utilizada por las mujeres, que recibe el nombre de *anaco*, (es de una lanilla que tiene características particulares, como el color azul oscuro, la suavidad al tacto, su consistencia, calidad de abrigo, etc. y que constituye una de las prendas tradicionales que marcan la identidad) es comprada en Argentina, Canadá y los Estados Unidos.

En la página siguiente se presenta un esquema resumen de los modelos económicos.



Esquema 13: Resumen de modelos económicos coexistentes entre la población indígena quichua

En términos generales se puede observar que los modelos económicos tienen una distribución espacial en el territorio (economías comunitarias en alta montaña o territorios más alejados de los centros urbanos, modelos de hacienda delimitados sea por el poder del hacendado o las empresas agrícolas, economías artesanales más vinculadas a los centros urbanos) que se encuentran articulados por la movilidad de la población, la cual asume diversos roles y trabajos.

Esta movilidad define las características del fenómeno migración (sea temporal o permanente) pues adquiere la forma de una estrategia que adquiere distintas dimensiones:

- Desde la perspectiva económica les permite acceder al ingreso monetario para compensar la producción de autoconsumo, o para acumular capital. Esta estrategia adquiere el significado de una búsqueda de espacio frente a los límites finitos de la disponibilidad de la tierra y que da la posibilidad (al menos en sus intenciones) de adquirir más tierra.
- Desde la perspectiva social constituye una estrategia de resistencia activa tomada desde la experiencia histórica (los hijos no quieren repetir la vida de sus padres en la hacienda, los jóvenes aumentan su movilidad social y la experiencia intercultural como condición necesaria para buscar otras condiciones de vida, etc.). La salida a nuevos “mundos” (la experiencia internacional) es tomada como una nueva prueba para su identidad, que si bien, su motivo de base es la búsqueda de ingresos, a corto plazo el contacto intercultural les obliga a redinamizar sus estrategias de supervivencia en un nuevo contexto: el aprendizaje de nuevas lenguas, la comprensión de otros órdenes jurídicos, la confrontación de valores, y especialmente su éxito global que permite también la acumulación de prestigio frente a sus pares y la sociedad nacional.
- Desde la perspectiva de la salud, se confrontan a otros modelos explicativos y a nuevas patologías (esto será analizado en el próximo capítulo).

Un segundo elemento de articulación social de las economías está dado en la redefinición de los mercados locales y regionales. El espacio del mercado tradicional indígena, indígena-mestizo, o mestizo-”blanco”, también adquiere sus características de acuerdo al tipo de intercambios o de compra-venta, según su proximidad a los centros urbanos:

- Desde la perspectiva económica se observa que los mecanismos de trueque o de intercambio de mercaderías y de compra-venta con dinero⁸⁰, así como el establecimiento de valores de determinados bienes (como los animales) mantienen un carácter eminentemente cualitativo y que es traducido a valores de intercambio de productos o monetarios. Por ejemplo: el valor de un vacuno es determinado por una medida de triangulación entre la nariz, la cola y la ubre, a la cual se adjunta otro valor según el color y la salud del animal. Este valor *n* puede ser trasladado a precios monetarios o de trueque con otros animales. En general en estos mercados se observa aún la aplicación de la *yapa* o valor agregado en productos, que se aplica según el tipo de relaciones que mantienen el comprador y vendedor, en los mercados urbanos la *yapa* es un mecanismo para la captura y mantenimiento de la clientela. En el caso de los mercados artesanales se realiza la compra-venta solamente con dinero y según sus dimensiones éste tiende a establecerse en un sitio separado de los mercados de productos agrícolas.
- Desde el punto de vista social, el mercado permite el contacto local o regional para el establecimiento y regulación de relaciones sociales más amplias, la dinamización de la circulación de la información, así como el desarrollo de actividades familiares (la visita a la iglesia, al parque, etc.) o del jefe de familia (beber con los amigos).
- Desde la perspectiva de la salud, (como se verá en el próximo capítulo) permite la accesibilidad a productos naturales y farmacéuticos que circulan a nivel nacional, así como la visita al centro de salud o a determinados *yachac* (más especializados).

En este proceso emerge un conjunto de cuestiones, entre ellas el hecho que la antropología económica considera de manera general, a los sistemas de distribución y reciprocidad como las expresiones económicas de sociedades primitivas y en la cual se encuentra el postulado según el cual el don es una forma arcaica del intercambio. En este caso observamos que el don no es necesariamente una relación entre humanos, sino por razones ideológicas observamos la dimensión del don se manifiesta entre la *pachamama* y el hombre, pues ésta le da los productos por lo que se requiere la intermediación ritual

⁸⁰ Esto les permite “el acceso a productos que le han sido negados por la falta de un control de la verticalidad ecológica” (Sánchez Parga, 1994b: 28)

para mantener esta relación de don y contra-don, como reafirmación de la noción central de la sociedad quichua del intercambio como mecanismo para mantener un equilibrio integral.

Esta situación no es particular de los quichuas andinos, sino que pudo ser observada en otras sociedades:

“La noción de intercambio engloba a la vez los bienes, las personas y los símbolos; asociados en las relaciones sociales a la reciprocidad: los humanos en sociedad normalmente intercambian, sino es el conflicto, la guerra. Al límite para la Antropología Social, el intercambio, bajo sus diversas formas y con sus diversas connotaciones (mercados, transferencias, dones, reciprocidad) es la sociedad misma” (Beaucage, 1995: 5) (mi traducción, subrayado del autor).

En este sentido Temple (1986) cuando se refiere al sistema económico indígena lo denomina de reciprocidad y redistribución. A partir de la discusión de la definición de la reciprocidad dado por Sahlins (1977) que la incluye como una categoría específica del intercambio en una continuidad de formas. Temple sostiene que:

“Si se aborda el intercambio económico como lo hemos hecho para la redistribución; es decir como momento de un ciclo económico, advertimos que el intercambio remite a la competencia, así como la reciprocidad productiva a la redistribución. Sin embargo dentro de un sistema, la redistribución organiza la reciprocidad productiva (es decir el consumo, la producción), mientras que la competencia determina el intercambio en el otro sistema (o la producción, el consumo)” (Temple, 1986: 44).

De esto concluye que hay una incompatibilidad y que la continuidad no existe, pues hacen referencia a dos sistemas económicos regido por leyes necesariamente contradictorias.

En un sistema que tiene como base a familias o la comunidad, la redistribución, al beneficiar las familias más desposeídas, impulsa su capacidad productiva y se puede inferir que el equilibrio se establecerá alrededor de una media entre las capacidades más elevadas y las más débiles, que podría ser optimizadas en una perspectiva de crecimiento comunitario. Se propone así que la ley del sistema de redistribución sería: *“que la*

intensidad del trabajo es proporcional a la riqueza redistribuida” (...) “...entendiendo por riqueza lo que nosotros llamamos calidad de vida” (Temple, 1986: 51)

Al presente no se han realizado estudios específicos entre los quichuas sobre la continuidad o no, entre la lógica de la reciprocidad y la redistribución con la economía donde predominan las reglas del capital, mas teniendo en cuenta que la dinámica económica indígena se encuentra en un juego de interinfluencias, que no se explican solamente por reglas estrictamente económicas, pues de hecho el proceso de cambio sociocultural, las variables políticas, la disponibilidad y variaciones del medio ambiente, etc. nos llevan solamente a señalar una observación general:

- Los indígenas de Otavalo han recuperado un prestigio local muy elevado, si hace unos años atrás una de las fronteras determinadas por la identidad externa estaba señalado por el vestido, hoy puede constatarse que una gran parte de la población mestiza joven utiliza los productos de vestido otavaleños.
- Según el discurso de la población mestiza de la ciudad de Otavalo, ellos mismos se ven como una minoría y constatan el surgimiento de un sector indígena “rico” al que deben entregar sus servicios. Lo que supone una reinversión histórica de los roles y atributos sociales.
- Se supone que el ingreso hacia otras lógicas económicas supone una transformación sociocultural (usualmente la aculturación), mas en el caso otavaleño la disponibilidad monetaria permitió (en algunos casos) recuperar el ritual tradicional de matrimonio, para lo cual se ha apelado al recuerdo de los ancianos de la comunidad.
- A pesar de los limitados elementos disponibles, puede observarse un polo de la sociedad que se constituye como referente social, y la periferia (los jóvenes viajantes) que retornan periódicamente y que deben resituarse de acuerdo a los patrones locales, limitando la puesta en práctica de sus experiencias adaptativas adquiridas como factores esenciales para el desarrollo de sus actividades en el exterior.
- Los jóvenes emergentes de las familias que han logrado acumular capital, han desarrollado inversiones en la industria hotelera, transportes, exportación e importación según las modalidades y leyes del capital. Mas esta acumulación se

encuentra también sujeta a las normas familiares y sociales, donde la noción de explotación de la mano de obra se encuentra subordinada a las lealtades familiares, o el régimen de fiestas que continúa a permitir una redistribución económica.

El conjunto de modelos económicos muestran un mosaico complejo, donde se observa la presencia de modelos asociados a distintos períodos de la historia social de los quichuas. Sin embargo, la característica social de base, el *ayllu*, al parecer se ha mantenido con cierta constancia y donde sus normas permean a todas las modalidades económicas.

Una característica constante del mosaico de modelos, es la dinámica de los movimientos migratorios. Si bien, este desplazamiento de la población, parece minimizado al considerarse que algunos miembros de la familia buscan recursos al exterior del *ayllu*, (trabajo, bienes, dinero, etc.), en su conjunto constituyen una masa de población significativa. Cualitativamente este fenómeno de migración, así como la asistencia a los mercados (locales, regionales, nacionales e internacionales) muestran la capacidad de la sociedad quichua de generar una dinámica, que contiene, la puesta en común de las experiencias de trabajo e intercambio al interior del *ayllu*, lo que también permite el establecimiento de nuevas formas organizativas orientadas al trabajo y comercio (artesanías, empresas, etc.).

Este proceso socioeconómico, es una expresión de la dinámica del cambio sociocultural, pues la presencia y presión de modelos externos provenientes de la sociedad blanco-mestiza y de otras culturas e ideologías provenientes del exterior del país, también han sido una constante histórica.

Estos modelos externos se orientan a incidir en los distintos aspectos de la vida del *ayllu*, pues estos pueden ser vistos no solamente en la economía (hacienda, capitalismo, etc.) sino también en la religión (catolicismo, evangelismo, sectas fundamentalistas, orientalistas, etc.), en la educación (modelos educativos de la escuela oficial), en la salud (modelos médicos provenientes de occidente, etc.).

Resulta difícil conocer el peso específico de cada uno de estos modelos en el proceso de cambio sociocultural, y particularmente sobre la visión del mundo de los quichuas, debido a la puesta en marcha de procesos endógenos del *aillu* y de las ideologías de los quichuas que transforman, adaptan, reinterpretan o mimetizan los contenidos dados por los modelos externos. Mas, resulta necesario destacar que en algunos casos, esta influencia ha contribuido a conformar la explicación quichua del mundo, como lo evidencia la incorporación de deidades: *Inti*, bajo la presencia de los quechuas provenientes del Cusco, y de “Dios” y el “Diablo”, bajo el proceso conocido como de conquista y colonización española.

Los datos históricos de los últimos siglos, muestran que la presencia de modelos externos de dominación no han producido, ni un cambio radical, ni total de la población quichua. Podemos observar que en la población se han producido distintas respuestas ideológicas. Al parecer la heterogeneidad como respuesta, tanto ideológica como social, ha permitido experimentar y/o sincretizar las influencias producidas por cada uno de éstos modelos.

El estar en un mundo de coexistencia y de conflicto, ha permitido la elaboración de estrategias políticas y sociales, y que se evidencian en el plano ideológico, como por ejemplo, en la transformación del espacio físico de la iglesia católica de acuerdo a su visión del mundo (los santos “buenos” y “malos”) como se verá en el análisis de salud-enfermedad (Cap. 5, y en el Anexo IV, Caso de muerte n° 42).

En la actualidad, resta ver como se insumen las nuevas experiencias políticas e institucionales de los líderes indígenas, al interior del Parlamento Nacional (que cuenta con siete diputados nacionales indígenas) como un nuevo tipo de experiencia que contrasta con la posición de retirada o de defensa mantenida históricamente.

CAPITULO 5

EL *PATHOS*, DESORDEN Y SUFRIMIENTO: LA CONSTRUCCION DE LA ENFERMEDAD

1. Las múltiples dimensiones del *pathos*

El análisis de un fenómeno complejo, como la salud y la enfermedad entre los quichuas, requirió una aproximación multidimensional (como fue propuesta en el capítulo 2), por lo que sus resultados pueden ser analizados desde cada una de las aproximaciones teóricas, mas el propósito del presente trabajo es demostrar que la construcción de la enfermedad entre los quichuas se realiza a partir de una multiplicidad de causas que se encuentran estrechamente asociadas entre sí por razones ideológicas, es decir la fundamentación de la sociedad en paradigmas de base que la sustentan, y que van a estructurar las causas, los modos de enfermarse y la intervención de la sociedad en estos eventos.

Anteriormente se han señalado las características particularidades de esta sociedad, mas para la comprensión del fenómeno salud enfermedad es necesario destacar algunos elementos esenciales como los siguientes:

- La ideología quichua que define al mundo como una continuidad en sus diversos componentes y cuyo estado de equilibrio crítico está constituido por la relación entre los mismos. El elemento central que anima estas relaciones es el *samai*.
- Los seres (planta, animales, hombres, cerros, ríos, etc.) poseen el *sinchi* como un elemento que explica la condición de ser viviente. En el caso del hombre se concibe al cuerpo (así como de los otros seres) como una representación del mundo, donde la persona tiene una continuidad de sus atributos y características específicas con sus semejantes (la familia, la comunidad= *ailhu*). En la relaciones con los otros seres mantienen una contigüidad, mas como todos los seres están dotados de *sinchi*, van a establecerse interinfluencias específicas a éste nivel. Como estas relaciones existen deben ser materializadas o explicadas también de múltiples formas, sea

simbólicamente (como la representación de los “espíritus benéficos” o “maléficos” que adoptan representaciones específicas), o de manera concreta (como los atributos curativos de plantas, animales y minerales).

- Sobre esta concepción de vida, se establece un conocimiento basado en una epistemología particular, donde la salud-enfermedad constituye un fenómeno central para la vida. Este fenómeno es una expresión de las propias relaciones con el mundo (a partir de la cosmovisión), la sociedad (donde se dinamizan los principios de su identidad, se establecen transacciones en sus estrategias de vida, sean económicas, políticas, etc.), por lo cual se establece que el conocimiento es fundamental para vivir. Toda la experiencia (personal y social) es un camino de conocimiento que se debe transcurrir para poder establecer un conocimiento de como vivir (sobre la base del equilibrio) y no para establecer un dominio. Algunas de las personas de la sociedad quichua se destacan por el dominio de un tipo de conocimientos, por ello reciben el nombre de *yachac* o sabio, pues su conocimiento alcanza la comprensión del mundo del *samai* con el que puede comunicarse e interactuar, para restablecer el equilibrio tanto de la salud-enfermedad como de otros ámbitos de la vida⁸¹.

De otra parte, para la comprensión de la salud-enfermedad quichua debe tenerse presente que tanto la posición ideológica como el proceso de construcción y deconstrucción entre los estados de bienestar - malestar, tiene pocos puntos en común con la medicina occidental.

De manera general se pueden identificar las diferencias siguientes:

1. Desde la perspectiva quichua el saber sobre la salud está fundado sobre una experiencia histórica, que se reactualiza mediante las experiencias personales y sociales, que ponen en común este conocimiento, por lo que es la sociedad que gesta este saber y en la cual reposa la mayor parte de sus intervenciones (hogar, familia,

⁸¹ Existe una práctica corriente de denominarlos “curanderos”, “médicos tradicionales”, etc. como una analogía con el rol del médico de la cultura occidental. Esta es una posición reduccionista, pues si bien ellos desarrollan actividades centradas en la salud-enfermedad, es a partir de un rol mas extenso y específico que van a definir su acción, tanto a un nivel mas especializado (interacción con el *samai*, *sinchi*, etc.), como en las relaciones sociales.

comunidad), y secundariamente por quién tiene un conocimiento más especializado, los *yachac* y parteras. En la sociedad occidental, la medicina forma parte de un conocimiento especializado (el saber médico) que ha dejado de ser una resultante de la sociedad, sino más bien de un sector de ella, donde no necesariamente el desarrollo de la medicina está determinado directamente por la experiencia social, sino más bien por la capacidad industrial de producir investigación, tecnologías médicas, y a modular la formación profesional y los servicios de atención médica. Estos cambios fueron más acelerados a partir de los finales del siglo XVIII, donde Foucault (1963) sitúa el nacimiento de la clínica, pero en los años 70, Illich (1975) ya había mostrado suficientes evidencias sobre la gestación de un poder económico-técnico que se fue apropiando de la gestión de la “salud”. En la actualidad con el uso de nuevas tecnologías, este proceso acelera el pasaje de la llamada bio-medicina hacia una mayor especialización de la bio- tecnología, sea molecular (nuevas síntesis de fármacos, vacunas y las terapias génicas) o de las radio imágenes en 3D, o recomposición virtual de regiones y órganos por medio de la integración de las ciencias informáticas, etc., que se constituyen como un nuevo paradigma etiológico, de diagnóstico y de intervención, para la mayor parte de las enfermedades, y donde se presentan nuevos desafíos ético-políticos, especialmente sobre la propiedad de la información y la manipulación genética.⁸²

2. En la sociedad quichua las relaciones enfermo – *yachac* en el proceso de la restitución de un estado más saludable, tienen un costo que se regula y se practica según la base cultural de los intercambios económicos. Estas modalidades permiten la utilización de recursos materiales y humanos locales o regionales, por lo que guardan una menor dependencia externa y un costo (en dinero o en especies) en relación directa con la situación socioeconómica de la población. En la sociedad occidental los recursos técnicos al ser producidos en la industria, que se regula por la lógica del mercado, busca maximizar sus ganancias a partir de la venta de las “tecnologías de salud”, por lo

⁸² Las organizaciones indígenas han realizado sucesivas denuncias sobre la apropiación sin consentimiento de materiales orgánicos de la población indígena, dentro del cuadro del proyecto “Genoma Humano”, donde tanto los materiales como el conocimiento producidos a partir de ellos, son patentados por empresas privadas para la comercialización de productos médicos.

que el concepto de salud queda subordinado al de los fines económicos de la empresa y donde la población no puede establecer un control directo sobre la misma. En general la llamada industria de la salud, elabora productos de alto costo, que se expresa como uno de los factores más importantes de la inequidad en la accesibilidad de los servicios.

3. El saber sobre la salud-enfermedad es una construcción de conocimiento socio-histórico, donde las culturas van a expresar sus particularidades de acuerdo a la experiencia acumulada y según la dirección política que pueden establecer sobre su futuro. Entre los quichuas, según se ha observado en la construcción sociohistórica de la identidad, se presenta en una posición de resistencia y a la vez de sincretismo (en la mayor parte de la población) y de reinicio de una ofensiva estratégica en los planos políticos y económicos (de algunos sectores de la población), por lo que en salud observamos una alta persistencia de enfermedades y tratamientos usados de manera tradicional, con la asimilación parcial de conocimientos y prácticas sobre las enfermedades provenientes de la sociedad blanco-mestiza.

La sociedad occidental se encuentra en una amplia ofensiva sustentada en el nuevo paradigma del mercado (mundialización de la economía, control de empresas y mercados, disminución de la capacidad de negociación de la institución del Estado a partir de las “reformas estructurales”, etc.) por lo en particular las empresas farmacéuticas han incrementado su capacidad tanto de venta como de experiencia humana de medicamentos⁸³.

Las múltiples dimensiones del fenómeno desde la perspectiva quichua son presentadas a continuación, a partir del análisis de la antropología médica con las contribuciones de la epidemiología sociocultural, la perspectiva ecológica y la mediación cultural, y de la fenomenología y semiología.

⁸³ Véase los artículos de Lurie, P y Wolfe, S “Unethical Trials on Interventions to reduce Perinatal Transmission of the Human Immunodeficiency Virus in Developing Countries” en *New England Journal of Medicine*, Vol. 337 (12) p.853-856 (Septiembre 18, 1997) y Bloom, B. “The Highest Attainable Standard: Ethical Issues in AIDS Vaccines” *Science* Vol.279 (5348): 186 (Enero 9, 1998), a propósito de las investigaciones de los medicamentos anti-VIH y placebo, y las vacunas, en el llamado tercer mundo.

2. La situación de salud-enfermedad

La epidemiología sociocultural permitió observar que la gran mayoría de las personas se encuentran de manera continua en un estado intermedio de salud - enfermedad o de bienestar malestar, en el cual son frecuentes diversos signos y síntomas que desde la medicina occidental podrían caracterizarse como banales, ambiguos o no significativos.

Estos estados representan un telón de fondo de la situación cotidiana de la población, y sobre los cuales operan un conjunto de variables con las cuales se pueden construir diversos tipos de enfermedades. Es un estado que se configuran según los eventos de la vida cotidiana, y de la capacidad de respuesta que la persona o la sociedad pueden dar a los diversos factores que operan sucesivamente y en cada momento.

Desde de la perspectiva de la epidemiología clásica resulta difícil conocer el estado de salud de la población debido a que las estadísticas de enfermedad son registradas a partir de las consultas médicas de los servicios de salud de instituciones gubernamentales. Esto significa que los perfiles de morbilidad conocidos representan un fragmento de la realidad pues los indígenas consultan parcialmente o no consultan a los servicios de salud. Por esta razón se trató de establecer algunos perfiles de morbimortalidad en comunidades indígenas seleccionadas con el objetivo de tener una dimensión del problema y una orientación sobre la estructura de la misma.

Según los datos obtenidos mostró que la expresión de la enfermedad, en aproximadamente un 60% manifestaron signos y síntomas que permitían orientar o establecer un diagnóstico de enfermedad tanto por los indígenas como por la medicina occidental (Ej. diarrea, bronquitis, parasitosis, etc.) aunque la causalidad fuese atribuida a orígenes diferentes.

De estas enfermedades, alrededor del 40% de signos y síntomas sólo y exclusivamente podían ser identificadas por la cultura quichua, pues no pudieron ser interpretadas a

través del conocimiento médico occidental, por lo que de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades sólo pueden ser agrupadas en la categoría XVI de la Clasificación Internacional de Enfermedades, “síntomas y estados morbosos mal definidos” (Ej.: *mal de ojo, nervios, espanto, hechizo, cuichig*, etc.), (véase los cuadros en el anexo II).

Una gran mayoría de las mujeres (entre el 70% y 80%) y de los niños (alrededor del 60%) presentaban algún tipo malestar, síntomas o de enfermedad, siendo más de tipo crónico o de larga evolución entre las primeras, y una morbilidad de tipo aguda entre los segundos.

En el caso de enfermedades consideradas como leves o banales, se produjo una remisión espontánea (entre el 15 y 30% de los casos), mas las mujeres en general reportaron una baja frecuencia de consultas para modificar el curso de la enfermedad, la mayoría de las veces éstas recurrieron a tratamientos domésticos (uso de hierbas, productos animales, medicamentos de uso popular adquiridos en boticas o almacenes, etc.). En el caso de los niños, la familia estableció un diagnóstico y tratamiento familiar, y de manera complementaria se realizaron consultas, tanto a boticarios como a los médicos y curanderos.

En resumen se observó una alta frecuencia de estados definidos como enfermedad en las comunidades indígenas, mientras que se observó un exceso de mortalidad infantil, en Ilumán se registró una tasa de 211,3‰ como también una alta tasa de mortalidad general de 21,9‰, mientras que en Imantag la tasa de mortalidad infantil fue de 138,9‰ y de mortalidad general de 20,2‰, que en su conjunto representaron más del doble que de la observada en la totalidad de la población según la estadística del Ministerio de salud, para el mismo año (1979), siendo esta de 59,3‰ para la mortalidad infantil y 7,6‰ para la mortalidad general.

Desde el punto de vista cualitativo pudo observarse que la identificación de la enfermedad por parte de la persona o la familia, fue determinante para la toma de

decisiones y la acción. Estas fueron más activas en el caso de sospecharse la gravedad de la enfermedad, en este caso se multiplicaron los tipos de consultas hacia recursos más especializados (médicos de la ciudad, a los curanderos más poderosos de la comunidad), esta observación es semejante a la encontrada en otras investigaciones realizadas en otras comunidades de distintas regiones del país⁸⁴. En el anexo III, pueden observarse algunos tipos de itinerarios terapéuticos.

3. Estar sano - enfermo

Al tratar la salud - enfermedad como un fenómeno esencial dentro de la vida de la población y su definición como una construcción cultural, se establece que esta construcción implica un proceso continuo basado en la experiencia cotidiana entre el bienestar y el malestar de la persona y la sociedad, dentro de las cuales no puede establecerse una frontera universal.

La definición de los quichuas de la enfermedad muestra su interdependencia con el concepto salud, puesto que se refieren a diversos momentos o estados del mismo sujeto: el ser. La construcción de la enfermedad implica la deconstrucción de la salud y viceversa, por ello el estar enfermo es “*estar en desgracia (y la) ...pérdida de todo*” (“*Uncushca runaca shuc jatun llaquipimi causan*”), como una metáfora de la deconstrucción del “*trabajar...y estar feliz*” (“*Uncui illac runacuna cushillami llancan*”) que a su vez expresa una síntesis de la posición del hombre en el mundo.

Esta no es una condición natural ni ontológica del ser, sino un proceso de incertidumbre y conflicto o de equilibrio crítico, que implica adoptar un papel activo que permita la interacción con los factores que contribuyen a mantener la vida de la persona y de la sociedad y que permita su desarrollo y reproducción (mediante el *llancan*= trabajo) y de sentirse en plenitud (*cushillami* = ser feliz).

⁸⁴ Ver Varios autores “*Medicina Andina: situaciones y respuestas*”. CAAP. Quito, 1992.

Para los quichuas el sentido de los términos “trabajo” y “felicidad” no son exclusivamente un producto de las condiciones materiales de vida, pues estos también se entienden como una construcción cultural que son referenciados por la concepción del mundo y de la posición que ocupan en él. Desde una visión externa se observa que los indicadores económicos y sociales de la población indígena (renta, mortalidad general e infantil, escolarización y analfabetismo, seguridad social) se encuentran muy por debajo de los promedios de la población a nivel nacional y no obstante la situación socioeconómica heterogénea encontrada al interior de la sociedad quichua, permite identificar un sentido social de la condición de *trabajar* como un objetivo fundamental para ser indígena: [Hombre - Mujer] → [Familia - *Aillu*] (como se vió en el capítulo anterior).

El ser *feliz* implica una construcción cultural más compleja en la medida que se articulan no sólo los estados emocionales (así como otros estados subjetivos sentidos por la persona), sino que implica una resultante entendida como satisfactoria de las relaciones sociales, entre sus pares y una distancia relativa de sus “enemigos” (lo suficientemente cerca para saber que piensan y que van hacer, y lo suficientemente lejos como para impedir el conflicto). Este estado tiene también un sentido general que podría llamarse de tipo paradójal, pues es frecuente la expresión “...*nosotros lloramos de alegría y cantamos de dolor*”, que muestra la dimensión de la dinámica del juego de los estados tímicos y del nivel superlativo que pueden adquirir éstos estados, sea de construcción y de deconstrucción simultánea entre uno y otro.

El proceso de definición de un estado de enfermedad y salud, implica la desconstrucción de uno hacia la transformación en el otro, y no necesariamente siempre puede identificarse un estado puro separado del otro, aunque haya una asunción e identificación de poseer una determinada enfermedad o asumir el rol de enfermo, o de cambio del estado de su modo de vida sin abandonar totalmente aspectos puntuales saludables o compensatorios.

Por ejemplo, dos personas entrevistadas en las comunidades de Salasaca y de Teligote (en la provincia de Tungurahua), una con ceguera total después de muchos años y la otra, con una anquilosis crónica de las rodillas que le obliga a movilizarse saltando en un pequeño banco de madera, a las preguntas ¿Cómo se siente? ¿Tiene algún problema de malestar, dolor, enfermedad? ¿O alguna otra cosa que no le permita sentirse bien?, ellos respondieron “- *Ninguno*”. Efectivamente demostraban su adaptación cultural a la enfermedad incorporándola como un estado propio, y con un buen estado de ánimo continuaban desarrollando las actividades cotidianas posibles, pese a sus limitaciones físicas, pues trabajo y felicidad no estaban perdidos.

La medicina occidental⁸⁵ ha definido sus propias categorías para reconocer las diversas enfermedades, tales como las etiología, signos y síntomas, la nosografía, etc. y ha establecido una taxonomía de las enfermedades que se encuentran agrupadas en la Clasificación Internacional de Enfermedades. Para el caso de los quichuas esta manera de comprender la enfermedad no permite la utilización de la misma taxonomía, (como se verá en los resultados del análisis epidemiológico) por ello se requiere entender el proceso de construcción de enfermedad a partir de cómo son asociados culturalmente los diversos factores patogénicos, para definir los diversos cuadros de enfermedad.

La base cultural quichua entendida como materia prima de la identidad, que permite modelar e interpretar la experiencia cotidiana, determina la manera como se identifican, seleccionan y organizan lo que desde una visión externa llamaríamos arbitrariamente los factores patogénicos estructurantes o sea el conjunto de elementos adversos a la salud que se encuentran presentes y que son organizados o conjugados por la interpretación y la acción humana.

Estos factores van entrar en confluencia para producir un fenómeno que desencadena una serie de eventos adentro de un proceso de construcción-deconstrucción de la salud-enfermedad alterando el equilibrio crítico entre los estados de malestar – bienestar.

⁸⁵ Aquí medicina occidental, es referida en un sentido restringido de saber médico clínico.

La cultura que se sustenta en diversos paradigmas de base de la sociedad (que establecen el sentido de la vida y el principio de las normas que rigen la sociedad) permite su reactualización continua en la medida que incorporan las diversas experiencias de cambio dadas por la interacción de sus miembros así como con otras sociedades y culturas que guardan otra identidad. Esta experiencia organizativa, no es sólo social, sino también del conocimiento que se va adquiriendo de las relaciones interculturales, ya que permite incorporar nuevos materiales y métodos de construcción y desconstrucción de la salud - enfermedad, en un proceso continuo de negociación e intercambio.

En el siguiente esquema se presenta esta dinámica:



Esquema 15: Dinámica general de la construcción de la enfermedad

4. La organización de los factores patogénicos estructurantes

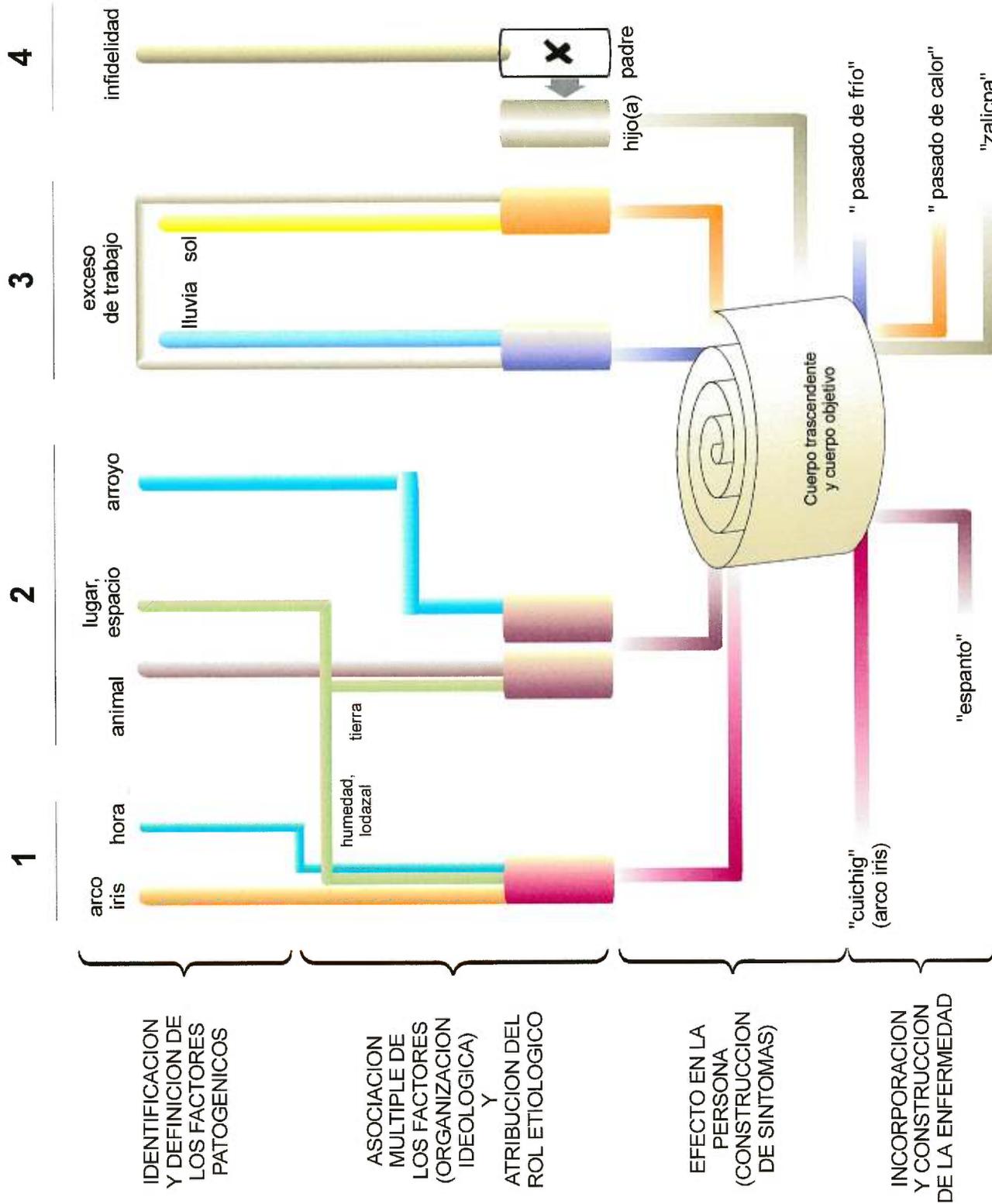
Los factores patogénicos y su manera de organizarse parten de los principios ideológicos de una cultura dada, como lo han evidenciado los numerosos estudios de la etnomedicina y de la antropología médica. Por ello podemos establecer que la identidad cultural quichua va a delimitar importantes diferencias con la cultura occidental en la manera de identificar estos factores, de organizarlos, de percibir, identificar y sentir sus efectos, de otorgarle significados y de expresar sus consecuencias.

Existen diversas vías y posibilidades para la organización y acción de estos factores, que a manera de ejemplo podemos analizar algunos casos en los cuales por razones de síntesis han sido simplificados, identificándose solamente los factores principales:

De los tipos de enfermedad más frecuentes he seleccionado cuatro situaciones, a manera de ejemplo, en las cuales se observan factores de distinta naturaleza dentro del proceso de construcción de la enfermedad. En la página siguiente se observa un esquema que sintetiza las situaciones que se presentan a continuación:

En la primera situación se asocia un factor como el “arco iris”, que como se vió anteriormente en la concepción de la cosmovisión quichua, este se encuentra en el *caipacha*, al que se asocian otros factores ambientales propicios para la producción de una enfermedad:

- Aquí observamos que se encuentran presente un factor principal, el “arco iris”, y secundariamente se presenta el factor “hora”, en la cual las horas 3, 6, 9, y 12 son consideradas como peligrosas (debido a la circulación de “...*espíritus malignos*”), en un espacio o escenario dado, en este caso en la tierra húmeda o en los lodazales.
- Estos factores constituyen una asociación múltiple para producir una enfermedad muy grave, para ello deben actuar sobre un sujeto, de preferencia una mujer que tenga cierta “debilidad” (o disminución de *sinchi*) en su *samai*. En la medida que existe una experiencia social y cultural sobre este cuadro de enfermedad, que permitan el reconocimiento de los factores nocivos por parte de la persona, este estado puede ser mejorado oportunamente, para lo cual se recurre a medidas o acciones preventivas.
- Si estos factores no pueden ser neutralizados, estos producirán una acción nociva en la persona, cuyo momento de contacto es verbalizado de la manera siguiente: “...*me ha caído la desgracia*”, “...*entonces, he perdido las fuerzas*”, “...*me ha cogido el espíritu*”, etc.), como un proceso metafórico que sintetiza la acción sobre su cuerpo objetivo y trascendente. (Este proceso será analizado en detalle más adelante).
- La respuesta en la persona es la expresión de la dinámica de la construcción de los síntomas y la enfermedad. En este caso recibe la denominación de *cuichig* o arco iris (que será descrita más adelante).



En la segunda situación, se muestra como se asocian distintos elementos del ambiente según el estado y la percepción de ellos por la persona afectada, en un momento determinado.

- Observamos que distintos factores pueden actuar de manera indistinta, en este caso pueden ser dos espacios o lugares: la tierra o un arroyo. El otro factor puede ser un animal como un perro, un toro, un ave, etc. (que tiene diversos significados según el tipo de representación dada por sus atributos, como la agresividad, o que puede ser interpretado como la representación de un “espíritu maligno”).
- La persona debe tener una susceptibilidad, como el disminución de *sinchi* o “espíritu débil”, por ello los niños tienen mayor riesgo de tener una fuerte impresión que les hace perder la totalidad o parte de su *samai* o “espíritu”. Esta enfermedad va a ser denominada como *manchanayai*= susto.

En la tercera situación, se muestra la asociación de factores derivados de la vida social, como el trabajo agrícola, asociado a los factores ambientales, según el tipo de asociación se producirán enfermedades con distinta denominación.

- El principal factor es una condición definida por la persona quien atribuye “...*el exceso de trabajo*” va a debilitar la persona, y según la confluencia de factores indistintos como el sol *sinchi* o fuerte, o la permanencia por demasiado tiempo bajo éste, que va a aumentar el calor del cuerpo (ya elevado por el esfuerzo físico del trabajo) o la caída de la *tamia* o lluvia, sobre el cuerpo transpirado, que va a producir un enfriamiento rápido del cuerpo, van a producir dos tipos de enfermedades diferentes y en relativa oposición según su intensidad: el *rupaillashac* o “pasado de calor” y el *chirillashac* o “pasado de frío”.

En la cuarta situación, se observa que los factores patogénicos se encuentran exclusivamente en lo social, especialmente en los vínculos afectivos y la estabilidad del *aillu*:

- En este caso el factor patogénico parte de una acción humana compleja que a título de simplificación podríamos denominarla “infidelidad” (en la mayoría de los casos esta es producida por el hombre), que implica la violación de una norma social.

- La particularidad de este caso es que la persona no es afectada directamente, sino un ser más débil y querido, como el hijo (sea bebé o en edad infantil). Esta es la enfermedad conocida como “*zalicpa*”.

Los relatos de los episodios de enfermedad muestran la dinámica interna de la asociación de los factores patogénicos, y de la variabilidad de cada uno de ellos para determinar la construcción de distintos tipos de enfermedades.

A continuación se describen algunos ejemplos de la asociación de factores patogénicos según la descripción de algunas enfermedades frecuentes entre los quichuas:

La *Locura* o *Loco* es definida como una enfermedad a partir del cambio de comportamiento habitual de la persona, especialmente cuando tiene dificultades para dormir, existe un aumento de la irritabilidad que lo lleva a buscar conflictos y agresiones a otras personas, expresar discursos incongruentes o que llevan a desestabilizar la vida de relación familiar y comunitaria.

“Para que haya enloquecimiento debe haber sancochado la sangre por la borrachera, la circulación de la sangre no es normal, a veces hay confusión con lo brujado, por lo tanto dicen que es brujado algunos de los curanderos, además el comportamiento del individuo es bastante alterado.” “Pueden ser varias las causas del enloquecimiento: La borrachera de día, de noche y muy repetidas veces ingerir el alcohol compuestos con agua, polvos, suciedades que ocasionan el enloquecimiento, por sufrir con muchas preocupaciones con el cuerpo muy débil y vivir muy agitado en los trabajos duros.”

Si se tiene en cuenta que “...a veces hay confusión con lo brujado, por lo tanto dicen que es brujado algunos de los curanderos” significa que tanto el factor acción o el tipo de alteración debe ser comprendido con mayores detalles de calidad o signos más específicos, para poder diferenciar si la expresión de la enfermedad obedece a otras acciones humanas, o si se trata de un tipo o variedad de esta enfermedad, o si ésta pertenece a un cuadro más complejo de enfermedad provocado desde la sociedad (el *daño*).

En esta enfermedad se pueden observar los siguientes factores patogénicos asociados:

Cuando se considera que existe una fragilidad del cuerpo, (una condición de base para el desarrollo de la enfermedad), o sea ausencia de fortaleza integral en la persona,	⇒	<i>"...con el cuerpo muy débil"...</i>
sea a nivel "espiritual" o anímico,	⇒	<i>"...sufrir con muchas preocupaciones"...</i>
así como a nivel físico, por las actividades laborales en el campo (agricultura, artesanías, etc.),	⇒	<i>"...vivir muy agitado en los trabajos duros..."</i>
↓		+
al que se agrega el consumo exagerado de alcohol, y el cual se encuentra con "suciedades" (alcohol alterado en su naturaleza e introducción de otras sustancias)	⇒	<i>"...borrachera de día, de noche..."</i> <i>"...muy repetidas veces ingerir el alcohol compuestos con agua, polvos,..."</i>
↓		+
Va a producir una transformación en su cuerpo, especialmente en la sangre que es considerado como un fluido vital que mantiene el cuerpo temperado o en su normalidad (equilibrio entre cálido y fresco). En este caso el alcohol en exceso va a "cocinar" la sangre,	⇒	<i>"...debe haber sancocado la sangre por la borrachera, la circulación de la sangre no es normal..."</i>
↓		=
lo que afecta a la persona haciéndola reconocible de manera distinta (signos) en su vida de relación consigo mismo y los demás,	⇒	<i>"...el comportamiento del individuo es bastante alterado"...</i>
lo que determina la asignación social de una enfermedad:	⇒	<i>"...hay enloquecimiento"</i>

En resumen podemos observar un tipo mas o menos simple de asociación de factores patogénicos, en la construcción de una enfermedad:

Condición de base (personal o social)	+	Acción (personal o social)	+	Alteración (fresco - cálido)	=	Enfermedad
<i>Fragilidad</i>		<i>no "normal"</i>		<i>Sangre alterada</i>		<i>Locura</i>

La intervención sobre el curso de la enfermedad es determinada para la deconstrucción del fenómeno, en este caso el cuadro de la enfermedad, y la identificación de los factores actuantes: *“Cuando está enloquecido por la borrachera debe tomarse aguas frescas de linaza, el caballo chupa, la sávila, una pizca de bicarbonato, chuchi linaza, una hoja de tocte, en el jugo de esto se mezcla el agua de Guitig (agua gasificada comercializada).”,* o sea la intervención se orienta inicialmente a detener el proceso de “cocción” de la sangre, para lo cual se hace ingerir un té en base a hierbas que van a temperar el cuerpo, a equilibrar su exceso de calor, y luego:

“Para el lavado (enema) se prepara el jugo cernido de lo siguiente: dos clases de flores de malva, las flores de borraja, dos clases de cola de caballo, escorzonera, un buen puñado de harina de cebada cruda, luego de haber sacado el jugo se añaden los remedios de la botica como la leche de magnesia, yodol, gomarabia, el jabón Aguila de Oro, un poquito de agua de Guitig, poquito de soda blanca y el agua del remolino. Con todo esto se lava internamente introduciendo el agua con un tubo de los tallos de cebada, por la nalga...”

La limpieza (sacar, eliminar) intestinal va a evitar un mayor ingreso del alcohol a la sangre, mientras que *“...exterioamente se debe frotar con la sávila, con el aguacate y con unas gotas de azúcar...”* para fortalecer el cuerpo, y a nivel de su “espíritu” o “alma” pues *“...para el enloquecimiento de mucha preocupación, se necesita la ayuda moral afectiva de las personas que lo rodean y ponerse como el mismo enfermo en descansar y serenarse y no ponerse muy nerviosos.”*

En resumen en el cuadro de deconstrucción de la enfermedad la persona, familia, sociedad, etc. intervienen sobre todos los aspectos presentes en la construcción de la misma:

Condición de base (personal o social)	+	Acción (personal o social)	+	Reequilibrio (fresco - cálido)	=	Salud
<i>Fortalecimiento</i>		<i>“normalización” no consumo “día y noche”</i>		<i>Temperar la sangre</i>		<i>Reconstrucción</i>

En el caso de la enfermedad del *mal aire* que afecta a nivel “espiritual”, y donde se requiere la intervención de un *yachac*:

“El mal aire es un espíritu maligno, espíritu de Satanás, ese espíritu es como el humo del cigarrillo que anda los días malos, durante las noches, en las malas horas y en los malos sitios. Los malos días son martes y viernes; las malas horas son a la madrugada, a la media noche, al medio día y al ocultar el sol; los malos sitios son los pogyos antiguos, casas botadas, quebradas, crucero de camino, árboles muy viejos de capulí, etc.” “...si allí hay coincidencia de encontrar con el espíritu del humano de corazón débil (tímido, descuidado) le da golpe sea en todo el cuerpo o en una parte del cuerpo, el golpe es violento o leve, según eso cae la persona enferma o a veces se mueren. El dolor en la parte afectada por el mal aire resulta sorpresivamente, la persona se queda sin ningún valor y la parte afectada se siente como que le han pegado o le han roto, por eso gritan, se revuelcan y ya se sienten una calentura leve, se sienten como que hubiese pasado enferma durante mucho tiempo con una enfermedad grave, es decir el empeoramiento es muy violento se reúnen todos los dolores”.

O retomando la narración sobre la enfermedad del *Cuichig*:

“El cuichig coge cuando las personas débiles cruzan sin persignar o sin invocar a Dios, por debajo del arco iris que está brillando, o por el lodo del arco iris que existen en las tembladeras de los cienos, o se pasa por las quebradas apartadas por donde hay el lodo y el espíritu del arco iris, este espíritu sigue al niño de la mujer recién embarazada y les asusta.” “También coge cuando se sientan sobre el sitio del cuichig⁸⁶ a las doce del día y al ocultar el sol o en un momento cuando está parado el cuichig, coge con energía.”

En estas enfermedades se observa una particular importancia del sitio y el momento como factores patogénicos específicos:

⁸⁶ Este sitio es el espacio situado debajo del arco iris.

Cuando se considera que existe una fragilidad del cuerpo, o sea ausencia de fortaleza integral en la persona (física y “espiritualmente”), como la menstruación, o un “espíritu” débil en su naturaleza (como el de los niños) se presenta una gran vulnerabilidad para ser perdidos o tomados por otros espíritus poderosos (generalmente nocivos).



En la concepción de la *Pachamama* la correlación espacio - tiempo es inseparable, los “espíritus” ⇒ “vienen” o deambulan en determinados momentos periódicos.

Si bien, pueden encontrarse en cualquier situación o momento (depende de la naturaleza y condición del factor patógeno), o hay una especificidad respecto a los días, y horas (en ciclos aproximados de cada 6 horas, en este caso⁸⁷). Estos momentos son aprovechados por la gente para detener su trabajo para alimentarse o descansar, mientras que por otra parte, el deambular nocturno de los espíritus (tanto “amigos” o “benéficos” como “enemigos” o “maléficos”) hace que sea más propicio el momento para invocarlos y realizar los rituales terapéuticos.



“... cuando las personas débiles...”

“...si allí hay coincidencia de encontrar con el espíritu del humano de corazón débil (tímido, descuidado)

“... sigue al niño de la mujer recién embarazada y les asusta”



“... ese espíritu es como el humo del cigarrillo que anda los días malos, durante las noches, en las malas horas ...”

“... en un momento cuando está parado (en el cenit) el *cuichig*, coge con energía.”

“Los malos días son martes y viernes; las malas horas son a la madrugada, a la media noche, al medio día y al ocultar el sol...”



⁸⁷ Estas horas corresponden a las manifestaciones astronómicas más evidentes (el amanecer o alba, la posición cenital del sol, y el obscurecer o puesta del sol) y supuestas (como la medianoche).

De la misma manera existen sitios preferidos por los espíritus, uno de los sitios en que habitan son las vertientes (*pogyos*) o las quebradas, o debajo de algunos árboles, siendo que en general son sitios apartados de donde habita la población, pueden ser más sombríos, o tienen características particulares como el lodo, las ciénagas o los terrenos inundables que son vistos como “suciedad”, o en las casas abandonadas donde las personas que las habitaban ya murieron.



El tránsito por estos sitios (“malos” o “pesados”) ya sea de tipo accidental u obligado, requiere adoptar medidas preventivas como tener un mayor cuidado de saber reconocer y estar consciente del mayor riesgo de enfermar en estos sitios-momentos, o realizar acciones que fortalezcan el espíritu.



La confluencia de diversos factores en un momento y sitio determinado como “malo” va a producir enfermedades generalmente asociadas al “espíritu” o “ánima” de la persona, por ello adquieren un carácter agudo y generalmente delicado o grave



Es la persona que se siente afectada, por el conjunto de situaciones vividas, la cual realizará su propia interpretación de lo vivido, y expresa los signos de una enfermedad.

En resumen podemos observar la condición material (un sitio) como un espacio de confluencia en un momento determinado de los diversos factores que van a generar la enfermedad:

⇒ *“... en los malos sitios” (...)*
“... son los pogyos antiguos, casas votadas, quebradas, crucero de camino, árboles muy viejos de capulí, etc.”

⇒ *“... por el lodo del arco iris que existen en las tembladeras de los cienos, ...”*

+

“... cruzan sin persignar o sin invocar a Dios.”

⇒ *“También coge cuando se sientan sobre el sitio ...”*

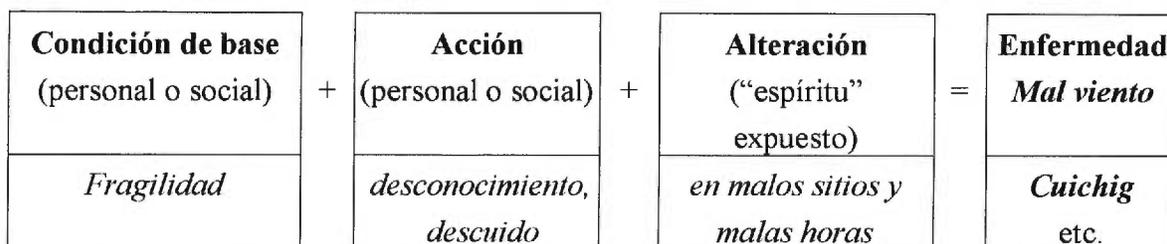
+

“... le da golpe, sea en todo el cuerpo o en una parte del cuerpo, el golpe es violento o leve, según eso cae la persona enferma o a veces se mueren.”
“...la persona se queda sin ningún valor y la parte afectada se siente como que le han pegado o le han roto, por eso gritan, se revuelcan...”

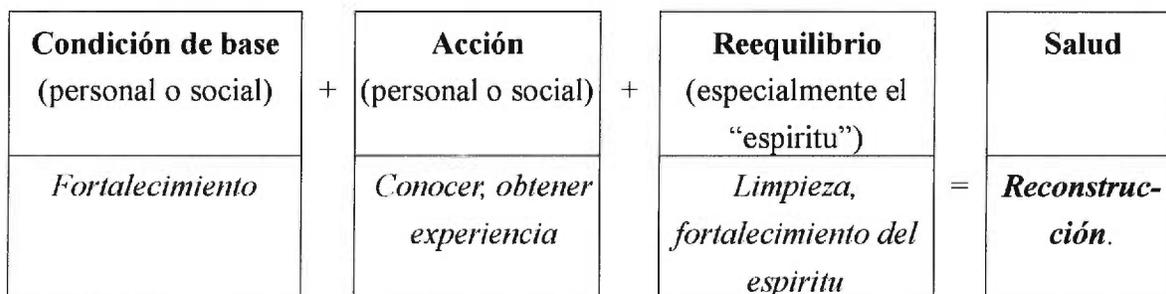
=

“mal aire”,
“cuichig”, (entre otras).

Proceso de construcción:



Proceso de desconstrucción:



5. La construcción de la enfermedad

El contacto de estos factores con la persona va a generar un proceso que va a tener una expresión en distintas dimensiones de la vida de la persona y la sociedad, esto se constituye inicialmente por un conjunto de expresiones (signos y síntomas) que confluyen hasta constituir un cuadro característico que recibe la denominación de una enfermedad.

Este contacto no necesariamente es físicamente visible, las personas van a verbalizar esta situación de distintas maneras. Por ejemplo, si la persona duerme debajo de un árbol que posee sustancias psicotrópicas, como el *floripondio* (*Datura arbórea*) pueden tener algunos síntomas atribuidos como una "caída" de algo desde el árbol, si este árbol es una *higuera*, ciertas irritaciones en la piel serán explicadas como que la *higuera* lo ha *flechado*. A nivel comunitario las epidemias son interpretadas como que estas "pestes" son "venidas" desde afuera de la comunidad, así también se interpreta "...la entrada de la mala suerte", etc. como una expresión de la noción de contagio donde los factores patogénicos no son evidentes.

La perspectiva adoptada desde la fenomenología y la semiología, permiten una mejor comprensión de este proceso, así como la identificación de cómo se activan los sistemas de significados (la explicación o trascendencia del fenómeno), los sistemas de signos (o de conformación y expresión del fenómeno) y los sistemas de acción (las respuestas al mismo) como veremos a continuación.

5.1. Construcción de síntomas y activación del sistema de signos

En el escenario de la vida cotidiana, la persona y la sociedad se constituyen como un espacio donde se producen los fenómenos que a continuación serán tratados, mas no debe excluirse que este proceso se desarrolla en todo lo viviente, por este mismo principio la salud-enfermedad de los animales guarda una gran analogía con el fenómeno vivido en las personas.

En la persona el cuerpo objetivo y el cuerpo trascendente serán tomados como el lugar de los efectos de este proceso, entendiéndolos no solamente como un espacio material y metafísico, sino como un lenguaje de un desorden que se ha gestado en un espacio que está más allá de los seres, por lo que usualmente se va a encontrar una descripción donde se usan figuras analógicas y metafóricas. Por ejemplo:

“...quemado como tener carbón”, “...como que andan un montón de hormigas en este ladito nomás”

El sistema de signos expresa de una manera integral el acto de como los factores patogénicos han afectado la persona, así como el cambio o efecto producido por la noxa, por ello se utiliza en cada expresión el sufijo *shca*, que en quichua permite denotar una cualidad definitiva.

“Cuando los papás han hablado (piñashca= regañado) a los hijos, castigan, ahí crían los nervios, o cuando los papás no dejan casar a sus hijos, también sufren y tienen nervios, ...”

“...cuando le ha golpeado (*huactashca*) sea en todo el cuerpo o en una parte del cuerpo, el golpe es violento o leve, según eso cae la persona enferma o a veces se mueren.”

... ..
 “Los que son más mayores en rato de la lluvia o frío fuerte se sienten unos dolores de los huesos que les encogen (*huañurishca*) amortiguándolos bien y se van a la cama sin soportar el dolor, por que están muy consumidos (*tucurishca*) del frío hasta los últimos huesos”.

... ..
 “Entonces el frío ha penetrado (*yaicushca*) hasta los huesos. Entonces le da el sobrepardo y éste al no ser curado se vuelve en agua blanca”.

... ..
 “...esta herida se empieza a enconar (*quiyayashca*= irritado) hasta empezar a pudrirse (*ishmushca*= podrido) por dentro sin reventar por fuera y sigue de largo hasta que se vuelve cáncer⁸⁸.”

... ..
 “...les persiguen en el sueño hombres monstruos que le cogen (*japishca*) y le violan, le asaltan, tiene inquietud durante el día y la noche, tiene mucho sueño y no tiene apetito, siente dolor (*nanai*) como si le mordiera un animal y se asustan, se sienten un poco de calenturas.”

... ..
 “Al tomar el agua fría se siente pasado (*llashishca*) el frío y el dolor es como que destroza (*paquicashca*= pedaceado) en la parte afectada que puede ser la barriga, los pies, etc. Por las noches produce calentura, otras veces el escalofrío”.

Los relatos de los síntomas son esenciales para comprender la construcción de la enfermedad, pues van a expresar la especificidad de las maneras de enfermar y la jerarquía dada a cada una de ellas por el sistema de significados. En estos relatos podemos encontrar un tipo de expresiones básicas que nos orientan a identificar las asociaciones causales de la patogenia, así como su asociación con la producción de signos y síntomas específicos.

Entre las expresiones más comunes se citan las siguientes:

- *Japishca* o cogido, significa que la persona fue tomada o asida. Generalmente se asocia a las enfermedades donde una fuerza del *ucupacha* toma posesión de su *samai*.

⁸⁸ La palabra cáncer es tomada del lenguaje médico occidental, mas su significado es aplicado a situaciones de infecciones muy graves.

- *Huairashca* o ventado, es asociado a la sensación de recibir una brisa de aire o el viento. Esta se encuentra en dos tipos de categorías de enfermedades, las que van a producir efectos predominantes a nivel físico (catarros, gripes, pulmonía, etc.), y aquellas que son más de orden “espiritual” (como el mal viento, el mal aire de muerto, etc.).
- *Llashishca* o “pasado” (muy, mucho, en exceso), que hace referencia a un desequilibrio producido por la acción de un factor que por su exposición continua adquiere un carácter patogénico.
- *Huactashca* o golpeado, que describe la manera de como se ha producido el contacto con la noxa. Este puede ser un accidente físico, el encuentro violento con el viento, la exposición al frío o calor, o con un “espíritu dañino”.
- *Llancashca* o tocado. A diferencia del anterior este hace referencia a un contacto sutil o casi imperceptible. Generalmente va a producir afecciones localizadas en la zona puesta en contacto con la noxa (plantas o animales).

La expresión somática del síntoma adopta una denominación de carácter descriptivo del signo, entre los más frecuentes se citan los siguientes: *Yahuar yashca* (ensagrentado), *punquishca* (hinchado), *sinchiyashca* (endurecido), *ismushca* (podrido), *chupushca* (abcesado), *quiyashca* (hecho pus), *rupashca* (quemado), *yaicushca* (entrado), *ucuman yaicushca* (profundizado), *jarniruyashca* (perforado), *paquicashca* (pedaceado),

Los datos epidemiológicos nos orientan a ver la ubicación de los síntomas en el cuerpo, o dicho de otra manera los puntos vulnerables de la persona: alrededor de la mitad de los síntomas son sentidos en la cabeza y entre un tercio y la mitad son situados en la parte inferior del cuerpo (el abdomen). Analizando los problemas que son ubicados en la cabeza, observamos que la gran mayoría están asociados a problemas emocionales: *nervios*, *tontera*, problemas del sueño, irritabilidad, tristeza, iras, etc.

Los quichuas no subordinan la descripción de su mal al de las características de su morfosintomatología, porque para ellos no es ahí donde se encuentra el problema y configuración de su enfermedad, pues es solamente una expresión de la misma. Por ello

en el relato del inicio de su enfermedad va a recurrir a su pasado inmediato, situando lugares, circunstancias y estados anímicos, que traducen una posible causalidad (o atribución etiológica) como una valoración del evento como una persona colectiva.

5.2. El proceso de incorporación de la enfermedad

A partir del discurso de los quichuas los síntomas son tomados como la descripción del sufrimiento de la persona, ésta utiliza un espacio corporal como un escenario que responde a la acción de los factores considerados como patogénicos y que se expresa como un conjunto de metáforas de ese proceso.

En el capítulo 4 se hizo referencia a la importancia de las metáforas, en el sentido de organizar las categorías, modelos y experiencias subjetivas, así como sobre sus connotaciones afectivas y conceptuales ocultas que orientan el pensamiento y la acción, entendidas en un sentido dinámico que permite transformar la significación y la experiencia.

En este espacio corporal se desarrolla una experiencia de enfermedad, que puede ser guardada como una memoria no necesariamente personal, pues ésta al ser constatada o validada socialmente, en términos de comparación o analogía con otras experiencias semejantes, pasan a constituir una memoria colectiva que retroalimenta la cultura para consolidar un conocimiento o saber de la salud-enfermedad.

Este conocimiento asume una base de continuidad cultural que define el espectro de las posibilidades de enfermar, que en un sentido cuantitativo sería lo que se conoce tradicionalmente por el riesgo, más en el sentido cualitativo éste depende de la ideología que define y redefine los tipos y modos de enfermarse, lo que en occidente son denominados como “cuadros de filiación cultural”. No obstante debe destacarse que como no se trata de sociedades aisladas del contacto con otras culturas, puede entenderse

una constante transformación de estos modos y tipos de enfermedades que la cultura organiza y actualiza en sus taxonomías lo que nutre un gran círculo epistemológico.

La construcción de la enfermedad se analiza como un momento de este proceso continuo de experiencia, producción de conocimiento y socialización de los mismos, tomando como punto de partida los eventos que acaecen en el espacio corporal.

Anteriormente se ha visto la concepción del cuerpo entre los quichuas, sobre los cuales existe un consenso de base en cuanto a la situación que ocupa dentro de un espacio social y cultural delimitado. En este contexto los factores patogénicos se constituyen una realidad que impresiona la esencia (en un sentido fenomenológico) que activan las sensaciones de la persona que lo lleva a una consciencia de la presencia de un fenómeno, y que durante el acto del reconocimiento del mismo, se establece un pasaje hacia una consciencia. Esto se constituye como una tríada indisoluble para la construcción de la enfermedad: sensación, consciencia y sintomatología. Consciencia es entendida a partir del reconocimiento del acto de lo vivido, y que puede activar dos dimensiones, el saber y la representación.

Los contenidos dados en esta tríada son dotados de una significación, pues este acto cobra un sentido significativo, trascendente para la vida, (aunque no todas las acciones motivadas y socialmente construidas son deliberadas o están bajo control consciente). Esta experiencia corporal puede adquirir varias dimensiones:

- la metáfora es claramente un ejemplo de construcción social de la experiencia inscrita en el cuerpo (incorporación), al mismo tiempo las metáforas se fundan sobre experiencias corporales que parecen universales (Crovitz 1970, Johnson 1987) pues ellas son puestas en forma por los datos corporales.
- es a la vez un síntoma y un símbolo y es disponible como una metáfora organizadora de la experiencia, que puede expresarse y coincidir o no con la realidad del fenómeno.

En este último caso encontramos entre los quichuas algunas enfermedades que no necesariamente se producen en el cuerpo de la persona expuesta a factores patogénicos:

como en el caso del “*zalicpa*”, y de algunos tipos de brujedos, como el “*entregado*”, que se presentará más adelante.

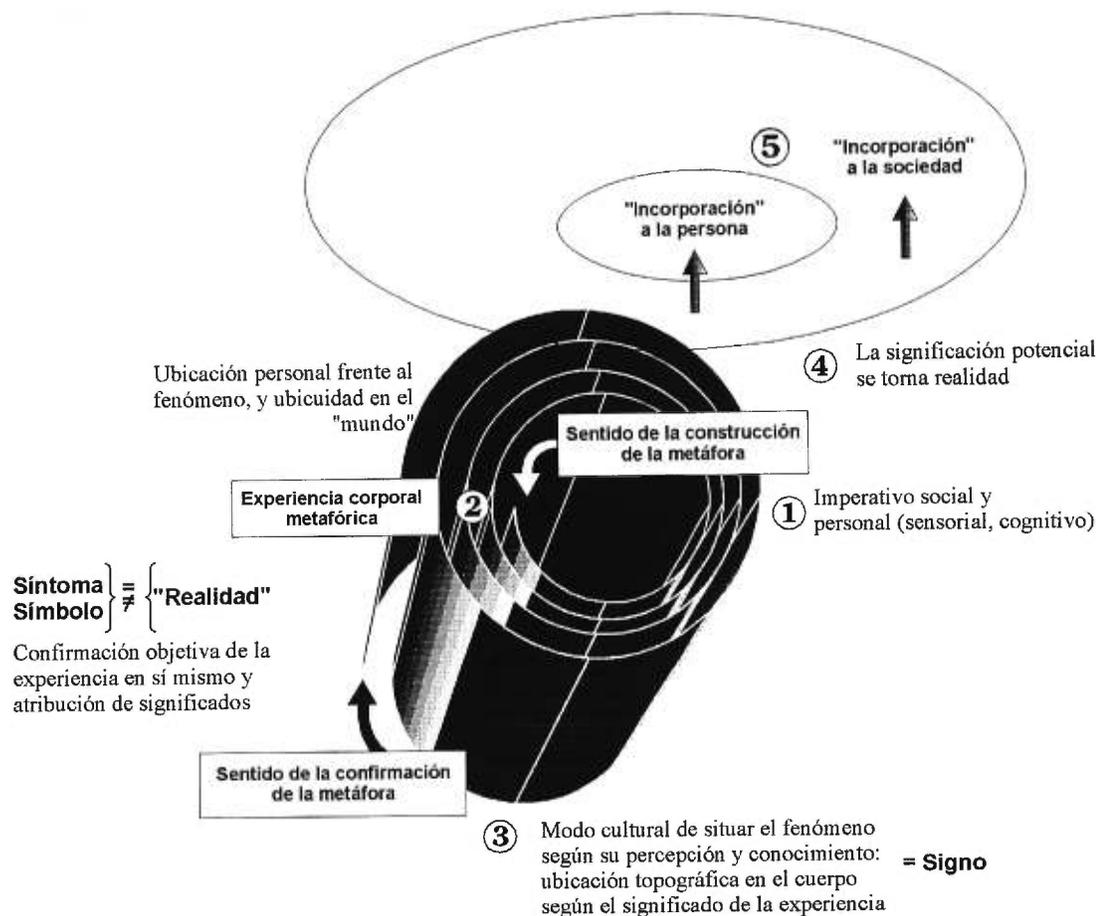
La significación del síntoma y su expresión va a confirmar la experiencia en sí misma con lo cual se establece una confirmación de la metáfora, con lo cual se establece un estado de desequilibrio, donde la enfermedad establece una predominancia sobre la salud. De manera inmediata el sistema de acción es puesto en marcha pues la atribución de un estado (diagnóstico) y de la identificación de los factores que le han afectado (causalidad del estado) va a tratar de impedir la pérdida del equilibrio (impedir la progresión de la enfermedad) o de reequilibrar la situación para volver a un estado anterior de equilibrio salud-enfermedad.

La persona ha incorporado la enfermedad con lo cual su estado o rol de enfermo es reconocido por la familia, que va movilizar sus capacidades para actuar en apoyo a la búsqueda del equilibrio.

El cuadro de enfermedad confirma el conocimiento y experiencia social, por lo que la sociedad incorpora este fenómeno en diversos niveles:

- Se ratifica el conocimiento que existe sobre el mismo (síntomas, causalidad, comportamientos sociales, cosmovisión, etc.).
- El cuadro de enfermedad en la persona, puede constituirse como un segmento de una dimensión mayor de la enfermedad respecto al ámbito familiar y comunitario. Por ejemplo: si en la familia se observa de manera simultánea que los niños presentan diarrea, el padre tiene fiebre y problemas con su trabajo, la madre presenta dolor de cabeza, etc. van a conformar un cuadro doméstico de “mala suerte” o ser indicador de un proceso mayor que esté en curso, como el “daño” o “brujeo”.
- En un desplazamiento del significado puede encontrarse que la incorporación social, reenvía a las familias o a las personas la responsabilidad sobre un estado general de malestar. Por ejemplo: las plagas o una invasión de ratas a la comunidad.

A continuación se observa un esquema resumen de este proceso.



Esquema 17: Proceso de incorporación de la enfermedad.

6. El desequilibrio hacia las *uncuicunas* (enfermedades)

Cada enfermedad es denominada con un nombre específico, mas sobre una base común de enfermedades conocidas por los quichuas, algunas de ellas son específicas de cada una de las diversas regiones andinas. De otra parte, ciertas enfermedades semejantes, son a veces denominadas de manera diferente, lo que sugiere una construcción a partir de las experiencias locales o regionales de la enfermedad de acuerdo a sus características culturales más específicas.

Por ello es difícil identificar una taxonomía única y constante de las enfermedades, pues es como si la salud-enfermedad es identificada por “núcleos” de desequilibrio que tienen una contigüidad y a veces una continuidad entre las diversas enfermedades.

Recordemos que también podemos identificar una identidad cultural de base, mas también un proceso de diferenciación o cambio sociocultural, que permite la definición de distintas taxonomías, por lo que no es posible establecer una sola clasificación de base de las enfermedades.

De manera reduccionista varios autores enuncian la existencia de una taxonomía binaria conocida como “mal de campo” y “mal de Dios”, y que si bien es cierto que muchos *yachac* tienden a enunciar estas enfermedades como categorías, debe tenerse en cuenta que es una metáfora que expresa un estado de transición cultural. El *mal de campo*, hace referencia a las enfermedades específicas de la población indígena en el campo o en algún sitio del pueblo, y que son sujeto de intervención del *yachac*. El *mal de Dios*, es traducido como enfermedades “naturales” en las cuales el ritual indígena se encuentra limitado para recuperar el estado de equilibrio de salud-enfermedad⁸⁹ por lo por extensión se dice que estas enfermedades son sujeto de tratamiento médico. En otros términos esta categoría binaria resulta insuficiente para sintetizar el gran espectro de enfermedades encontradas entre los quichuas.

En los ensayos para identificar las bases taxonómicas, encontramos regiones donde la terminología orgánica fue incorporada por lo que muchas denominaciones de la enfermedad adoptan el nombre de un órgano, en especial “hígado”, “estómago”, “riñón”, etc.⁹⁰. Estos tipos de enfermedades se agregaban en los intersticios de transición de las otras enfermedades, dándole una continuidad y contigüidad no solamente más compleja,

⁸⁹ Para algunos *yachac* este “mal” es enviado por Dios como castigo.

⁹⁰ Hacia los años 80, encontramos en el Hospital de Otavalo, una red paralela de tratamientos administrados clandestinamente en el interior del hospital. Algunos enfermeros (mestizos) recibían “pacientes” indígenas que asistían durante la noche para “lavar sus riñones”, y para el “tratamiento” se utilizaba un goteo de solución fisiológica con un complejo de vitamina B (de color rojo) en el brazo derecho para “lavar” el riñón derecho, y de la misma manera, con vitamina C (de color amarillo) en el brazo izquierdo para “lavar” el riñón izquierdo).

sino mas confusa para identificar una lógica organizativa, pues semejaba a una adición de patologías aprendidas y adoptadas del diagnóstico médico dado en los servicios rurales o urbanos de salud (públicos y privados) a los cuales la población indígena asiste.

De todas maneras, del total de descripción de enfermedades recogidas, desde nuestro punto de vista externo, podemos identificar grupos de enfermedades, en los cuales el criterio fundamental está dado por el modo de construcción de la enfermedad, es decir la multicausalidad dada por los factores patogénicos y la construcción de una enfermedad identificable por la población en un dominio determinado. Debe aclararse que en el contexto de heterogeneidad algunas de estas enfermedades pueden coexistir simultáneamente en la persona, por lo que su distinción depende del conocimiento aplicado para su lectura.

Esta definición de grupos o núcleos de enfermedades fueron discutidos con el grupo de *yachac* con los que mantuve la continuidad de investigación del problema salud-enfermedad (ya mencionados anteriormente), con dirigentes indígenas de CONAIE y la Asociación de Curanderos de Ilumán, en términos de establecer un consenso que permita una comprensión global de las enfermedades conocidas por los quichuas.

Estos grupos de enfermedades son los siguientes:

6.1. Enfermedades donde el desequilibrio o desarmonia está dado principalmente por el contacto entre la persona y el medio.

Este tipo de enfermedades evidencian el estrecho contacto e interdependencia de los indígenas con el medio, y la definición ideológica de un paradigma de base de la sociedad quichua que podemos denominar “cálido-fresco” (que será analizado más adelante).

Como ejemplo podemos citar una explicación dada por los quichuas del cuidado que debe tenerse durante el acto de orinar:

“...si es de noche, y la persona ha estado tomando la merienda, su cuerpo está caliente. Si desea orinar debe hacerlo en un sitio cálido, pues muchas

personas descuidadas salen fuera de la casa y orinan en el frío. El líquido caliente que sale afuera, va dejar que el frío de afuera entre hacia la vejiga, lo que hace que se enferme, pues la vejiga se resfría. Esto es más peligroso en la mujer que en el hombre.”

Este intercambio de calidades (fresco-cálido) es una expresión de la dinámica del intercambio de estados que buscan una armonía o equilibrio. Esta calidad no debe entenderse en términos de las leyes de la física sino como una construcción cultural para la comprensión y ordenamiento cualitativo del mundo.

Otros ejemplos de este tipo de enfermedades han sido citados durante la explicación de los síntomas (exceso de trabajo y exposición al sol o a la lluvia), a manera de ejemplo citamos la “*enfermedad del frío*”, sintetizada a partir de diversas descripciones regionales.

6.1.1. Enfermedad del frío

El sistema de signos muestra como se produce este proceso en el cuerpo de la manera siguiente:

“El frío comienza con el amortiguamiento, luego viene la sensación como que azota el viento frío, ya vibran los músculos y los tendones, en rato de la sombra o lluvia se tiembla de frío sin poder soportar, los pies se sienten bien atados, de pronto por las noches da los calambres y se siente un dolor feo como que se destrozán los huesos de los pies y de las manos.”

“El frío afecta directamente en el primer instante los pies, en las piernas, en las manos, en los brazos y en las partes que han sido golpeados o heridos mal cuidados en el momento de la curación, y en la vejez resultan los dolores del frío.”

“El frío destruye los huesos cuando es mayor (adulto, anciano) y débil, pero también puede dar frío en menor grado a los niños y a los jóvenes, es decir el dolor sería leve, pero tienen mucho frío que no se pueden abrigarse. Al tomar el agua fría se siente cargado el frío y el dolor es como que destroza en la parte afectada que puede ser la barriga, los pies, etc. Por las noches produce calentura, otras veces el escalofrío.”

“El frío resulta sobre todo cuando la persona avanza a una edad de más de cuarenta años, y es progresivo, en rato de frío se sienten muy débiles y sin ningún ánimo para trabajar absolutamente nada. Los que son más mayores en rato de la lluvia o frío fuerte se sienten unos dolores de los

huesos que les encogen amortiguándolos bien y se van a la cama sin soportar el dolor, por que están muy consumidos del frío hasta los últimos huesos.”

“El frío puede afectar en todo el cuerpo y ambos sexos, puede doler la cabeza, el hígado, la barriga, los pulmones, la costilla recta y la columna vertebral, puede dar mareo y las punzadas así como el caso del calor, se sienten escalofrío.”

“El frío también afecta los oídos, a la vista, a la nariz y a las amígdalas de la garganta” “En caso de los pies se vuelven como jorobado y en las manos mancas. El dolor es siempre en rato del frío, en rato del sol se mantiene el cuerpo fresco.”

“Las mujeres empiezan a hacer víctima del frío desde el primer parto, allí el frío afecta las partes vaginales, el útero y les da sobreparto, porque con más facilidad les azota el viento frío en el cuerpo caliente y tierno.”

Como se observa, esta es una enfermedad que se produce en el caipacha, y en el relato no se menciona ninguna intervención de alguna fuerza “espiritual”, sino mas bien se vinculan a las condiciones materiales de vida del ambiente:

“Cuando las personas están cruzando por los altos páramos pueden morir encanijados o con soroche (anoxia de altura) instantáneamente, puesto que se congela la sangre y deja de circular y quedan tiesos.”

.....

“El hecho de ser campesino indígena tiene que trabajar desde la madrugada en oscuridad van pisando en el lodo, en la helada, en el rocío y el viento frío que azota en la cara (ojos, oídos y entra por la respiración), ya al llegar al lugar de trabajo pasan todo el día metido los pies en el lodo en la siembra de papas, trigo, cebada, etc. hasta anochecer, también el cuerpo está mojado y la ropa se seca en el cuerpo y las manos que se congelan del frío. Regresa a la casa, no se cambian la ropa inmediatamente ya sea por no tener, ya sea por no saber las consecuencias del futuro.”

... ..

“Las mujeres cortan las hierbas mojadas desde la madrugada y amarcan (sostener en los brazos) o cargan las hierbas mojadas y se chorrean de agua hasta llegar a donde los animales o pasan durante el día lavando la ropa en el frío metidos los pies desnudos y por la tarde regresan a las casas cargadas esa ropa mojada que el agua le pasa a la rabadilla, la columna.”

.....

“Los trabajos en las haciendas son muy obligados realizar aunque llueva todo el día, tanto en la agricultura como en la ganadería, trabajos que son muy fuertes y sin ninguna alimentación que les recupere la caloría ni el vestido que les proteja bien, así sufren lejos de sus casas consumiéndose del frío hasta los huesos.”

... ..

Esta experiencia de enfermedad moviliza el sistema de acción para tratar de impedir sus efectos, mas también observamos que esta acción trasciende a la persona para ser vista en el saber de la sociedad, con lo cual observamos un vínculo directo con lo que podríamos designar como el paradigma social (que será presentado más adelante).

Respecto al conocimiento y la experiencia adquirida, en los talleres comunitarios se expresó:

“Los adultos también se buscan las enfermedades del frío, por no saber la consecuencia que van a sufrir en el futuro.”

... ..

“La madres deberían tener un conocimiento acerca de la crianza de los niños, para que sepan cambiar pronto los pañales, para que se alimenten bien y no les hagan llorar de gana por la incomodidad y el dolor que tienen por el frío o por la mala alimentación que les dan, etc. Hay madres que por no saber les dejan tirados a los niñitos y esto significa que están buscando la enfermedad de sus hijitos.”

... ..

“Las que dan a luz no tienen una dieta adecuada, no se cuidan del frío, se bañan, se lavan y se tomen aguas crudas y frías; ésto perjudica directamente en la salud de la mujer, por que el frío penetra más en el cuerpo que no tienen las vitaminas, calorías. El viento frío y el agua fría produce no solamente frío, sino reumatismo y sobrepeso.”

... ..

“Andar como quiera sin cubrirse bien el cuerpo, ni le cuidan a los niños del frío, les dejan mojados aunque lloren, ellos mismos se sientan en los húmedos, hacen la casa muy fría, se bañan en donde quiera, se agachan o se arrodillan como quiera, es decir andan como los niños huérfanos sin ninguna protección para prevenir.”

... ..

“...en las fiestas, muchos de los indígenas son muy novedosos de las fiestas y de borrachera. Entonces en las fiestas pasan durante ocho días (carnaval o San Juan, etc) bailando, bebiendo y durmiendo en cualquier casa o en los caminos o chacras metidos en pozos de agua o bajo las lluvias mojados y tirados una lástima, como son jóvenes sienten frío, peor el dolor por el frío. Pero son los momentos que están trazando o

adquiriendo las enfermedades para la vejez, así como en caso de reumatismo que nadie ni siquiera los médicos les podrán curar y así tendrán que morir sufriendo con lamentos.”

... ..

“En primer momento no deben emborracharse para no quedarse mosqueados y tirados una lástima en los fríos y sin dinero; no debe tomar agua cruda y fría en donde quiera. Por ejemplo en los pozos permanentes; también la chicha fría ya fermentada hace mal; no se puede comer sobras y frías; no se puede tomar la leche cruda o fría, hay que cuidar uno mismo de la salud.”

... ..

Respecto a la responsabilidad personal y social:

“Nadie va a cuidar ni salvar el cuerpo de otra persona, sino uno mismo debe preocuparse de cuidarse sobre todo en las alimentaciones y en las bebidas y en el vestido adecuado que se cubra del frío, lo mismo la casita aunque sea pobre, debe ser limpia y abrigada. En tal virtud no se puede tirar el cuerpecito de uno abandonándole de salud, hay que cuidarse bien. A través de una buena protección, en los momentos de invierno, con sombreros, ponchos y pantalones de caucho como nuestros antepasados. Lo mismo las mujeres deben cubrirse por lo menos con los plásticos.”

... ..

Frente a los eventos vividos durante la migración:

“...en los viajes, muchas veces los indígenas se viajan a la costa en tiempos del invierno a traer los alimentos y son sorprendidos por el aguacero en el camino y les coge la noche, tienen que dormir en las posadas mojados y continuar con la ropa al siguiente día secándose en el cuerpo en el sol por la tarde mojarse nuevamente, se arriman los pantalones para meterse los pies desnudos en el lodo profundo.”

... ..

Los alimentos son recursos esenciales que no solo son entendidos por sus propiedades nutricionales, sino también deben ser entendidos dentro de una situación de intercambio con su medio, por lo que su calidad permite contribuir para el mantenimiento de un equilibrio de la persona, no obstante el desconocimiento de los mismos, o su uso inadecuado pueden producir enfermedades específicas:

“Entre los alimentos más peligrosos que pueden causar dolores por el frío o puede dar cólicos y matar son los siguientes: la calabaza de sobra y fría, la leche cruda y fría, sopa de arroz de castilla, arroz de cebada, la alverja sea en seco o en sopa es enconoso, el trago de las cantinas que

son impuras, y la chicha fermentada, en parte también es dañina la cola (bebidas gaseosas embotelladas)."

A pesar de que los signos de esta enfermedad son fáciles de reconocer, la intervención de un *yachac* va a establecer una confirmación de la enfermedad para diferenciar la intromisión de otra enfermedad simultánea, pues la gravedad va a estar dada por que *"...la sangre por el frío se coagula."*, lo que va a definir una deconstrucción de la enfermedad, pues: *"...la sangre se congela y toca derretirla para que se circule normalmente y se calme el reumatismo o los dolores fuertes o sucesivos."*

Para esto se confirma el diagnóstico a través de la orina, pues: *"...la orina de la persona que tiene frío es blanca medio lechada, a veces como la chicha de jora blanca, a veces como del calor o es la orina clara y blanca."* (mas) *".. el frío avanzado se asemeja al dolor del calor, por eso es indispensable ver primeramente en la orina, en el cuy⁹¹ o en el pulso para no confundirse con el calor."* (...) *"...en el cuy pelado se ve en las patas y en la rabadilla es pura baba blanca. También los que saben ver en el pulso detectan el frío a través del pulso que es lento y pausado. Pero si es resfrío el pulso se timbra como que estuvieran las dos cuerdas templadas a los dos lados, entonces uno se mueve más que el otro, es decir se desigualan."* Esta es la evidencia del desequilibrio, mas debe tenerse en cuenta el "pulso" no hace referencia a la onda de circulación de la sangre, sino al *sinchi* o fuerza que porta. De otra parte se requiere la puesta en marcha de acciones que impidan la progresión de la enfermedad pues va a afectar un aspecto fundamental de la persona, la circulación de la sangre que porta el *sinchi* (como se vió anteriormente en la descripción del concepto del cuerpo):

"Para empezar a hacer el tratamiento lo primero que hay que hacer es fijar bien en la orina, cuando es frío en blanco, en el pulso y en el cuy, también para los que saben en la espelma (vela)."

⁹¹ El uso del cuy para fines de diagnóstico, no es de uso exclusivo de la población indígena, pues este mismo procedimiento es utilizado por los curandero/as mestizo/as. Este consiste en tomar un *cuy vivo* con el cual se frota vigorosamente el cuerpo de la persona enferma. Durante este proceso el *cuy* es asfixiado por el *yachac* o curandero/a. Luego se lo despelleja con cuidado, mientras se realiza una lectura del interior de la piel y del cuerpo del animal, y finalmente se abre el tórax y abdomen para observar los órganos. Los signos observados por el *yachac* o curandero/a (coágulos, depósitos de grasa, o anomalías identificadas) mostrarán de manera analógica lo que sucede en el cuerpo del paciente.

“Después de frotarse con las medicinas cálidas deben cuidarse del frío por lo mínimo hasta quince días sin meterse en agua fría, sin tomar aguas fría, y sin estar descubierta en el viento frío, sino que debe estar con las telas de lana abrigadas y comer los alimentos templados y calientes. Al cometer el error de enfriarse se destempla la sangre (chiri rupa) y para volver a curar se hace casi imposible.”

“Entre los montes (hierbas) cálidos que sirven como medicina para el frío son los siguientes, pero son de tomar hervidos: manzanilla, toronjil, hierba luisa, menta, arrayán, tola, matico; para el estómago agua de canela o sragosa; para la cabeza las hojas del nogal u hojas de uva. Para frío en general se puede tomar para que se abrigue el intestino el agua de albahaca, guabiduca, anís de castilla, anís estrella, malba olorosa, cedrón. Cuando está con calentura por las noches debe tomarse agua de pelo de choclo, una hoja de café y un poquito de manzanilla con el jugo de limón y azúcar. Inmediatamente se le frota con el limón asado o con naranja asada.”

“Pero el dolor ya es avanzado con calambres y dolores fuertes se necesita más combinaciones en la misma frotación, en este caso se necesita preparar una pomada con las siguientes grasas: infundia de gallina, manteca de chivo, un poquito de grasa de cui, riñonada de borrego, un poquito de manteca de gato, manteca de zorro y manteca de vaca negra. Todas estas grasas deben ser muy bien calentadas y bien amasadas ya listo para frotar varias veces con previo calentamiento. Pero antes de iniciar la frotación es necesario lavarle muy bien los pies, la piernas con agua hervida tibia de los siguientes montes: hojas de calahuaya, hojas de telmo, hojas de taruga jallu, marco, matico, arrayán, el líquido del fruto del frutipan de la costa (o árbol del pan), etc.”

“Otros en cambio se van a hacerles bañar en trago resecado (trago que sale luego de haber salido unos 4 litros de trago normal) allí mismo hacen el vapor en el agua hervida de todos los montes cálidos anteriormente mencionados, posteriormente se frota las manos y los pies con la vinagre de castilla bien caliente.”

El tratamiento no sólo implica el uso indiscriminado de elementos cálidos, pues esto requiere un evitar la producción de otros desequilibrios, pues:

“... aunque sea del frío hay que tener cuidado que no pase al calor intestinal, para los riñones se necesita tomar agua de hierbas frescas con la medida o hacer poner sueros refrescantes.”

De otra parte la intervención en esta enfermedad debe tomar cuenta del tiempo:

“Con esta frotación de las pomadas los que son recientes se curan violentamente (rápido) solo con las frotaciones de todas las noches en rato de acostarse. Pero si la persona ya está en la cama tendrá que demorar mínimo unos dos meses con la frotación de tres veces al día, por la mañana, al medio día y por las noches, es decir se necesita tener mucha paciencia, sobre esta frotación se debe amarrar con las hojas calientes de hortiga negra, pero al principio no hace ningún efecto, sino poco a poco va derritiéndose esa sangre cuajada o congelada por el frío.”

Finalmente, pueden aplicarse otros recursos terapéuticos:

“Durante el tratamiento todos los días debe sacar al sol las cobijas o abrigar (calentar) en candela (fuego, lumbre) y al enfermo tenerle envuelto con rebozos gruesos de lana o con las cobijas bien abrigadas, lo mismo cuidarle en la alimentación hasta que se cure muy bien. En caso de dolor de los brazos con el frío hay que amarrar con las hojas calientes de matico y de retama por las noches, luego de haber frotado bien con la pomada o mentol de David.” “Otros suelen ir a hacerse inyectar con la vitamina de calcio Santos, en donde los médicos, en las piernas, luego se van a bañar en aguas termales calientes y sobre eso se bañan en la casa con agua de matico y menta con vapor, también se toman las cápsulas de Alreomón (antireumático) para el dolor de los huesos.”

La experiencia de esta enfermedad no sólo hace referencia a su conocimiento y manejo, sino también, sobre quienes la curan:

“Cuando es el frío muy pasado, los médicos de los hospitales nunca se entienden a curarlos, como los medicamentos no les alcanza a hacer efectivo para los dolores del frío y al ver que se sienten con el mismo dolor al menos en el Hospital de Guayaquil, según las informaciones de los que han ido como pacientes, dicen que los sacan en carretillas a la calle luego de ser atendidos sin ningún resultado.”

Según estas descripciones de los tratamientos se constata que existen diversas modalidades para puede reestablecerse el equilibrio, se van a utilizar hierbas cálidas, productos animales, y dentro de ellos los más cálidos posible (vaca negra, gallina, etc.) hasta medicamentos de fabricación industrial.

6.2. Enfermedades donde el desequilibrio o desarmonía es transferido a la persona.

En este tipo de enfermedades se expresa la idea de que una entidad externa va a penetrar en la persona, sea bajo una forma concreta (por ejemplo una “sombra”, “suciedades”, etc.) o de manera más abstracta, la influencia de una fuerza o voluntad externa que va a producir un *daño*. En general estas enfermedades son construidas a partir de lo que denominamos el paradigma de la cosmovisión (que será presentado más adelante), y que se vinculan esencialmente a la circulación de espíritus “malignos”, u objetos vinculados a ellos, en el mundo.

La persona es representada como un escenario donde se establece un combate entre fuerzas antagónicas, que tiene una extensión desde otros escenarios, como la sociedad (entendida inicialmente como un espacio de armonía, pero también susceptible de desequilibrios que se expresa a través de las *envidias*, la diferenciación social, las disputas de tierras, los problemas personales, etc.), las iglesias⁹², el espacio donde se desarrolla la acción ritual de los “brujos”⁹³, los sitios geográficos considerados como “pesados” o peligrosos por las características de hábitat para los habitantes del *ucupacha*, etc.

En general se van producir signos específicos que muestran los sitios del cuerpo que son afectados principalmente, como los siguientes:

<i>yurac shungu nanay</i>	dolor del corazón blanco
<i>yana shungu nanay</i>	dolor del corazón negro
<i>uma shincashca</i>	mareada la cabeza
<i>yahuarishpa</i>	orina con sangre
<i>caracha</i>	costra (en la piel)
<i>sigshi (shicshi)</i>	comezón, sarna

⁹² Según la ideología quichua el atrio de la iglesia se divide en dos alas (en las se encuentran ubicados las imágenes de los santos), donde se considera que hacia un lado se identifican los santos “buenos” mientras que del otro están “los malos”. Entre estos últimos se encuentra un “santo” dominante conocido en la región norte como “San Bernardo”, que adopta otros nombres en otras regiones de la sierra. La iconografía cristiana es transformada hacia la complementariedad dada por la cosmovisión indígena, y donde el templo materializa en la tierra una representación de la “casa de los dioses” donde se va a establecer una coexistencia crítica. (véase la descripción de la Situación tipo 5 caso de muerte n° 9, en el anexo III).

⁹³ El *brujo* es una categoría superior de los *yachac*, pues su conocimiento ha alcanzado un nivel no sólo de contacto y manipulación de poderes dados por “espíritus benéficos”, sino de dominio y manipulación de “espíritus dañinos”, que son los que van a producir el “mal”.

En el caso de enfermedades más asociadas a los seres del *ucupacha*, la mayoría de los signos van a estar asociados a la muerte, como por ejemplo:

<i>aya japishca</i>	espíritu del muerto
<i>aya macashca</i>	borracho del espíritu del muerto
<i>aya sicashca</i>	sentir el espíritu del muerto
<i>aya ricushca</i>	ver el espíritu del muerto

La noción de muerte se verá en el final del presente capítulo.

Este grupo de enfermedades tiene una doble presencia en la sociedad quichua, por un lado, tiene una alta frecuencia epidemiológica que no es percibida por el sistema de salud occidental, pues los médicos niegan y se oponen a ésta categoría de enfermedad (en el mejor de los casos los síntomas son considerados como psicósomáticos⁹⁴), mientras que de otra parte, son una reafirmación de la ideología de base de la sociedad en la cual la cosmovisión constituye uno de los paradigmas centrales.

En este grupo se encuentra una amplia variedad de tipos de enfermedades:

Anteriormente ya se describieron algunos aspectos de *cuichig* o arcoiris, donde el sistema de significados quichua nos orienta a comprender como la metáfora del “diablo” o “seres maléficos”, representan uno de los elementos más importantes para producir un desequilibrio en la sociedad quichua. El fenómeno de reproducción de estas entidades o “fuerzas”, a nivel del *caipacha* o “esta tierra”, que a través de una conjunción de factores que van a embarazar a una mujer (o transformar su hijo en gestación), van a movilizar el sistema de acción (personal y social) para neutralizar las consecuencias del fenómeno que incluso conduce a la producción del aborto. En el caso de un nacimiento del hijo de *cuichig* se presenta a manera de ejemplo, uno de los relatos obtenidos en los talleres comunitarios de parteras:

⁹⁴ Recordemos que entre los quichuas la concepción de la persona y el cuerpo no hace una distinción entre la psique y el soma, sino que los elementos fundamentales están constituidos por un conjunto (*samai*) de “almas” o espíritu que está/n dotados de algunas funciones conocidas como psíquicas (incluidas en el *sinchi*).

“Al llegar la ví y la tanteé (...) la criatura nació muy suave dentro de una bolsa, era un animal feo, (...) los dientecitos habían sido como del pez, la cabeza era de puro gris, era con los dedos para atrás y los talones para adelante, con un cachito (cuerno) y sin oreja, así era el niño, pero asicito muy chiquitico. La pobre mujer ya se iba a morir con mucha hemorragia (...) ella estaba pidiéndonos, por favor traigan a mi niño para dar de mamar. ¡Qué íbamos a dar ese monstruo!. Inmediatamente hicimos un niño de trapos con los pañales y envuelto con la faja y gorrita y le dimos que lo abrace, allí se quedó callada durmiendo. Como era muerto inmediatamente lo mandé al pantión. Esa mujercita no se murió hasta ahora está viviendo y andando.” (Testimonio de Juana T.C. partera de la Comunidad de Gradas Chico, Bolívar. Recogido el 2/5/1981 por Tránsito Chela)

6.2.1. El mal aire

El *mal aire* es una de las entidades más frecuentes y conocidas, ésta puede adoptar distintos nombre y variantes, como la enfermedad del “*cerro*” que se encuentra en la región de Bolívar, y cuyo significado está dado por la presencia de “... *un espíritu maligno que está apartado como en las huacas, casas antiguas abandonadas, pozos antiguos, árboles de capulí de muchos años, las quebradas o rocas muy alejadas y feas, los cascajos muy votados, las ruinas de casas antiguas, es decir en todos los sitios malos reina el espíritu del demonio o duende.*”, donde se produce el encuentro de una persona, que por negligencia, desconocimiento o incredulidad, pasa o se instala en estos sitios:

“Cuando las personas caminan sobre esos sitios o en esos lugares malos de repente se asustan con las serpientes o algún ruido extraño, se caen, se rodan, se bañan, se duermen y al despertar se asustan, andan sin ninguna prevención sin la persignación y rezos. Entonces el espíritu del diablo lo primero que le agarra o pega es el corazón y chupa la sangre del espíritu humano y causa los dolores en cualquier parte del cuerpo de la persona humana.”

Se observa aquí dos elementos centrales para la producción del fenómeno: Una persona susceptible, especialmente se señala un aspecto de negligencia, sea el desconocimiento o la falta de prevención. La expresión católica de “...*la persignación y rezos*” es un acto adoptado por lo quichuas a partir de la presencia de la iglesia católica, mas cuando observamos los dibujos realizados por los quichuas y que describen esta enfermedad, el

acto de rezar es representado como un pensamiento de los espíritus (véase el dibujo de la página siguiente).

El sistema de significados caracteriza la experiencia de la enfermedad de la siguiente manera:

“El cerro puede coger tanto a los niños como a los adultos en las horas, en los días, en los sitios malos, cuando se asustan con su sombra el espíritu de la persona , sobre todo cuando son débiles”.

Mientras que el sistema de signos, evidencian que:

“No pueden dormir por una pesadilla que le persigue en cuanto se cierra el ojo, les persiguen en el sueño hombres monstruos que le violan, le asaltan, tiene inquietud durante el día y la noche, tiene mucho sueño y no tiene apetito, siente dolor como si le mordiera un animal y se asustan, se sienten un poco de calenturas (tipo de fiebre).”

.....

“El cerro hace alocarse, hace revolcarse, darse golpes, se vuelven inconscientes y expresan sin sentido. Al obscurecerse se vuelven como locos de verdad como el maligno (“diablo”), con dolor, ardor y punzada.”

... ..

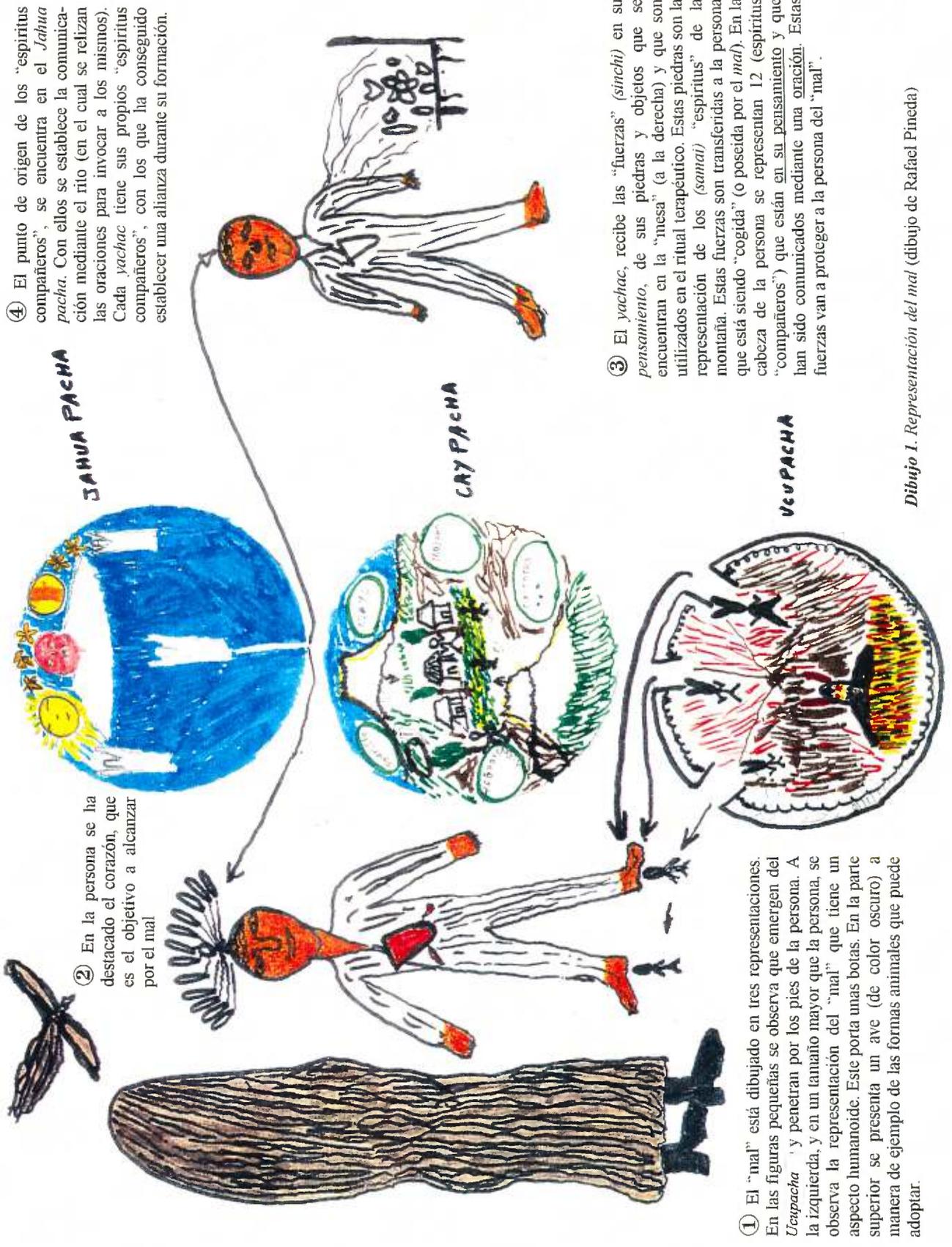
“En el corazón se siente aburrimiento, dolor, tensión.”

... ..

“El cerro puede afectar a cualquier parte del cuerpo sea los ojos oídos, pies, manos, cabeza estómago, etc., los dolores se agravan más a las doce del día, al ocultar el sol, a la salida del sol y en la misma hora en que se asustó. La parte afectada se hincha en forma de muelas como que le han golpeado, duele como que pinchara con las agujas o le sacara un pedazo, esto puede durar meses, a veces se tajan los labios, surge una bola en el pie, al inicio se siente mucho sueño, cansancio y pereza, es algo similar con el mal aire, los dolores son repentinos y manda a la cama, a veces le mata violentamente a la persona cuando el cerro es muy bravo y después de la muerte el cadáver es convertido en color verde y tiende a morado.”

... ..

“Cuando es el cerro manso le tiene amortiguado el cuerpo, con frío, muy pálido, no tiene hinchazón. Los viernes y martes tiene mucho sueño, no tiene apetito, sino que quiere comer solamente golosinas muy difíciles de conseguir, al comer la leche y el queso tiene náuseas.”



④ El punto de origen de los "espíritus compañeros", se encuentra en el *Jahua pacha*. Con ellos se establece la comunicación mediante el rito (en el cual se relizan las oraciones para invocar a los mismos). Cada *yachac* tiene sus propios "espíritus compañeros", con los que ha conseguido establecer una alianza durante su formación.

② En la persona se ha destacado el corazón, que es el objetivo a alcanzar por el mal

③ El *yachac*, recibe las "fuerzas" (*sinchi*) en su *pensamiento*, de sus piedras y objetos que se encuentran en la "mesa" (a la derecha) y que son utilizados en el ritual terapéutico. Estas piedras son la representación de los (*samai*) "espíritus" de la montaña. Estas fuerzas son transferidas a la persona que está siendo "cogida" (o poseída por el mal). En la cabeza de la persona se representan 12 (espíritus "compañeros") que están en su pensamiento y que han sido comunicados mediante una oración. Estas fuerzas van a proteger a la persona del "mal".

① El "mal" está dibujado en tres representaciones. En las figuras pequeñas se observa que emergen del *Ucupacha* y penetran por los pies de la persona. A la izquierda, y en un tamaño mayor que la persona, se observa la representación del "mal" que tiene un aspecto humanoide. Este porta unas botas. En la parte superior se presenta un ave (de color oscuro) a manera de ejemplo de las formas animales que puede adoptar.

Dibujo 1. Representación del mal (dibujo de Rafael Pineda)

Como se observa en el sistema de signos este tipo de enfermedad (según la intensidad) afecta la totalidad de la persona, especialmente sus centros espirituales: cabeza, *shuncu*, etc., que lo debilitan obligándolo a guardar reposo.

Las precauciones adoptadas por la gente, parte de un sistema de acción que opera a diversos niveles, inicialmente se observa lo siguiente:

“Antes de que a la persona o al niño haya cogido el cerro es muy efectivo para prevenir toda la vida, hay un remedio en los pajonales alrededor del lodo del cerro, o en los cienosos, es un montoncito como caca de gato y es aguado. A este medicamento se le llama “vomitado del cerro”, esto con el sahumero y con la manteca de cacao, luego de calentar muy bien se debe frotar todo el cuerpo. Pero si la persona ya es afectada por el cerro, esto de nada le sirve.”

En un segundo nivel, se observa la elaboración de preparaciones domésticas más complejas, pues incluyen componentes de mayor poder, incluidos algunos alucinógenos, y productos animales:

“Otra prevención es tomarse siempre las siguientes contras: manteca de llamingo (cría de la llama o camélido andino), mirra, cochinilla, raspado de chonta, ayahuasca (Banisteriopsis caapi) y saragosa. Comer el asado de la cresta y la tripa del gallo. Bañarse con la pepa de ruda y con el ajo macho. Inmediatamente frotarse con la orina de llamingo y con la orina del puerco. Votar la orina de uno o el limpiado en el remolino (vórtice que se produce en la corriente de agua), con esto no se vuelve jamás el cerro ni les sigue a otras personas. Andarse convencido de que le está protegiendo el espíritu de Dios y santiguarse antes de cruzar por los sitios malos.”

La deconstrucción de la enfermedad, se realiza en un primer momento a nivel familiar:

“El tratamiento del cerro no es tan difícil, por eso se curan mutuamente dentro de la misma familia. Para poder limpiar consiguen los siguientes montes: chimbaluc, santa maria, ruda, floripondio blanco (Datura arbórea), ayahuasca, (Banisteriopsis caapi) ayashairi, (Nicotiana rustica)⁹⁵, ajo, huevo, cuy, etc. Pero lo más efectivo es la misma orina del

⁹⁵ Estas tres plantas alucinógenas tienen un uso simbólico (por tratarse de enfermedades del *samai*), pues en este solo se usan para una frotación externa del cuerpo. Solamente los adultos pueden ingerirlas mediante un proceso gradual controlado por los *yachac*. Las otras plantas tienen efectos analgésicos, antiinflamatorios, etc.

enfermo. También se acostumbra limpiar con papa asada, manchari, congona, liglancillo, canela, ishpingo, tabaco, etc. con previo soplo de tabaco y trago.”

En un segundo momento, se observa la intervención del *yachac*:

“Luego de limpiar al enfermo con el cuy (cobayo o conejillo de indias), al pelar se observa en el hígado o en el pulmón unas manchas que pueden ser verdes, blancas o negro-azul, son por pedazos como una imagen del sitio donde se asustó así como las piedras, los árboles, la quebrada seca o con agua, es decir es como una fotocopia del lugar del cerro.”

“En la orina del enfermo, en el centro se forma una montaña el espíritu del cerro y la imagen del lugar como en el cuy. Y cuando no es el cerro nunca se forma esa figura.”

“La limpieza se hace a la salida del sol, al medio día, al ocultar el sol, en las horas en la que se ha asustado y en las horas de fuertes dolores. Porque con el cerro no les duele continuamente sino en determinadas horas fijas.”

“Luego de haberse limpiado, tendrá que irse a votar si en acaso ya se recordó el sitio donde se asustó o ya le identificaron muy bien ese sitio, preferiblemente dejarlo enterrado, sino pueden votar en el río. Es preferible votar en el remolino del río, allí ni sigue a otra persona ni se regresa al mismo paciente, la curación es más rápida y definitiva.” “Se recomienda no votar en donde quiera, porque a más de empeorar el paciente le sigue esta enfermedad a otras personas.” “En el camino hacia la votación se debe cuidar que nadie se encuentre, preferible de irse por otros caminos o las chacras, esto para evitar que le siga a la persona y animales y regrese al enfermo.”

“No se puede beber nada sin antes haber limpiado muy bien al cuerpo. Cuando ya se calman los dolores, luego de la limpieza se debe tomar el ayahuasca, canela, tinta de morocho, nieviangu, saragosa, ishpingu, jugo de ortiga, jugo de alfalfa, patacun yuyu, tigricillu, jugo de sábila, claveles, infusión de yana chaqui.”

Como en todo proceso de reconstrucción del estado de equilibrio, los alimentos son utilizados como un medio fundamental:

“La alimentación durante el proceso de curación debe ser bien balanceadas en la temperatura y la calidad de alimentación. Como medida principal para el cerro es la carne de paloma bien cocida con

aceite de bacalao, de santo domingo encantada, y por gotas, y la manteca blanca de puerco.”

Como en todo ritual de purificación quichua, se utiliza el humo como “purificador” o protector del cuerpo:

“Es necesario auyentar el espíritu maligno con el humo de las siguientes cosas: incienso, sahumero, azufre, hinojo, eucalipto, mazorca de marco, mazorca de zambo, ruda de castilla, la paja de cuatro esquinas, la caca de gallina, del cuy y del cerdo, etc. Todo esto se convierte en una alucinación, en la que se deben poner todos los pañales y ropa del niño o persona.”

“Cuando está hinchada la parte afectada por el cerro se debe aplicar la tortilla caliente de la caca del cuy con la orina, manteca de llingo y colonia (loción), y luego votar amarrado en el remolino.”

En el proceso de curación se utilizan otros procedimientos específicos, según la necesidad de cada caso, como por ejemplo:

“En el caso que se presente un tumor en la parte afectada es necesario sacar el tumor con la navaja desinfectada y en la herida amarrar el cuy partido en vivo, puesto allí el polvo de ishpingo y canela, y se va a votar en el remolino del río.”

El conocimiento se considera fundamental, pues la manipulación de los objetos para la limpieza del cuerpo deben ser realizada con extremo cuidado, pues durante este procedimiento (es decir sacar la intrusión, en este caso el “*espíritu del diablo*”) se produce una transferencia (noción de contagio) desde el cuerpo de la persona hacia los objetos, por ello deben ser arrojados lejos de otro contacto humano, pues son portadores de la “suciedad” o causa de la enfermedad. El remolino, al tener una corriente como forma de embudo sugiere que va a retornar este “espíritu” (causante de la enfermedad) al *ucupacha*:

“Toda esta curación debe ser con previo conocimiento profundo del proceso, la limpieza y sobre todo para que vaya a votar, debe ser una persona ajena y pagada para que obre (actúe) el cerro.”

6.2.2. El hechizo

En una dimensión más grave de estas enfermedades se encuentra el *hechizo*, o intervención de otras personas mediante el oficio de un *yachac*-brujo:

“Al mal hechizo en quichua le dicen pactachischa, tarabashca, chuntapalashca, e impactado. Todos esos términos significan que en el cuerpo de la persona se ha introducido la suciedad.”

“El hechizo es la maldad causada al hombre por el hombre, es el daño que hace una persona a otra a nivel espiritual y esto es reflejado en lo físico.”

El sistema de significados hace referencia a la multicausalidad de esta enfermedad, especialmente en el dominio de las relaciones interpersonales:

“Hay las circunstancias en las que se surgen los problemas que les hacen enemigos entre personas. Por ejemplo las peleas por las tierras, las traiciones o los celos en el amor antes o después del matrimonio, por los robos, los chismes, los resentimientos y los odios, el rechazo de propuestas matrimoniales, las ofensas, las calumnias, etc. Por muchos problemas cuando ya se hacen enemigos, hay personas que se hacen muy vengativos que no tienen el espíritu de reconciliación y generosidad y comprensión.”

... ..

*Entonces estos vengativos le toman por seña la tierra pisada⁹⁶, el pelo, la fotografía, la orina o alguna otra prenda propiedad de su enemigo. Todo lo mencionado lo toman en la pepa de guantug (*Datura sanguinea*) o floripondio. A continuación se dirigen hacia donde los brujos verdaderos muy clandestinamente para ir a la curación. El brujo principal es el encargado de hacer penetrar la enfermedad o la mala suerte en la persona víctima, la ceremonia es demasiado oculta que nadie puede mencionar con claridad como lo hacen el efecto de provocar los dolores o decadencia física, intelectual, moral, económica, psíquica, etc., lo único que se sabe es que ellos se encantan o se impactan⁹⁷ con el espíritu del diablo y carecen del espíritu de Dios o del bien. Según los informantes, los brujos tienen una fisonomía rara, temible por que es el reflejo de la*

⁹⁶ Se refiere al acto de “*levantar la pisada*”, o sea recoger tierra donde se ha dejado la huella o pisada de la persona. Esto parte de la concepción del cuerpo de la persona (capítulo 4) donde se observa la contiguidad y la ausencia de límites bien discriminados, que va a impregnar o transferir (según el cuerpo trascendente) su persona a la tierra. Por ello la pisada, es simbólicamente la persona misma.

⁹⁷ Convenio, acuerdo, complicidad, encanto.

maldad de su espíritu y destinado a irse a los infiernos, a pagar todo lo que ha hecho en su vida.”

... ..

“La característica del brujo es impactarse con el diablo y entregar el alma de su enemigo al diablo, es decir se dedica a hacer solo las maldades contra las personas con una habilidad increíble.” “Un brujo de Cotacachi (provincia de Imbabura) tenía todas sus herramientas de la brujería, a la media noche le preguntó a su cliente: ¿En qué forma quiere que le trabajemos?, hay varias formas, ¿En sal de agua? ¿O para que sin sentir dolor se acabe con sus bienes o en cólico, o que se muera instantáneamente sin tener tiempo de hacerse curar?. El cliente le contestó en voz baja. Entonces ya comenzaron la acción, en una mesa preparada con los instrumentos de brujería y en el centro tenía la tierra pisada de la persona víctima con el floripondio, en las espermas (velas) pincharon con las agujas y envolvieron con unas cerdas y a través de esas le llamaron muy repetidamente el nombre de la persona víctima, a quien le estaban brujando. El brujo y el cliente se taparon los ojos mutuamente, ambos se tomaron las botellas y se pusieron de pie, luego frente a frente se soplaron mutuamente con previos rezos al diablo, para que les obre su petición, que era el objetivo de matar en un accidente...”

... ..

“La persona víctima puede ser afectada según el grado de culpabilidad, según el grado de creencia en la hechicería y la debilidad física y moral de la persona.”

... ..

“La brujada con sal es para impactar en mala suerte, es la pérdida de todos los bienes.”

... ..

“El mal hechizo hace sentir dolores en cualquier parte del cuerpo y según como le hayan impactado, porque existen diferentes formas de hechizar: puede ser una parte o todo el cuerpo, a unos le comienza a hincharse los pies de por sí, a otros como que les da el cólico, a unos como que les da la fiebre se empiezan a secarse mucho, otros se mueren violentamente con algún pretexto como que diese el cólico anterior, en cambio otros se padecen hasta dos o tres años con pastillas e inyecciones tratando de curarse y hasta se hacen operar, pero sin resultado ninguno. Pero en general se presentan los síntomas como los malos sueños, con mucho sueño y desesperación sin ningún ánimo de trabajar, sin el apetito y se arruina mucho el cuerpo con calor, sólo con ver huele muy feo como que estuviera el nacido (abceso) o que fuera el Cerro (urcu) o que fuera una fiebre con calenturitas. El dolor no tiene una definición concreta, depende de como hayan impactado con las maldades que ellos han deseado según las causas que ha cometido el enemigo. Puede ser que impacta que se

muera en el alcohol, se empobrezca comiendo la golosina, se muera ahorcándose.”

Como lo muestran los signos de esta enfermedad, afecta toda la persona, pero se pueden encontrarse diversas modalidades de como se presenta, y como lo muestran diversas historias personales de este fenómeno, relatadas en los talleres comunitarios:

“Se empieza a doler y quemar los pies desde el codo y las plantas, que por dentro del vientre pasa a los pulmones y este dolor nuevamente pasa a los pies que hincha y se tuerce hacia atrás, y fui curada en el Oriente.”

.....

“Sufro con irregularidad de la menstruación, viene a los dos meses o a las siete semanas y me dá unos cólicos fuertes, el dolor es una lástima. A mí me han brujado en chiqui (mala suerte) que no tenga animales, ni granos, ni dinero y que me muera muy pobre y desnuda, porque el curandero me sacó los granos y las bolsitas de sal.”

.....

“Mi finada hijita tuvo los dolores muy fuertes de la huahua mama (útero) y del tubo vaginal hasta se le hinchó mucho y se murió. Le habían brujado cogiendo la orina. El otro hijito se murió con el dolor de garganta que le parecía que pinchaba con las espigas, y a los dos días sin poder tragar saliva se murió, ¿Porqué estos longos⁹⁸ se vengaron así? Esto me avisó mi hermano al ver en la orina y en el cuy. A mí me llevó de la cama los collares y la camisa para hacerle curar y el sabio (yachac) había dicho que si me voy a quedar sana y voy a tener sólo dos hijos y así fue porque los demás se murieron. Mi hija se murió con dolor vaginal a poco tiempo de haber dado a luz su primer hijo, a pesar de que ella era muy robusta y muy bien cuidada, cuando ella estaba enferma como madre le toqué y tenía una bola grande (tumor?) en la parte superior de la vagina.”

.....

“A mí me han brujado cogiendo el pelo, allí viene muchos dolores de la cabeza, entonces paulatinamente va perdiendo la memoria, luego la inteligencia, ya no se acuerda nada ni viene ningún pensamiento correcto, sino un pensamiento muy confuso y la expresión es de trabalenguas o enredado, se enloquece con tanto dolor, la nariz se tapa, los ojos se oscurecen, se sienten unas espigas que pinchan en la cabeza, por último se pierde la cabeza. Ningún remedio hace efecto.”

.....

⁹⁸ Longos es una palabra utilizada por los blancos y mestizos como insulto a los indígenas.

“Le habían brujado cogiendo la orina, por eso soltó demasiada menstruación como que si fuese cortada alguna vena.”

.....

“A mi me han brujado en el oído, era un dolor terrible, parecía que me mordían con los colmillos de toro o de caballo o de tigre o de algún animal feroz. Yo sufría con fuertes dolores.”

.....

“... yo vivía muy enferma sin ningún remedio, luego me fui al oriente a hacerme curar, allí el curandero me indicó en una piedra como vidrio y le vi a mi enemigo y al brujo que me estuvieron brujando. Mi enemigo como el agrado le dió un gallo al brujo...” “Al regresar le reclamé muy furiosamente en la cara y le dije que ya me sané muy bien.”

.....

Para la identificación e intervención para deconstruir el hechizo (que implica revertir el proceso del daño), se recurre a los *yachac* más poderosos, pues deben contrarrestar el poder del *yachac*-brujo, responsable de la producción del mal:

“El Hechizo es la misma brujería, solamente es identificado por el verdadero curandero, mientras que los hierbateros no lo pueden detectar. Los curanderos al ver en el cuy pelado con previa limpieza del paciente, lo ven o examinan el reflejo del paciente en el animal de la siguiente manera: en el interior existen unos granos brillantes como alverjas, luego se sale al frote y se convierte en una tela muy fina, está es situada debajo de los músculos. También en el hígado negro del cuy se ve una mancha blanca. De la misma forma es reflejada en la orina del paciente, en la orina puesta en una botella blanca y nítida se ve unas perlas, dentro de la cual se forman unos animales y como unas espigas diminutas, al batir la orina. Mientras en el cuy pelado se ve en la espalda como unas cerdas de cabuya y en todo el cuerpo se ve unas niguas (vermes) pequeñas.”

“El yachac es diferente que el brujo, la característica del yachac es tener el espíritu del poder muy avanzado, es un espíritu de bondad dominante hacia el espíritu del diablo, con este poder puede curar las enfermedades de diversos tipos que les han impactado. Ellos ven en las espermas (velas) con el poder de la naturaleza, quién, cuándo, cómo y porqué le han hecho esa maldad. Y se tratan de sacar todo el impacto a través de sus cerros ⁹⁹y poderes extrahumanos, por eso se llaman los sabios (yachac).” “El curandero hace el bien de las personas. Pero también cuando se enojan al

⁹⁹ Hace referencia a los “espíritus protectores” del cerro.

ver que a sus curaciones el brujo vuelve a dañar repetidas veces, les castiga con unas trancas.” “La tranca consiste en prevenir la brujería, si el brujo insiste matar por encima de todos, su trabajo le recae en el mismo; es decir ya no cae en la víctima, porque ya está con la tranca espiritual.”

La confrontación *yachac* – *yachac*-brujo, es la confrontación metafórica de las fuerzas que coexisten en el universo quichua, los hombres y la sociedad como representación en el *caipacha* de las fuerzas de los otros estratos del mundo que mantienen la dinámica de la vida, constituye un espacio que permiten esta batalla simbólica. Esto es a su vez una continuidad de una dialéctica sobre la importancia del equilibrio que la vida debe mantener, mas que deja latente la fragilidad de la misma. El hechizo como fenómeno social es la representación de las tensiones y competencias entre las células sociales.

Respecto a la deconstrucción de la enfermedad, se relataron los siguientes procedimientos:

“Para poder curarse bien la hechicería siempre se dirigen hacia los curanderos del oriente ecuatoriano. Según los informantes ellos son más puros, finos, sabios en el poder de concentración mental y físicamente también son puros desnudos, con su pureza y el poder curan con previa indicación en una piedra cristalina las imágenes tanto del brujo como del cliente.”

“Ellos curan con la buduquera (es un tubo de chonta, o cerbatana) sopla haciendo relámpagos desde lejos. También dan algunas bebidas preparadas con ayahuasca (Banisteriopsis caapi) y otras plantas, con lo cual se pierde el sentido real y se ve en visiones a sus enemigos quienes han introducido la maldad, el brujo se presenta cabisbajo y adelante pidiendo perdón y el cliente atrás con alguna ofrenda ambos le piden perdón a la persona a quien le han hecho la maldad.”

“Los curanderos al curar limpian con los montes de chilca, capuli, ortiga y con los huevos. Pueden limpiar según los curanderos y en el lugar en donde se encuentren, pero ellos siempre se encantan con poderes mágicos para poder sacar la maldad y mandan a votar lejos donde no lleguen ni personas ni animales. Esto debe ser repetido hasta dos o más veces, hasta sanarse muy bien.”

“El curandero ordena que limpie el cuerpo del paciente con una esperma, (vela) luego ordena que ponga 9 alientos (soplos suaves): 3 en la punta, 3 en el medio y 3 en el asiento de la esperma, a continuación sopla con el tabaco y pide el dinero para que obre el cerro, a continuación prende la esperma colocada en la mesa de los instrumentos de curación, sigue con el soplo del tabaco y se toma unas gotas de trago hasta que aparezca la enfermedad y también se toma el ayahuasca. Ya para curar invoca a los espíritus poderosos para que le ayude a curar, limpia con ramas o huevo con rezos y cantos, chupa del huevo, sopla con el trago y tabaco en la esperma prendida frente al paciente y le quema levemente... al final manda a votar todo lo limpiado.”

La utilización de la vela (*esperma* o *espelma*), es otro método de lectura de los signos que expresa el cuerpo de la persona, el frotamiento de la vela en el cuerpo construye una metáfora de la situación del cuerpo, luego el aliento o expresión del *samai* (ver cap.4 pág. 141-142) va a definir los tres estratos del mundo (esta acción es equivalente en su significado a la persignación o señal de la cruz realizada en el culto católico, o cuando el *yachac* sopla con alcohol el cuerpo de la persona: la cabeza, el pecho y el vientre). Una vez encendida se realiza la llama, que va identificar la causa específica del mal. Luego se procede a la purificación con el humo del tabaco, mientras el “pago” es el establecimiento del intercambio simbólico de la ayuda.

El uso del alucinógeno (*ayahuasca*) permite “ver”, es decir permite el ingreso al mundo espiritual que adquiere materialidad, en este estado todos los actores intervinientes se presentan como personas o semejantes a ella, tanto los espíritus aliados como los espíritus enemigos. En este estado se reviven situaciones de la vida de la persona, equivalente a la inmersión del subconciente, tal como es entendido en la cultura occidental, donde se reviven diversos eventos entre los cuales pueden identificarse actos o personas que potencialmente son las causantes del daño. Mas la palabra del *yachac*, adquiere más que una dimensión de sentido diagnóstico, sino de juicio de causalidad y de responsabilidad indiscutible del acto y de la persona que ha producido el daño.

“Pero si el paciente no lo cree en él, rompe el huevo con un martillo en una lata limpia de sardina y le indica la suciedad que ha salido en el huevo. Este hecho causa el regreso de la enfermedad al mismo paciente y

puede morir instantáneamente, si no le pide que le cure nuevamente. Esto hacen los curanderos muy finos.”

“Los hierbateros a diferencia de los dos anteriores, es que no tienen ningún poder para brujar ni para curar. Solo pueden ver la enfermedad del mal hechizo y recomendar que se vaya el paciente a donde los sabios, y punto. Los días señalados tanto para brujar como para curar son los martes y los viernes a la media noche.”

Para prevenir que la persona sea hechizada deben fortalecerse, para lo cual realizan los procedimientos siguientes:

“Para enfrentar y auventar a los malos espíritus y no ser presa fácil, hay que tomarse las contras los martes y los viernes. Antes de que le hayan intervenido tanto el curandero como el brujo, es muy efectivo para prevenir la sangre caliente del zorro y la carne asada del mismo zorro, en el cuerpo muy limpio comer la carne frita del zorro y tomar la sangre es para toda la vida un santo remedio, la carne del zorro es muy rica. Pero después de que le han maleado al cuerpo no es tan efectivo, ya en este caso se deben prevenir con la siguientes contras, tomar siempre la infundia de gallina negra, ayahuasca, saragosa y bañarse con la ruda los martes y viernes. De esta forma se vive protegiéndose de la afectación de los brujos.”

... ..

“Cuando los brujos quieren causar el daño solamente de pura envidia y que el individuo no tenga ninguna otra falta contra alguien, entonces los mismos curanderos los defienden con los medicamentos curativos y preventivos, y la víctima tampoco se cae con facilidad, sino a duras penas si en caso tuviera el orgullo exagerado, de tener los bienes y ser muy inteligente.

... ..

“Los médicos hasta aquí todavía no han logrado ni detectar ni curar. Es un rol específico de los curanderos o sabios del oriente, Santo Domingo y de los altos páramos. Pero se advierte no confundir a los curanderos verdaderos con los simples estafadores que les engañan a miles de personas, porque son muchos. Mientras los sabios verdaderos son muy poquisimos en el país. Y se presentan muy disimulados, por conservar su conocimiento del poder espiritual y celoso. Ninguna medicina química de las boticas no han logrado subsanar los dolores de este tipo.”

... ..

“Cuando el paciente no tiene remedio de la hechicería la única solución es frotar muy bien la caca¹⁰⁰ muy fresca de una persona muy valiente y

¹⁰⁰ Los excrementos, como la orina, como parte y producto del cuerpo portan los atributos de la persona.

robusta mezclado con el polvo de sahumerio y menta blanca en todo el cuerpo y envolverles con una tela blanca hasta unas dos horas. A su alrededor se le humea con el sahumerio con los huesos de perro y los huesos de gato¹⁰¹. Cuando ya hay la solución apesta muy horrible insoportable e inmediatamente le toca sacarle el envuelto y bañarle con agua tibia de contras y jabón, luego perfumarle muy bien.”

... ..

6.3. Enfermedades donde el desequilibrio o desarmonía se produce por una pérdida del “espíritu” o sus partes en la persona.

Este tipo de enfermedades son graves debido a la pérdida de uno de los componentes fundamentales de la persona: el “espíritu” que anima la vida. Este grupo se conforma de una variedad de enfermedades siendo el “susto” y el “espanto” las más conocidas. En general una fuerza externa va a “coger” el espíritu de la persona, sea la propia tierra u otros seres, tanto de manera voluntaria como involuntaria.

6.3.1. El susto

En el caso del “susto” se observa lo siguiente:

“Los niños se asustan cuando sus madres no les cuidan bien, a veces son ellas las que hacen ruido cuando el niño está durmiendo, con el ladrido de un perro o una persona que grita jugando, con eso se vuelven muy asustados, temblorosos y se enferman.” (...) “Los niños que empiezan a caminar se caen constantemente y se asustan, luego se enferman.”

Cuando ya son grandecitos, hay padres que cambian violentamente su comportamiento y les pegan a los niños muy mimados o les amenazan sin ninguna consideración de pegarles con un palo, entonces los niños que han sido muy bien tratados ya con el cambio de maltratos físicos y morales empiezan a acumular los sufrimientos en esos cuerpecitos tan delicados se vuelven muy nerviosos, cada vez que les amenazan lloran de susto y se empiezan a enfermarse de susto. Allí son los mismos padres que tienen que hacerles curar hasta que sanen.”

“Los mayores (adultos y ancianos) se asustan cuando al rodar chumados (ebrios) (o) son sorprendidos por las personas malas o por animales fieros o rodar por las quebradas sienten un escalofrío, pierden el apetito, se

¹⁰¹ Estos dos animales tienen una importante representación simbólica y rol durante el pasaje a otro estado de vida, la muerte, quienes van a ayudar y orientar en el camino que debe tomar el espíritu del “difunto”.

encoge el cuerpo del susto y se debilita hasta quedarse puro pálido y solo hueso se mueren, como que fuera de infección, consumido del susto”.

“Con el susto se alocan al rato medio pensado, se alocan, quieren salirse de noche, se tiembla todo el cuerpo y hace todo lo que se le ocurre, sienten dolores del cuerpo”. “Los niños se mueren secándose del susto, como se vuelven muy nerviosos y se asustan de cualquier cosa. Algunos niños se vuelven muy bravos, les persiguen a los otros niños para arañar, sino, se arañan a sí mismos, las espaldas, los cuellos, pellizca la nariz, lloran mucho por cualquier cosa insignificante, sienten dolores ya comienzan con los dolores interiores en el hígado, al llegar al shungo se mueren violentamente.”

“Cuando se pega un susto por alguna cosa, es de limpiar en el mismo sitio e inmediatamente con los montes (hierbas), es muy bueno cuando los niños están alocándose dar de tomar la sangre caliente de la paloma con la manteca de cacao. La sangre de la paloma es muy bueno para el maligno, para el mal aire, para el alocamiento. Luego de dar la sangre caliente recién cortado el pescuezo, hay que dar el corazón caliente.”

“A los niños tiernos que todavía no sufren del susto hay que dar de beber unas gotas de sangre de la cresta del gallo viejo y luego hacer cargar en el cuello junto con las medallas y tratarlos con mucho cuidado.”

“Cuando está con el susto hay que limpiar los martes y viernes luego de haber bañado con manchari yuyu, chimbaluc cocido tibio. Todo lo limpiado y bañado deben votar en el río por la noche con soplos de tabaco.”

Al considerarse que los niños tienen el *sinchi* débil o inmaduro, presenta una vulnerabilidad de perder (*consumir*) las partes o la totalidad del *samai*, durante una fuerte emoción que produce el *susto*. Los adultos pueden ser afectados en un momento de “debilidad” del *sinchi*, como en el caso de estar alcoholizados, al que se adjuntan otros factores de riesgo, como la noche (oscuridad), “animales bravos”, “personas malas”, etc.

El sistema de signos evidencia esta pérdida como una “debilidad”, o el *consumo* de la persona, así como los dolores corporales y especialmente las manifestaciones emocionales que muestran como el sistema *shungo* está afectado.

La terapéutica implica fortalecer el *sinchi* y restituir el *samai*, mas también se realizan “limpiezas” pues la pérdida de partes de la persona implica la posibilidad de que ese

encoge el cuerpo del susto y se debilita hasta quedarse puro pálido y solo hueso se mueren, como que fuera de infección, consumido del susto”.

“Con el susto se alocan al rato medio pensado, se alocan, quieren salirse de noche, se tiembla todo el cuerpo y hace todo lo que se le ocurre, sienten dolores del cuerpo”. “Los niños se mueren secándose del susto, como se vuelven muy nerviosos y se asustan de cualquier cosa. Algunos niños se vuelven muy bravos, les persiguen a los otros niños para arañar, sino, se arañan a sí mismos, las espaldas, los cuellos, pellizca la nariz, lloran mucho por cualquier cosa insignificante, sienten dolores ya comienzan con los dolores interiores en el hígado, al llegar al shungo se mueren violentamente.”

“Cuando se pega un susto por alguna cosa, es de limpiar en el mismo sitio e inmediatamente con los montes (hierbas), es muy bueno cuando los niños están alocándose dar de tomar la sangre caliente de la paloma con la manteca de cacao. La sangre de la paloma es muy bueno para el maligno, para el mal aire, para el alocamiento. Luego de dar la sangre caliente recién cortado el pescuezo, hay que dar el corazón caliente.”

“A los niños tiernos que todavía no sufren del susto hay que dar de beber unas gotas de sangre de la cresta del gallo viejo y luego hacer cargar en el cuello junto con las medallas y tratarlos con mucho cuidado.”

“Cuando está con el susto hay que limpiar los martes y viernes luego de haber bañado con manchari yuyu, chimbaluc cocido tibio. Todo lo limpiado y bañado deben votar en el río por la noche con soplos de tabaco.”

Al considerarse que los niños tienen el *sinchi* débil o inmaduro, presenta una vulnerabilidad de perder (*consumir*) las partes o la totalidad del *samai*, durante una fuerte emoción que produce el *susto*. Los adultos pueden ser afectados en un momento de “debilidad” del *sinchi*, como en el caso de estar alcoholizados, al que se adjuntan otros factores de riesgo, como la noche (oscuridad), “animales bravos”, “personas malas”, etc.

El sistema de signos evidencia esta pérdida como una “debilidad”, o el *consumo* de la persona, así como los dolores corporales y especialmente las manifestaciones emocionales que muestran como el sistema *shungo* está afectado.

La terapéutica implica fortalecer el *sinchi* y restituir el *samai*, mas también se realizan “limpiezas” pues la pérdida de partes de la persona implica la posibilidad de que ese

espacio sea ocupado por otro tipo de “espiriru”. Las prácticas preventivas no solo se refieren al cuidado del cuerpo de los niños, sino especialmente a las relaciones familiares de afecto y protección.

6.4. Enfermedades donde el desequilibrio o desarmonía se produce por la transgresión de tabúes o normas sociales.

A nivel del pensamiento analógico se observa que las madres prohíben a sus hijas, desde la infancia temprana a jugar con la cuerda (esta es sujeta en ambas manos, al realizar un movimiento circular ésta pasa alrededor de su cuerpo), pues esto pone en riesgo a los futuros niños que tendrá, pues el cordón umbilical va a estar enroscado en el cuello del recién nacido. Este mismo problema sucederá si las niñas hacen ovillos con la lana.

En el caso de la infidelidad conyugal, que en la gran mayoría de los casos es producida por el marido, los afectados serán los niños y en ellos se observa lo siguiente:

“Su cuerpo se empieza a chupar, a secar (enflaquecimiento), como si estuviesen cogidos. No duerme de noche, y llora bastante, como si estuviese espantado. Esto es muy grave, pues les da mucho asiento (diarrea), (...) para curar esta enfermedad se requiere un yachac bien sabido”.

Al interior de las relaciones familiares se observa un conjunto de enfermedades que expresan la desarmonía o violación de las normas en este ámbito. La enfermedad identificada como “*Nervios de todo el cuerpo*” es citada alta frecuencia por las mujeres quichuas.

6.4.1. Los Nervios de todo el cuerpo

“Esto viene cuando son malos los esposos, maltratan a sus mujeres, entonces sufren ellas, lloran y los hijos también sufren, o cuando muere algún familiar puede ser papá, mamá, hermanos o cualquier otro familiar, se tiene bastante pena y susto, se llora.” (...) “Cuando los papás hablan a los hijos, castigan, ahí crían los nervios...”

“Se ve en la orina, entonces ya se sabe que enfermedad es.”

“Para esta enfermedad se hace el siguiente tratamiento, se junta toda clase de peñas de huerta y de cerro grande, toronjil, toda clase de vegonias, un manojo de penpinilla, flor de retama, flor de ñachic, aelia. Todas estas flores se lavan bien, con agua limpia también se pone flor de cristo, todo esto se friega en una lavacara con agua una taza. Se para una olla con agua de vertiente y se pone: valeriana, que hay en las peñas, y otros que hay en los campos, flor de ojo de venado, un poquito de pelo de maiz con todo esto se hace hervir. Luego se saca, se pone en esa lavacara y se deja bagiar un rato después se friega un poco y se lo cierne.”

“Se pone aziucar, luego se compra en las boticas: elixir de cinco bromuros, agua nervita, agua de azar, jarabe de vegonia, agua de alehuya, pasiflora todos estos remedios se lo mezcla con el remedio de flores y luego se puede tomar.”

“Si tiene aire se hace gotear tres gotas de agua florida, si tiene aire más grande se hace gotear tres granos de timolina, si el aire vence y no cura se pone unas gotitas de doce espiritus.” “Se puede seguir tomando estos remedios y no esperar hasta enfermar de grave.”

“Se debe tener mucho cuidado, no hay que maltratar a los hijos, y que haya comprensión entre la familia.”

Las enfermedades de este tipo cobran importancia en la medida que van a afectar las relaciones en el *ailhu*, por lo que la familia y las redes de parentesco cumplen un rol de vigilancia sobre las acciones de la gente para impedir la violación de las normas de la sociedad indígena. Durante el proceso de enculturación infantil se puede observar un importante componente de conocimientos sobre la salud, que se encuentran incluídas en cada aspecto enseñado de la vida y los valores de la misma (el trabajo, el comportamiento personal, las relaciones interpersonales, el respeto, etc.).

Este tipo de enfermedades, además de su especificidad, se constituyen como una encrucijada que conduce a otros tipos de enfermedades, en la medida que torna vulnerables a las personas debido al “...*sufrimiento moral*”, que debilita su *sinchi*. Como bien, lo describe Toussignant (1983: 23): en su trabajo referente a la *pena*: “*La pena es como un dolor o un fardo efectivo que se siente luego de un problema. (...) La pena es situada en el corazón ... (y) la comunidad debe impedir que se suba a la cabeza, pues*

ella podría dar lugar a accesos incontrolables de agresividad, y especialmente, porque la cultura no permite ninguna expresión de la cólera”. Mas como los problemas familiares pueden prevenirse, mas no impedirse, la pena o sufrimiento es un fenómeno omnipresente, por lo que “...aquel que no la posee se convierte en sospechoso en la medida que puede ser acusado de ser insensible a la dinámica de las relaciones sociales y por este hecho causar sufrimiento a los otros”. (Ibid.: 23)

6.5. Enfermedades donde el desequilibrio o desarmonía se produce por enfermedades “venidas de afuera”.

Con este nombre se designan un conjunto de enfermedades que tienen un carácter epidémico y que se presentan periódicamente en las comunidades. Esta manera de designar estas enfermedades a partir de la identidad de base de la población (las enfermedades propias versus la de los otros) expresan la capacidad de identificar patologías sobre las cuales no tuvieron una experiencia histórica. Desde el punto de vista clínico occidental, estas enfermedades en general son de origen microbiano que se diseminan mediante el contagio de persona a persona.

Cada una de estas enfermedades en general reciben el nombre dado en la clínica médica, como por ejemplo el sarampión, otras reciben una doble denominación, como la *fiebre epidémica* o fiebre tifoidea, mientras que otras han sido renombradas como en el caso de la tosferina que por analogía al estridor respiratorio se le llamó *ojo burro*, pues “...*el niño hace como un rebuzno*”.

6.5.1. La Fiebre epidémica o Fiebre Tifoidea:

“Es la fiebre que viene de afuera y sigue a todos. Ya luego de avisar en la noticia que en Guayaquil están con la tifoidea y a los quince o unos días más ya está en Guaranda y de allí como se viaja en los carros públicos a las comunidades indígenas, allí en donde ya viene la fiebre pegada en las personas y llega a las comunidades, luego sigue a todos los habitantes. Pero esta fiebre es costeña y no respeta ni a los mejores blancos, por eso ellos también se mueren, aun siendo gordos. Esta fiebre es muy extraña para muchas personas, por eso no pueden curarse.

“Esta fiebre comienza con un escalofrío (frío y calor al mismo tiempo), a esta fiebre la llaman con diferentes nombres, le dicen también la tifoidea que visita de casa en casa y les acaban a todos que al inicio de mucha calentura. Esta fiebre es muy diferente que la fiebre simple producida por el calor simple, es muy fuerte y directamente vota a la cama, hasta los ojos y las pupilas se vuelve amarillo. Duele y amortigua mucho las piernas, los brazos y todo el cuerpo como que se hubiesen quebrado a palizas. Desde las ocho o nueve de la noche comienza unas fuertes calenturas insoportables hasta las cuatro de la madrugada, de allí se calma. Y vuelve la calentura a las nueve de la mañana hasta las cuatro de la tarde. Se comienza a secarse la lengua y los labios. La orina es amarilla ensangrentada con esto se acaban muriendo mucha gente sin remedio.”

“Esta enfermedad es como brujado, hay que tener mucho cuidado, hay que estar fijando continuamente en el pulso, en la orina ya por la mañana, por la tarde y al medio día como máximo sino cada rato luego de dar los remedios así como los médicos están observando continuamente a esta fiebre, sino se mueren rápido.”

“La orina es un buen indicador del proceso de curación de un paciente o el empeoramiento, sólo así con suma delicadeza se llega a curar con continuo cambio de hierbas medicinales.”

“Esta fiebre es la máxima madre de todas las fiebres, porque con esta fiebre se sube la sangre a la cabeza en donde se concentra y violentamente se sancocha como la sangre cocida del borrego y se impide la circulación a todo el cuerpo, ya en este momento no existe la salvación ni con los mejores médicos de los hospitales, sobretodo los niños son violentos en morir, porque no resisten ni las calenturas fuertes. La respiración cálida de los pacientes huele a una distancia de ochenta centímetros, es muy distinguible la respiración de fiebre tifoidea.”

“Para cuidar que no entre esta enfermedad se debe mantener la casa bien aseada, amarrar lejos de la casa los animales y mantenerse uno también limpio, porque en la suciedad viene a pegarse más la fiebre no debemos comer alimentos calentados sobras de uno o dos días, o como quiera sin lavarlos, ni tomar aguas crudas traídas de los pozos permanentes que allí están no solamente los huihuillis (renacuajos) sino muchos tipos de gusanos cargados de enfermedades y son invisibles, en las ciudades existen basuras que apestan fuertemente y allí también surge la tifoidea, a veces nos encontramos con los enfermos de tifoidea y de muy cerca, de todo esto contamina muy fácilmente a todos los habitantes, entonces con los enfermos de tifo no debemos acercarnos demasiado ni siquiera tocándole en la boca y nariz.”

“...hay que hervir con Deja (producto comercial con hipoclorito de sodio) todo lo que usa el paciente: ropa, cama, cucharas, platos, etc. Además de mantenerlo al paciente lejos de todos los individuos delicados que pueden ser niños, mayores o adultos débiles.”

“Quemar lo limpiado de la nalga o nariz del paciente.”

“A pesar de que es una fiebre que requiere la intervención solamente de los médicos profesionales y en los grandes hospitales, pero la necesidad les ha obligado a curar a los hierbateros como a sus parientes, vecinos y todos los acuden a él en confianza.”

“Bueno con los buenos médicos o curanderos y al tiempo si se salvan de este monstruo de enfermedad.”

En los relatos de esta enfermedad se puede observar una fina observación tanto de la enfermedad en su progresión epidémica donde subyace el concepto de contagio, como en la observación de la progresión de los signos y síntomas. El sistema de acción evidencia las medidas preventivas, como la incorporación social de los consejos médicos recibidos por los enfermos, así como las iniciativas locales dadas por los *yachac*-hierbateros para tratar la enfermedad con el uso de productos vegetales, humanos (orina del niño) y farmacéuticos (antibióticos)¹⁰².

Si bien en el sistema de significados dado por la cultura no existía una explicación de la enfermedad basada en la teoría microbiana, en la actualidad ésta está presente de manera sincrética en la práctica de la mayoría de los *yachac* y de la población que ha tenido acceso a la escolaridad.

En este grupo de enfermedades a las cuales se les atribuye una causalidad externa a la comunidad, no todas son necesariamente de origen microbiano, otras se encuentran dentro del orden simbólico como la *mala suerte*.

¹⁰² En el Ecuador, los medicamentos son de venta libre y no se requiere prescripción médica para adquirir los fármacos antibióticos.

La causalidad es entendida como un conjunto de factores patógenos que han atravesado las fronteras, pues se trata de algo “invisible” representado como una “suciedad”, que es aportado por los propios indígenas que han estado en contacto con este problema al exterior. Es un riesgo latente de la sociedad indígena que recuerda la presencia de la otra sociedad como productora de enfermedad o desequilibrio. Mas, también en esta dinámica de fronteras, esta misma atribución de enfermedades puede ser relatada por la población mestiza. Incluso se observa cuando los taxistas no tienen su trabajo o ganancia habitua, recurren a la práctica de hacer “limpiar” de sus autos la “mala suerte”, mediante un ritual terapéutico realizados por los *yachac*.

6.6. Enfermedades donde el desequilibrio o desarmonia se produce por los accidentes.

El concepto de accidente está vinculado a eventos que se producen por falta de cuidado de las personas en sus relaciones con el ambiente, sea en el ámbito doméstico o en el trabajo, como las quemaduras:

“Algunos se queman cuando están quemando los desmontes o en el incendio, o en las gasolinas, o en la cocina estando cocinando, etc.”
“En el quemado nunca se debe tocar con la mano.”

En el caso de la “*lisiadura*” o “*brincado de las venas*”, se observa como una *lisiadura* (luxación) los signos son descriptos a partir del efecto evidente en los miembros, como la ingurgitación venosa:

“Es porque de repente se pega una caída doblándose demasiado, se afloja y se ajusta violentamente al levantar, entonces se quedan destempladas las venas. Ya cuando quiere caminar o arrodillar duele mucho, no se puede mover.”

“No habría como prevenir la liciadura o fractura, porque son cosas de accidentes.”

“Las venas se quedan templadas asi como las raices de los árboles cuando se caen y sigue arrancándose, y pasa igual con las venas de las

personas al ser templadas con violencia, se resienten y quedan brincadas.”

Mientras que en el caso de un accidente mayor en el que se produce *quebradura* una o fractura, se identifica su riesgo por lo que su tratamiento será realizado por el sobador, o *yachac* cuya actividad principal será la reducir fracturas y aplicar masajes, cuyo sistema de significados va vincular este evento al paradigma cálido-fresco:

“Sea quebradura o liciadura es necesario de urgencia de llevar a sobar antes de que se enfrie y cuando entra el frío crece el lobanillo (lupia), allí la curación es muy difícil porque se endurece ya torcido a un lazo sea el nudo de la mano o del pie, peor son los huesos quebrados. Para evitar que se quede anormal es de llevar urgentemente aunque sea en camillas con minga (trabajo colectivo) a donde el sobador y tener cuidado y así se cura tal como era antes.”

... ..

“En caso de las venas si es fácil, pero cuando está recién liciado sobarle y amarrarle con sumo cuidado.”

“Puede ser accidente o golpe de un palo, pero en todo caso es un accidente que causa las quebraduras.”

... ..

“De repente se cae o pasa algo y se quiebran, entonces no se puede mover a ninguno de los lados, sino de hacerle acostar con mucho cuidado, sin mover la quebradura, despacito.”

“Luego es de tantear con sumo cuidado, sino sabe es de solicitar inmediato auxilio de los que saben sobar.”

“Si es el caso de las manos o de los pies inmediatamente es de halar despacito, cuando está caliente mismo, antes de ir en busca de un sobador.”

Este tipo de enfermedades son consideradas como un conjunto de eventos corrientes, generalmente atribuidos a la negligencia o falta de conocimiento de la persona. Su gravedad va a depender del grado de las lesiones, no obstante al entenderse que son afecciones puramente físicas, solamente requiere la intervención de un *yachac* que se dedica a “componer” estos problemas y no necesita la invocación a los “espíritus aliados”.

Otro tipo de accidentes graves son los producidos en las carreteras donde se produce el “...atropellado de carro (automóvil)” dónde solamente se practica el cuidado y la prevención, pues en general las reclamaciones legales a las autoridades, en casos de mortalidad, han sido inútiles¹⁰³.

7. Los paradigmas de base de la salud-enfermedad

La salud enfermedad como fenómeno y como una expresión de la vida misma, está sujeta a los principios y paradigmas que se encuentran en los fundamentos de ideología quichua. En el presente trabajo pretendo demostrar que existe una estrecha relación entre los desequilibrios de la salud-enfermedad, con los siguientes paradigmas: 1. la cosmovisión, 2. el paradigma cálido-fresco y finalmente, 3. la sociedad, que podríamos denominarlo como el paradigma social.

Esta no es una simple asociación de indicadores o variables, pues es una relación que adopta múltiples dimensiones en la medida que la cultura va a organizar los factores patogénicos sobre su base ideológica (que incluye la ideología de base identitaria, y sus variaciones en los procesos de cambio cultural), que mediante un proceso epistemológico van producir conocimientos que permiten comprender y contraregular los procesos de desequilibrio o desarmonía.

De otra parte, la identificación de estos paradigmas permite observar que la gran mayoría de las enfermedades conocidas por los quichuas, tienen distinto grado de asociación con cada uno de ellos. Esta asociación emerge de las explicaciones dadas por la población de que en cada evento de enfermedad, se encuentra vinculado con distinta intensidad a la cosmovisión (*pachamama*), lo fresco y lo cálido y al *aiLLU*, sea tanto en la asociación de

¹⁰³ Hasta el presente existe la práctica frecuente por parte de los choferes que consiste en lo siguiente: luego de atropellar a una persona, éste deja su vehículo en el sitio y se da a la fuga, en uno o dos meses de “ausencia”, y luego de una gestión ante la policía, donde usualmente se archiva el caso declarado como “accidente”, éste retoma a sus actividades corrientes.

factores patogénicos, como en la atribución de significados y en los sistemas de acción de los indígenas quichuas.

Esto trasciende los límites impuestos por la medicina clínica para la interpretación de estas enfermedades centradas en el individuo (en la anatomía y fisiología) y desafiar a la salud pública a definir alternativas para establecer respuestas sociales en salud, adecuadas al referente ideológico, y consecuentemente, social y cultural de la población.

7.1. El Paradigma de la *Pachamama*

Desde la perspectiva de la ciencia occidental, las cosmovisiones han tenido particular interés de estudio, usualmente han sido reducidos al campo explicativo de la religión, mas, el término de “cosmos” implicaba, para los griegos, la totalidad de lo que existe que no puede ser pensado solamente como orden, armonía, belleza, sino también con sus particularidades y asimetrías.

El cosmos no es una “cosa” u objeto, mas una fuente de significación que sitúa los seres y la sociedad y que da un sentido a la existencia (Prigogine y Stengers, 1992 p.147). Esta es una noción que constituye una totalidad dinámica, donde se definen espacios y personajes concretos con roles y atributos que materializan esta representación.

Entre los quichuas se ha señalado la delimitación de tres espacios, donde se sitúan los seres, y la organización del espacio sugiere una disposición de fuentes de “fuerzas” o *sinchi*, de características complementarias, desde el exterior [*jahua*] y el interior (de abajo) [*ucu*] del espacio ocupado por la sociedad [*cai*].

En esta noción de mundo se destacan dos principios fundamentales: 1) el *sinchi*, y 2) el *pacha*:

El *sinchi* requiere ser entendido desde la perspectiva semiológica que nos permite verlo como un signo, entendiéndolo a éste como un proceso de significación, el cual se presenta con la dimensión de vida y persona, donde:



Según este esquema entendemos que el *sinchi* (la fuerza) como una expresión del *samai* (respiración, aliento, espíritu, alma) da el significado a la esencia misma del *causai* (vida), lo que permite la existencia del *cai* (ser). Es decir cada elemento del mundo es porque tiene vida, que es dada por una fuerza del espíritu.

Según las representaciones icónicas (véase el último dibujo del anexo II), observamos no sólo una humanización de los seres del *jahuapacha*, donde la imagen yuxtapuesta de Dios y *Pachacamac*, se presenta como un anciano, sino también que es denominado como el centro o figura principal originario de la familia, y por ende del *aillu*, pues se hace referencia al gran padre. Mientras que en el *ucupacha*, encontramos una figura semejante, más de color negro (caliente), que recibe el nombre de “diablo” o “el maligno”, que no se asocia a las redes familiares, más bien éste trata de incorporarse a las personas. En el *caipacha*, ambos poderes van a situarse en el espacio terrenal, especialmente en los cerros (que representa el espacio simbólico de coexistencia de los “espíritus benéficos” y “maléficos”).

Si bien los cerros son un espacio de representación de los seres de los otros niveles del mundo, y aunque se encuentra también una coexistencia, esta parece menos crítica en la medida que adquieren una figura dominante de benefactores y gestores de los *aillus* situados en sus alrededores. Por lo que se les da un significado de paternidad (cerro macho= sol), o maternidad (cerro hembra= asociado a la luna) sobre los pueblos vecinos. Por ejemplo: En Imbabura cercana a la ciudad de Otavalo, se encuentran el *taita Imbabura* (el padre, fuerte robusto), y al frente de él, se encuentra *mama Cotacahi* (alta y delgada). Los *yachac* de las comunidades situadas alrededor de ambas montañas, van a

invocar durante sus rituales a distintos tipos de espíritus, en el primer caso (el *Imbabura*) son de tipo masculino, mientras que en el segundo (la *Cotacachi*), son de tipo femenino, especialmente la Luna. También podemos observar que según la magnitud de la montaña, se va a establecer una jerarquía entre los cerros, por ejemplo el *Chimborazo* (macho, de 6.272 m.s.n.) es considerado como el más poderoso de la región andina.

En segundo lugar observamos que el juego de fuerzas o poderes van a generar una dinámica o movimiento cíclico de los elementos que lo componen, lo que contribuye a definir la noción de *pacha* que implícitamente contiene la idea de temporalidad. Sobre este último se mencionó anteriormente la expresión *ñaupa*, como una noción que al referirse al pasado y el futuro, que nos conduce hacia la noción de eternidad, pues el vector que representa la temporalidad no es unidireccional, en contraposición al tiempo, tal como es entendido por la física, pues:

“La física clásica ha perpetuado, en un mundo siempre más marcado por la inquietud de la historia, el ideal de la eternidad, de este movimiento inmutable repetitivo que, para los griegos, confería un carácter divino al mundo celeste” (puesto que) *“...después de sus orígenes, la física fue desgarrada por la oposición entre el tiempo y la eternidad, entre el tiempo irreversible de las descripciones fenomenológicas y la eternidad inteligible de las leyes que nos debían permitir la interpretaciones de las descripciones fenomenológicas”* (donde) *“Lejos de encontrar, más allá de los fenómenos de nuestra escala, un mundo que escapa al tiempo, es un mundo activo, en el seno del cual las partículas se crean y desaparecen”* (Prigogine y Stengers, 1992 p.15, 44,172).

En este proceso debe adjuntarse que la continuidad temporal está marcada por eventos, en la vida de las personas y la sociedad, pues a partir de ellos se producen los conocimientos como una síntesis de los significados otorgados, lo que permite consolidar sus principios, y/o a partir de ellos y las relaciones sociales, la construcción de nuevas coherencias que retroalimentan la ideología, permitiendo su transformación.

Los principios de base mencionados, desde la perspectiva de la antropología médica, van a caracterizar este paradigma para comprender el fenómeno de cómo esta representación del universo va a incidir en la salud-enfermedad. Por ello debe comprenderse que la

búsqueda de la “coherencia” es una metáfora del mantenimiento de un equilibrio que deriva ontológicamente de las fuerzas que se mueven en el universo quichua. Hemos visto en la descripción de las enfermedades, que la búsqueda de la deconstrucción de la enfermedad implica un proceso complejo, donde se utilizan la mayor cantidad de recursos disponibles y que de una manera activa se libra un verdadero combate. Esta interacción está mas allá de la simple interpretación médica, pues su trascendencia no debe ser entendida como un acto puntual de “curación”, sino del mantenimiento de una dinámica social y su sistema ideológico que trata de buscar una congruencia dentro de un proceso de cambio. Este proceso históricamente fue impulsado con iniciativas de cambios impositivos desde el exterior de esta sociedad (como se vio en el capítulo 1) por lo que el concepto de vulnerabilidad y de equilibrio crítico está fuertemente enraizado entre los quichuas, siendo la salud-enfermedad una evidencia de ello.

7.2. El Paradigma Fresco-Cálido

En la descripción de las enfermedades emerge una asociación de los factores patogénicos que contiene una especificidad a la calidad o atributo que poseen los seres, este es un espectro que se sitúa entre dos estados complementarios: lo fresco y lo cálido y que adquieren un estado de equilibrio en la condición de templado o “*temperado*”.

Algunas enfermedades se describen a partir de la influencia predominante de algunos de estos estados, mientras que en otras se observa que actúan a partir de una calidad de vulnerabilidad de la persona (el puerperio como situación de pérdida de calor, las *iras* como una situación de aumento del calor), como un factor propicio para la acción de otros factores patogénicos (ambientes fríos o húmedos, o calientes), así como la exposición de la persona a cambios violentos entre estos estados (pasar del cuerpo caliente al frío, o a la inversa).

Estas categorías han sido largamente discutidas por numerosos autores¹⁰⁴, que desde una posición ética han sido consideradas como “supersticiones” (Foster, 1950) o como “pseudociencia” (Redfield, 1941), otros autores las han considerado como el principio de conocimiento de base de la medicina tradicional (Currier, 1966, Ingham 1970, Cominsky 1977), mientras que otros consideran que estas categorías tienen un rol menor en la producción de la enfermedad (Young, 1978).

Independientemente del debate sobre la universalidad (o no) y de los orígenes (algunos autores buscaron una interpretación al interior de las categorías *humorales*), se puede señalar que entre los quichuas, así como en la población blanco-mestiza y negra del Ecuador, estas categorías son ampliamente conocidas y se constituyen como un paradigma de base para la comprensión de la salud-enfermedad.

Entre los quichuas la noción de los distintos estados situados entre lo fresco y lo cálido se encuentra asociada a un principio ontológico del universo, pues cada ser va a portar este atributo, por lo que se incorpora a todos los aspectos de la vida¹⁰⁵, por ello el tipo de atributo será variable en la medida que la ideología de la población no constituye un todo homogéneo. La identificación de las calificaciones de estos estados varían según los significados atribuidos por las personas, y según los consensos mas o menos locales o regionales.

Si bien se considera que existe un tipo de estado originario en cada ser, este no es estático, pues va a tener cambios según la influencia de innumerables factores que permiten el pasaje en una continuidad de estados, entre ellos la manipulación humana. Por ejemplo: el maíz verde suele ser considerado como fresco (por ello puede producir diarrea cuando es ingerido), mas este será templado en la medida que haya madurado, esta condición puede ser alterada cuando se realiza el *tostado* de los granos, mediante la

¹⁰⁴ Véase la revisión de este tema en el trabajo de Tedlock, B. “*An interpretative solution to the problem of humoral medicine in Latin America*” Social, Sciences & Medicine Vol. 24 No. 12, 1987: 1069-1083.

¹⁰⁵ Numerosas investigaciones se han dirigido a establecer una taxonomía de los mismos, más debe tenerse en cuenta que estas categorías son simplemente un componente de la calidad del ser, por lo que su organización está supeditada a los órdenes que disponen los seres.

acción del calor (son puestos en una cazuela de barro y luego calentados al fuego), estos granos serán cálidos o más cálidos y servirán para acompañar comidas frescas o más frescas, pues va a permitir que la comida en su conjunto adquiera un valor templado.

Aunque no puedan establecerse generalizaciones, pueden encontrarse ciertas constantes de estos tipos de estados a partir de ciertas características que tienen los seres, generalmente se asocia el calor a los colores oscuros o negro (aunque debe tenerse en cuenta que existen importantes excepciones), pero esto debe entenderse a partir de los principios generadores de la vida. Por ejemplo, la leche es de color blanca, más esta será cálida si proviene de una vaca negra; la consecuencia de la irritabilidad o *nervios* (situación de calor) va a depender de los atributos originarios de la persona, pues si se considera que ésta tiene un cuerpo caliente será más peligroso de enfermar que aquella que tiene el “cuerpo frío” o *chiri conqui*; los ajíes tienen distintos colores (usualmente verdes o rojos) mas su propiedad irritante les da el atributo de caliente.

Es posible que estos atributos representen el tipo de esencia o principio vital que tienen los seres, lo que establecería una vinculación con el paradigma de la cosmovisión, mas no hemos podido confirmar esta hipótesis, solamente hemos podido observar a través de la comprensión del *pulso* de las personas (potencia del *sinchi*) una asociación directa de la mayor “fuerza” con los estados templado a cálidos, y su debilidad con los estados de templado a fresco.

El paradigma cálido – fresco no puede ser entendido como una polaridad, sino mas bien es un continuo circular entre tipos de estados, y cuya evidencia se observa en la identificación de los signos, como la fiebre, cuando esta es muy elevada se la interpreta como su pasaje al frío extremo.

El proceso de deconstrucción de la enfermedad evidencia la búsqueda de un estado de equilibrio, se trata de establecer un pasaje progresivo hacia el estado *temperado* o templado. Para este fin se utilizan diversos productos vegetales, animales y minerales, que permiten regular o armonizar el cuerpo y sus partes con este estado.

Como se vió en la concepción del cuerpo objetivo y el cuerpo trascendente, debe destacarse el extremo cuidado que se tiene con la disposición de la placenta, pues como se considera que ésta es una parte del cuerpo de la madre, es sujeta a la acción de factores que pueden producir una enfermedad. Si bien no existe una práctica única entre las parteras para la disposición de la placenta, la mayoría de las veces es enterrada debajo de la *tulpa* o fogón (donde la tierra se mantiene cálida). Algunos casos de enfermedad registrada (como el *agua blanca*, que desde el punto de vista clínico puede ser interpretado como una *sepsis puerperal*) es atribuida al hecho de haber enterrado la placenta sin cuidado y que ella fue puesta en contacto con las piedras.

7.3. El Paradigma Social: *Aillu*

Este comprende la noción central de *aillu*, (explicada en el capítulo 4) como un símbolo específico de la pertenencia y organización de la población lo que incluye sus relaciones con las condiciones materiales de vida y con otras sociedades.

Las personas y la sociedad son los actores concretos que portan la ideología y la cultura que configuran su realidad y que les permite moldear estas relaciones. De esta experiencia emerge un conjunto de códigos y normas sociales que permiten la puesta en marcha de un sistema de acción para mantener una coexistencia entre sus miembros y la sociedad externa a ellos.

El *aillu* y sus normas constituyen el punto central de referencia de este paradigma, lo que implica el conjunto de conceptos, significados y acciones que se desarrollan al interior de la sociedad, mas para la comprensión del fenómeno salud - enfermedad, tiene particular importancia la definición del concepto de persona, familia y sociedad (*aillu*) retomando la idea central del *estado* de los mismos, entendiéndolo como una condición en el equilibrio de bienestar-salud-enfermedad-malestar. Mas este fenómeno también se encuentra sujeto a los valores, normas de funcionamiento, representaciones y la acción de

la sociedad, por lo que específicamente se destacan tres aspectos básicos que componen este paradigmas:

1. La organización social general y en particular las modalidades específicas para la interpretación e intervención en el fenómeno.
2. Las relaciones sociales y de trabajo (valores, normas, estrategias de coexistencia y/o de confrontación.
3. El valor otorgado por la sociedad al conocimiento, como principio de base para el mantenimiento y desarrollo de la vida.

7.3.1. La organización social en relación al fenómeno

En el capítulo 4 se presentaron las características generales de la población, y sobre estas bases se puede subrayar algunos aspectos:

La población, a partir de las relaciones interétnicas que ha mantenido históricamente se mantuvo en una condición de resistencia replegada sobre un territorio cada vez más limitado y empobrecido. Respecto al plano jurídico, a pesar de la definición de la igualdad de los ciudadanos frente al Estado, la población en base a su experiencia dispone de sus propios códigos de justicia, sea de punición moral o físicas¹⁰⁶. En el plano político, se constituye de un nivel organizativo de redes familiares que se confunde en una estructura territorial, mientras que a partir de la experiencia reivindicativa y de confrontación con la sociedad más amplia, hicieron emergencia nuevos tipos de organizaciones indígenas basadas en un sistema de representaciones más amplias que las del nivel local o regional, y que su accionar puso en mayor evidencia las relaciones de poder en este plano de relaciones. En estas dos perspectivas se percibe una noción de la autonomía emanada de su identidad, especialmente de la diferencia con las otras sociedades: modos de pensamiento, las condiciones materiales a los que fueron sujetos, ser sujetos de opresión (moral, étnica y económica).

¹⁰⁶ Por ejemplo el robo y otras transgresiones sociales, en algunas comunidades son penalizadas en el “foso” (que es un foso cavado en la tierra en el cual la persona es colgada de sus brazos).

Sobre las bases ideológicas de la sociedad quichua, y a pesar de su heterogeneidad, puede observarse claramente en que medida el ejercicio de la autonomía a permitido una respuesta de organización social específica respecto al problema de salud-enfermedad.

Este tipo de organización puede ser vista desde distintas perspectivas:

Si se jerarquiza una lectura desde la perspectiva de la salud pública, se puede identificar la existencia de sistemas de salud indígena¹⁰⁷, con identidad propia, de carácter participatorio, con gran capacidad de adaptación y de poca dependencia externa. Se considera que este es una construcción cultural e histórica que resume un conjunto de conocimientos de acuerdo a la base ideológica y del proceso socioeconómico de la población.

Desde la perspectiva ecológica y la mediación cultural, se entiende como una respuesta social y cultural a las condiciones materiales de vida, donde se utilizan los recursos del medio (vegetales, animales y minerales) de los distintos pisos ecológicos, frente a las restricciones externas, por lo que la sociedad elabora estrategias específicas en el plano social, consecuentemente, en la salud - enfermedad. Mientras que la perspectiva fenomenológica, permite comprender como la construcción de la salud enfermedad adoptan un significado central para la cultura y la sociedad, que permite ser interpretado a través de un sistemas de significados o sentidos y de signos, que tienen un contenido particular diferenciado de la sociedad más amplia, pues están basados en un conocimiento o saber popular generado y retroalimentado por la experiencia social, lo que activa un sistema de acción en un proceso de interpretación e intervención sobre la desarmonía o desequilibrios del modelo de persona y del universo.

Estas perspectivas nos permiten comprender como la sociedad va a establecer definiciones y roles de miembros de la sociedad, que van a operar al interior del fenómeno salud-enfermedad. Un primer nivel, tanto de interpretación como de intervención, usualmente es el núcleo familiar, en particular de la madre o de la abuela,

¹⁰⁷ Fue llamado "Sistemas no formales de salud". por oposición al sistema de salud oficial, de medicina occidental legalizada por el Estado (Ver Pedersen et. al. 1979).

luego de los otros miembros de la familia. Un segundo nivel, se encuentra diferenciado según el tipo de problema identificado inicialmente, en general existen dos tipos de roles sociales: los *yachac* y las parteras.

Entre los *yachac* se encuentra una jerarquía de poder según sus dominios de conocimientos y capacidades, entre ellos se identifican a:

- los *fregadores*, cuyo conocimiento y práctica está principalmente centrado en los casos de “*lisiaduras*”, “*dislocados*”, “*cuerdas*” y “*roturas de huesos*”, y cuyas principales acciones están centradas en los masajes de las partes afectadas, aplicación de emplastos, así como también en la reducción de fracturas y la elaboración de *entablillados*, o prótesis locales para fijar los huesos fracturados.
- los *hierbateros*, que tratan especialmente las enfermedades cuyo cuadro dominante son las alteraciones de lo cálido – fresco, y como su nombre lo indica, tienen un conocimiento basado en las hierbas “medicinales”, lo que no excluye el uso de diversos tipos de recursos terapéuticos, incluidos los productos farmacéuticos.
- Los *yachac* “curadores de espanto o llamador de sombra”, usualmente establecen una identificación de la enfermedad, en este caso el *espanto*, haciendo una interpretación diferencial con otras enfermedades posibles, especialmente con el “*ojeado*”, para luego realizar los procedimientos para la recuperación de la somba o “*espíritus*” perdidos. Este conocimiento implica un dominio sobre las “fuerzas espirituales”.
- El *yachac* y el *yachac - brujo*, representan el máximo nivel de conocimiento y de dominio de las fuerzas “espirituales”. Sus límites son poco precisos, pues las actividades vinculadas al hechizo, son realizadas de manera clandestina, en todo caso se trata de los *yachac* más experimentados que la población los ve con respeto y temor. Su práctica está centrada en la realización de rituales donde se incluye el uso de objetos de poder (usualmente piedras que simbolizan el cerro y que representan sus espíritus aliados) y de alucinógenos.

Esta tipología de los *yachac* tiene variaciones en distintas áreas de la región de la sierra, mas en general reciben una denominación según sus conocimientos y actividades realizadas, de otra parte no se trata de una “especialidad” estática, pues el proceso de

formación de un *yachac* se inicia en la infancia, y va a durar toda la vida, pues ser *yachac* es un camino de conocimiento, y en este proceso va a aprender todo lo posible.

La emergencia social de los *yachac*, es definida a partir de dos situaciones, la primera es la identificación de signos en el cuerpo de un recién nacido, que la sociedad interpreta como una señal de que va a ser un *yachac*, y en segundo lugar, existe una presión social para que una persona sea consultada sobre los problemas de la salud-enfermedad. En todo caso se puede observar la emergencia de un *yachac* dentro de un linaje o de un cierto número de familias, y la indicación o señalamiento de un hijo de éste para continuar este rol.

Respecto a las parteras, debe señalarse que éstas no se encuentran en todas las comunidades quichuas, en este caso la mujer sola, o con la ayuda del marido, van a producir y atender el parto. En algunas comunidades es únicamente el marido que va a asumir el rol de la partera.

En esta practica existe una gran variabilidad, algunas realizan una vigilancia continua del embarazo, acomodación del feto según la técnica del “*manteo*”, adivinación del sexo del ser que va a nacer, etc. mientras otras parteras solamente se limitan a la atención del parto. En otros casos la partera va a apoyar el cuidado de la salud del niño durante los primeros años de vida. En general las parteras más experimentadas establecen una comunicación y un apoyo “espiritual”.

La población frente al problema de la enfermedad, también va a buscar apoyo hacia otras personas, sean de su propia cultura en otras áreas de la sierra, o también en las boticas, los médicos del hospital o en los consultorios privados, según la gravedad del caso y la disponibilidad de recursos materiales para sufragar los costos (véase los itinerarios terapéuticos en el anexo IV).

Este sistema de acción muestra dos aspectos de la sociedad, en primer lugar se produce un pasaje a la acción de manera inmediata, y se orienta a explorar todas las posibilidades

para resolver los problemas; en segundo lugar, estas acciones cumplen un rol de articulación entre sistemas de salud, independientemente que la persona pueda aceptar parcial o totalmente los imperativos ideológicos de la llamada medicina occidental.

7.3.2. Las relaciones sociales y de trabajo

En el plano económico se vio la presencia, coexistencia y las transiciones entre diversos modelos económicos, donde la sociedad mantiene relaciones de don con la tierra, y relaciones de reciprocidad entre las personas, así también como el establecimiento de diversos mecanismos de redistribución. En el plano social se ha visto anteriormente las relaciones históricas mantenidas a nivel inténico, así como también se ha mencionado la heterogeneidad y contradicciones al seno de la población indígena.

En términos de salud-enfermedad puede señalarse que los modelos económicos implementados históricamente han tenido una contribución de base importante para la producción de la enfermedad, pues las restricciones para la accesibilidad de la tierra es uno de los factores mas importantes que impiden un pleno equilibrio de salud-enfermedad, ya que limita la producción de alimentos, las condiciones de trabajo impuestas tanto en los modos de producción de la hacienda como en las migraciones temporales, la migración hacia las ciudades que impacta tanto en las condiciones de trabajo como en sus condiciones general de vida.

Se ha visto anteriormente que la transición hacia otros modelos económicos, necesariamente ha implicado una reinterpretación de los mismos, donde se perciben lógicas y acciones derivadas de su cultura y sociedad.

7.3.3. El valor otorgado por la sociedad al conocimiento

En la descripción de las enfermedades (vistas anteriormente) se hizo referencia a la importancia que la sociedad da al conocimiento de la vida, como un principio ideológico sustantivo del universo indígena. En el caso específico de identificación de los desequilibrios de la salud-enfermedad, se observa no sólo un cuerpo de conocimientos sino una espitemología particular que permite tanto la construcción como la deconstrucción de los mismos. Este conocimiento es validado al interior de la cultura y la sociedad mediante las prácticas y la extracción continua de conclusiones y conocimientos sobre la experiencia vivida. Este proceso no se refiere solamente a las derivaciones exclusivas de una cosmovisión particular, sino sobre eventos de enfermedad que acontecen en la sociedad más amplia, y que se reinterpretan al interior de la sociedad generando nuevos conocimientos (como por ejemplo, la interpretación de la fiebre tifoidea).

La transmisión de estos conocimientos son realizados principalmente mediante la vía oral (la sociedad quichua, a pesar de los programas de alfabetización no utiliza los medios de comunicación escrita de manera generalizada), la comunicación es interpersonal, continua, y preferentemente se realiza en el curso de prácticas cotidianas.

El simbolismo que impregna el lenguaje, no necesariamente requiere una interpretación del orden lógico del auditor. Por ejemplo, el mensaje recibido a través de los sueños, las visiones obtenidas por medio de alucinógenos, o la práctica de las madres y abuelas, que desde el momento del nacimiento del bebé, le transmiten oralmente los eventos, visiones, emociones, etc.

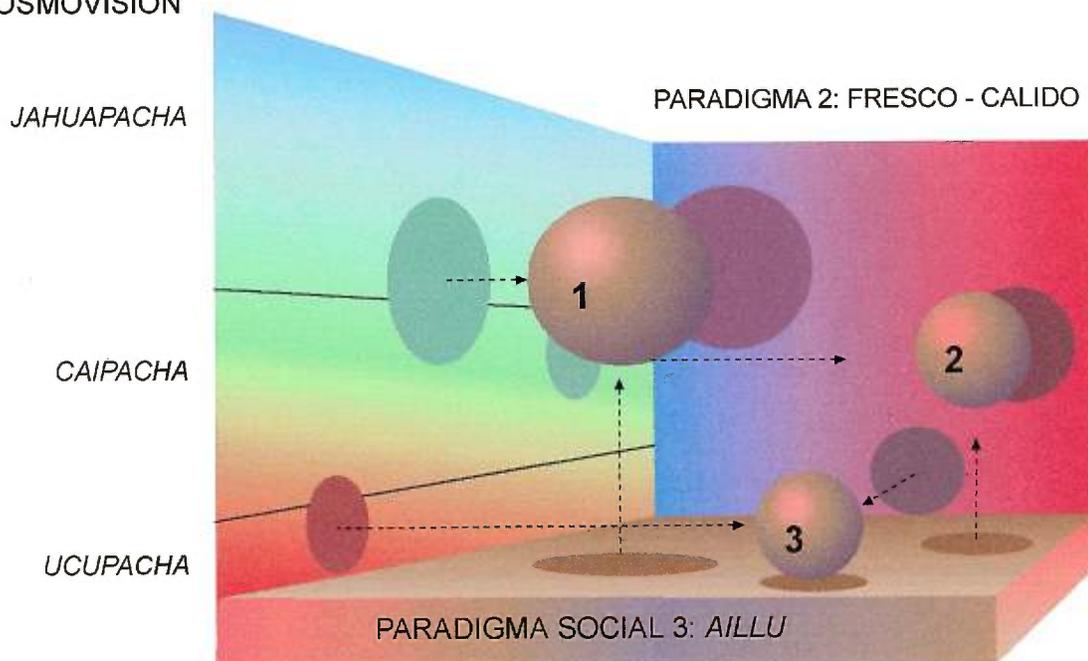
Los siguientes poemas son recitados a los niños en las comunidades indígenas (provincia de Bolívar):

de la enfermedad, y desde cada uno de ellos podemos establecer las asociaciones para observar una correlación o participación en la construcción del fenómeno.

Para la asociación de los paradigmas partimos invirtiendo lo términos para situar el fenómeno, es decir no partimos de una premisa definida por los paradigmas, pues ante la no disponibilidad de una taxonomía de las enfermedades, se plantea partir de la descripción de la enfermedad y observar como esta se proyecta sobre sobre cada uno de los paradigmas, estableciéndose así asociaciones específicas de los mismos.

A manera de representación gráfica, y que por razones de esta expresión se limita solamente a tres dimensiones se ha elaborado el esquema siguiente, se aclara que el paradigma Fresco – Cálido no ha sido representado de manera circular para facilitar la observación de las interrelaciones con los otros paradigmas.

**PARADIGMA 1:
COSMOVISION**



Esquema 18. Situación del fenómeno en relación a los paradigmas

En este esquema, a manera de ejemplo, se representan tres enfermedades, donde pueden observarse la interrelación de los paradigmas con cada una de ellas.

Con el número 1, se representa la enfermedad del *Cuichig*, que ya fue descrita anteriormente, y de la que se recuperan algunas expresiones que muestran la articulación de los paradigmas:

“Una vez una joven estuvo con la menstruación...”, se hace una referencia una mujer en estado fértil, es decir una persona esencial en la reproducción del *aillu*, (paradigma social) *“...se fue lejos de la casa a un cerro apartado a pastar, ...”* se retira de un espacio social hacia un espacio de trabajo (pastoreo) mas, en el plano simbólico el *cerro* cobra importancia por su potencial peligro, y más aún *apartado* (que da una idea de estar a una cierta distancia y de manera aislada o solitaria) *“...en esa tarde le ha seguido el cuichig bordado de colores verdes y rojo”* en un momento determinado (ciertos momentos cíclicos, denominados *malas horas*) una entidad, el arco iris (como objeto, referente o designado) o *cuichig* (como significante o designante) es decir el “diablo” o “espíritu maligno”, cuyo significado será el *cogido* o la enfermedad transferida, por ello *“...les hace vomitar de todos los colores: amarillo, verde, rosado, y a las mujeres les dejan embarazadas”* lo que implica una grave violación de las normas sociales del *aillu*. En este momento se ha presentado una de las entidades importantes de la cosmovisión indígena, que se sitúa de manera dinámica entre el *jahua* y el *caipacha*.

En este mismo acto de presencia del fenómeno se conjuga el paradigma cálido-fresco, pues *“...por debajo del arco iris que está brillando, o por el lodo del arco iris que existen en las tembladeras de los cienos, o se pasa por las quebradas apartadas por donde hay el lodo y el espíritu del arco iris...”* es solamente en estos ámbitos frescos y húmedos que el *cuichig* puede afectar.

En el caso número 2, se toma como ejemplo la enfermedad del *Colerín*:

En esta enfermedad observamos que los eventos se suceden en el caipacha, donde no intervienen los seres de los otros estratos del mundo. Esta se centra en la persona y se vincula directamente con el paradigma social:

"Les da colerín a las personas, cuando tienen mucha ira como de costumbre. A veces tiene mucha ira con el esposo o esposa, con los hijos, con los familiares, se pelean por los linderos, tiene ira con sus propias cosas, con los cultivos. Por eso la sangre se hierve y sube a la cabeza, entonces se queda como borracho, embobado. Poco a poco la persona se vuelve colérico con mucho lamento, los pensamientos son muy desordenados con odio, lloros con una tristeza y siente mucha pena." "A veces viene el colerín cuando recibe muchas ofensas insoportables como las calumnias y murmuraciones por atrás, insultos directos e indirectos, todo eso causa la ira."

"El colerín puede ser contagiado por otras personas, sobre todo los niños son víctimas de la cólera de los adultos, quienes sin ningún respeto pasan por el lado de los niños y contagian violentamente y matan instantáneamente."

"Con el colerín se mueren las personas, sobre todos los enfermos deben estar muy bien cuidados por sus parientes, que no deben hacerles tener iras ni hacerles sentir aburrimiento, porque ellos se empeoran violentamente y se mueren. Por eso hay que demostrar alegría y cariño."

En el proceso de construcción de la enfermedad se observa el vínculo con el paradigma cálido – fresco:

"Todo el cuerpo se vuelve acalorado, se secan los labios, da mucha sed, ataca el corazón, duele la cabeza, se obscurece la vista, hace marear como que estuviera bebiendo alcohol y poco después se desmaya como si fuera el pasmo y hecha las babas blancas y se queda inconsciente. A veces se enloquecen con el dolor de la cabeza, como la sangre colérica se precipita mucho por todo el cuerpo, duele el corazón, no se siente apetito, mas bien da mucha náusea y el cuerpo se queda inválido con mucho sufrimiento, se tuercen los pies y las manos."

... ..

"Las aguas deben ser de la temperatura del cuerpo, es decir tibio. Pueden añadir la leche de la borrega negra, la leche de la mujer indígena y la leche de una mestiza."

Para el caso número 3, como ejemplo se retoman las narraciones del *Hechizo*:

En este fenómeno tiene como base el paradigma social, pues "...surgen los problemas que les hacen enemigos entre personas. Por ejemplo las peleas por las tierras, las

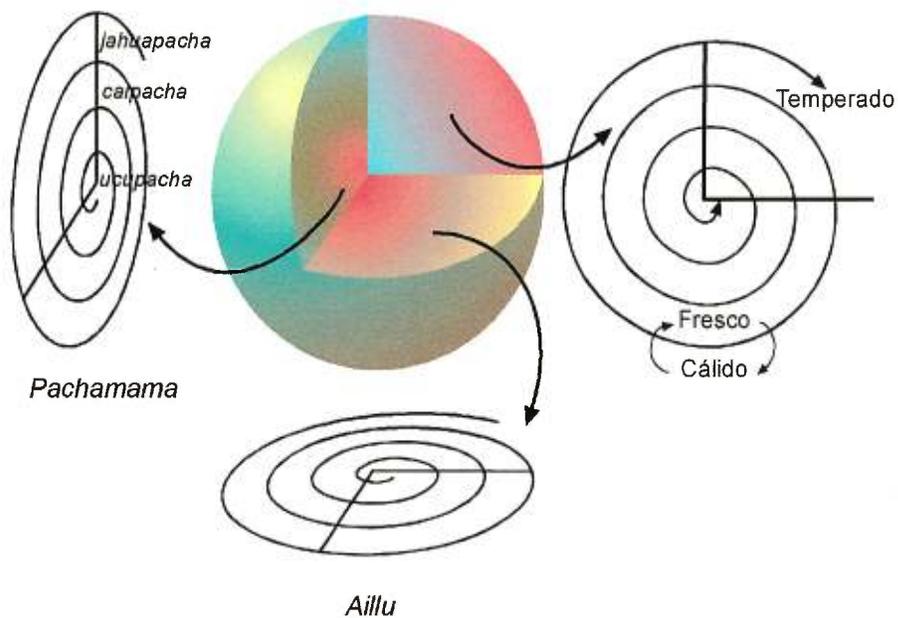
traiciones o los celos en el amor antes o después del matrimonio, por los robos, los chismes, los resentimientos y los odios, el rechazo de propuestas matrimoniales, las ofensas, las calumnias, etc.”, estos son una serie de eventos significativos que violan el consenso, las normas, y la cohesión social, es decir el desequilibrio en la coexistencia en el *aillu*. Como la sociedad también coexiste con la incoherencia y sus desequilibrios, existe la respuesta social a los mismos que puede controlar las situaciones derivadas de estos eventos, mas “...*por muchos problemas cuando ya se hacen enemigos, hay personas que se hacen muy vengativos que no tienen el espíritu de reconciliación y generosidad y comprensión*. Por ello el *hechizo* va a afectar no sólo el cuerpo objetivo, sino la persona en la que se produce la disminución o pérdida de su eficacia social: “...*decadencia física, intelectual, moral, económica, pérdida de todos los bienes...*”

La articulación con el paradigma de la cosmovisión se establece cuando “...*la característica del brujo es impactarse con el diablo y entregar el alma de su enemigo al diablo, es decir se dedica a hacer solo las maldades contra las personas con una habilidad increíble...*”, así como para el ingreso a estos niveles del universo quichua, se requiere la manipulación de plantas con propiedades alucinógenas “...*algunas bebidas preparadas con ayahuasca (Banisteriopsis caapi) y otras plantas, con lo cual se pierde el sentido real y se ve en visiones a sus enemigos quienes han introducido la maldad.*”

Mientras que a nivel del paradigma cálido - fresco, se observan los signos siguientes: “...*les da la fiebra se empiezan a secarse mucho, otros se mueren violentamente...*”, “...*se arruina mucho el cuerpo con calor...*”, “...*o que fuera una fiebre con calenturitas...*”, “...*empieza a doler y quemar los pies desde el codo y las plantas, que por dentro del vientre pasa a los pulmones.*”

Se señala que la representación gráfica de los paradigmas es un artefacto para demostrar su interrelación, mas a éstos deben agregarse su dimensión temporal. De otra parte, estos paradigmas tienen una dinámica interna, en la cual los elementos que la componen se encuentran en permanente circulación. Solamente en la cosmovisión pueden identificarse espacios de representación o ámbitos con características que adquieren valores

específicos de los seres que los componen. Esta dinámica es lo que caracteriza los estados o identidad predominante al interior de ellos. Esta dimensión de temporalidad nos llevaría a representar un espacio de fenomenalización de la salud-enfermedad, es decir un ámbito ideológico donde se produce el modo original de producción del fenómeno:



Esquema 19: Delimitación del espacio de fenomenalización a partir de la perspectiva de los paradigmas de base de la cultura quichua

9. El pasaje eterno por el universo

Numerosos autores han caracterizado este tipo de sociedades como duales, donde las categorías binarias y polarizadas adoptan una dimensión paradigmática, y en algunos casos se modera la idea de oposición en el sentido de una “atracción” de estos polos opuestos¹¹⁶.

Esta caracterización parte de la identificación de categorías estáticas, mas si se profundiza el análisis semiológico de las denominaciones dadas por la población se pueden encontrar distintas dimensiones de las significaciones dadas a estos estados. La

idea de complementariedad entre referentes, van a constituir una totalidad que define los conceptos, y éstos necesitan ser materializados u obtener una imagen icónica de ellos. Por ejemplo en la lectura nocturna del cielo, no solamente se identifican los astros que constituyen constelaciones (distinta a las representaciones que realiza la astrología occidental), sino también se realiza la lectura de los espacios interestelares (de lo no brillante, de la oscuridad del cielo) que conforman otras representaciones culturales (la canoa, la montaña, etc.). Lo que nos llevaría a ver que la lectura, y por ende una interpretación de la realidad y la expresión figurativa de la misma, se realiza de una manera gestáltica (o semejante a ella).

La decodificación de las representaciones quichuas, necesariamente nos remite a la identificación de objetos o una representación material o concreta de las nociones o conceptos, por ello no debe entenderse que la asociación entre los paradigmas se encuentra limitada a una identificación estructural y funcional, sino a buscar su trascendencia al interior de los elementos mencionados, pues estos están definidos por la cultura.

El análisis de dos eventos trascendentes de ciclo vital, como el nacimiento y la “muerte”, evidencian la noción de *ñaupa*, *samai*, de las relaciones simbólicas entre los seres humanos (el padrino) y la puesta en contacto de éstos con los poderes espirituales, las categorías sociales de punición, etc.

Hemos mencionado que el *causai* (vida) y su relación con el *sinchi* y el *samai*, (pág. 248) constituyen un principio ontológico de la ideología quichua, mas no encontramos otro estado que se “oponga” a ella¹¹⁷, como sería la noción de muerte. Por ello entendemos que la vida para los quichuas tiene una continuidad existencial, pues lo que se llama muerte es un evento de cambio (o pasaje) de estado de la persona, pues se deja o se

¹¹⁶ Ver Maybury-Lewis y Almagor 1989, “The attraction of Opposites...”.

¹¹⁷ Esto pone en cuestión las hipótesis del “dualismo” de estas sociedades, entre otros ejemplos se puede citar también que en las operaciones matemáticas la operación de adición o suma no tiene la operación inversa (la resta o sustracción), y en su lógica matemática se observa como se pueden obtener resultados de sustracción a partir de la suma.

abandona el cuerpo objetivo para seguir viviendo en el cuerpo trascendente¹¹⁸. (en la página siguiente se presenta un dibujo del acto de “muerte”).

En la descripción de la persona (capítulo 4) se hizo referencia a la concepción del nacimiento y sus implicancias sociales, mas debe señalarse que el acto de engendrar la vida constituye una propiedad de la organización del universo, por ello es un acto genuino que ratifica esta propiedad ontológica. Entre los quichuas no es concebible la encarnación, mas es posible la posesión del cuerpo por los “espíritus” del *ucupacha* (los “diablos” pueden “ocupar” el interior del cuerpo humano y de los animales), como se vió en la descripción de las enfermedades.

El acto de “muerte” en algunos casos representa un pasaje reversible, es decir que en algunas ocasiones ciertas personas que han sido consideradas como muertas, tanto por ellas mismas como por sus allegados, han realizado descripciones sobre su experiencia y de los espacios que han conocido. Estos hechos no son excepcionales, pues durante el trabajo de campo encontramos numerosos casos en cada comunidad. Algunos de los mismos fueron protagonizados por *yachac* muy poderosos, y de los cuales se presenta en la página siguiente un dibujo realizado de esta experiencia.

La cosmovisión permite la existencia de una alta coincidencia entre los relatos, especialmente en las características físicas de los espacios (descripción del *jahua* y *ucupacha*), así como de los personajes principales encontrados en estos sitios.

En el dibujo se observa el proceso de pasaje del *samai*, entendiéndose que el “espíritu” deja el cuerpo y se dirige a un sitio específico, el “purgatorio”, donde se encuentran representantes (a nivel de empleados o o que cumplen un rol de funcionarios) del *cai* y del *ucupacha*.

¹¹⁸ Entre los quichuas la palabra *huañuña* (muerte) es usada frecuentemente, mas está dotada como sinónimo del evento que se menciona.

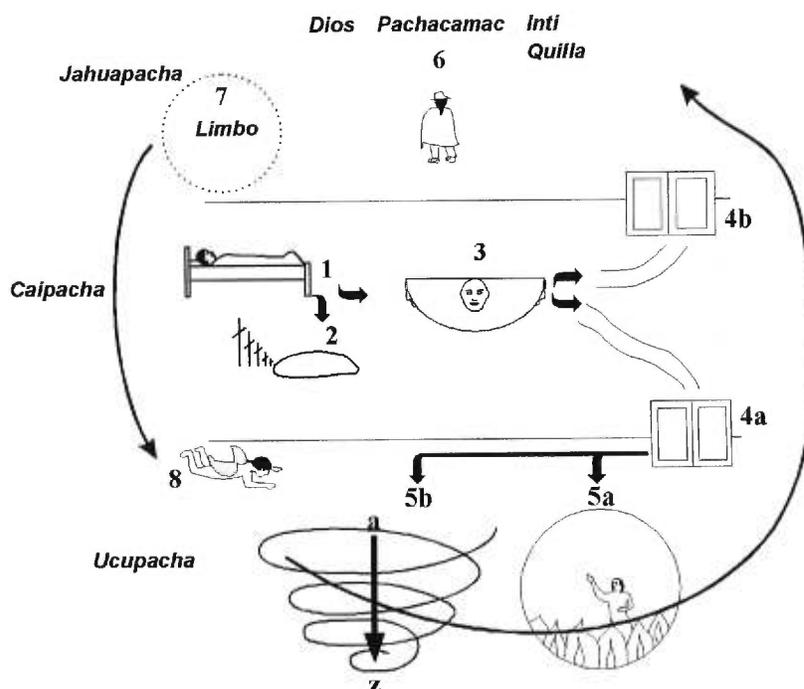


Dibujo2. Representación del acto de "muerte" (dibujo de Rafael Pineda)

Aquí se realiza un trámite de tipo administrativo (se registra el nombre y todos los datos personales en un libro). En otras ocasiones nos han relatado que: “...*el purgatorio tiene unas escaleras tan grandes como la de los Ministerios*” como una analogía con las instituciones del Estado.

El “purgatorio” tiene dos puertas de salida, (semejantes a las vías encontradas en la mitología cristiana) una de oro (brillante), y la otra de madera (oscura). La primera conduce a un camino lleno de flores, considerado como “bellísimo” que desemboca a una gruta donde se encuentra el “infierno” con los diablos, mientras que la segunda, permite acceder a un camino con piedras y espinas “...*que rompen las alpargatas*”, mas al final de él se encuentra el cielo “...*con Dios y los santos*”. Antes de ingresar a cada uno de estos espacios, se repiten los trámites administrativos, y luego va a continuar su vida “...*como aquí en la tierra, vamos a continuar trabajando, a comer y a beber.*”

Del conjunto de versiones de este proceso, hemos realizado un síntesis, que se presenta en el esquema siguiente:



Esquema 20: Ciclo de pasaje por los estratos del mundo

En este esquema se observa lo siguiente:

1. Luego de la muerte se realiza el lavado del cuerpo, se realiza el velatorio durante 1 o más días (hasta que toda su familia y amigos hayan asistido para su despedida), durante este periodo se realizan juegos, adivinanzas, se toca música y se bebe trago.
2. Posteriormente se realiza el entierro del cuerpo, pueden colocarse alimentos, las herramientas de trabajo, etc. lo que le permitirá continuar con sus actividades. Se considera que la carne se descompone y se vuelve tierra.
3. El “espíritu” arriba al “purgatorio” o espacio donde va a realizar una evaluación de su vida. Aquí va ser “...*bañado en la paila con agua hirviendo*”. Esta es una gran olla de bronce que tiene 4 rostros (cada uno mira hacia los cuatro espacios en que se ha dividido el *alpamama*. Ante la pregunta, “¿*A dónde van los yachac cuando se mueren?*”, la respuesta fue “– *¡No ve que la paila tiene las caras!*”, es decir que bajo la denominación “purgatorio” (tomado del cristianismo) encontramos que la purificación (limpieza) y el “juicio” realizado por los “santos”, es una evaluación de sus pares que tienen mayor poder y conocimiento: los *yachac*.
4. Luego de esta etapa, que puede durar “...*mucho tiempo, o toda la vida*” el “espíritu” va a dirigirse por una de las puertas indicadas (4a ó 4b).
5. El “infierno” tiene varias descripciones, una (5a) se asemeja a la iconografía cristiana, donde se observa a las personas en medio de las llamas. En general se han representado personas con vestimenta y otras desnudas “...*por que ya han gastado su ropa, de tanto tiempo que están allá*”, allí pueden identificarse por la vestimenta a los obispos, militares y políticos, entre el conjunto de personas (lo que sugiere una opinión social sobre los mismos). Otros relatos, representan al infierno como un gran camino en espiral (5b), donde sitúan a las personas según la gravedad de sus faltas o “pecados”. Quienes han cometido faltas menores, como los robos, mentiras, violencias, etc. se sitúan en el nivel superior (a), y así sucesivamente hasta alcanzar el nivel más bajo de todos (z) allí están castigados los *hipócritas*. El castigo es que recibe toda la orina y excrementos de los que habitan en los niveles superiores. Este tipo de “infierno” es una representación de una taxonomía ética y moral del *aillu*.

6. En el “cielo” la vida es “...*más tranquila, es como acá, la gente trabaja, come, tiene amigos, es igual que acá*”.
7. En esta etapa de la vida, como en lo cotidiano del *caipacha*, existe siempre la posibilidad de ser más eficaz socialmente. El castigo no tiene un fin en si mismo, sino es un medio de reflexión y aprendizaje, por ello siempre se puede cambiar las situaciones adversas mediante el esfuerzo, el conocimiento y las virtudes. El haber sido un buen padrino le da la posibilidad de salir del “infierno”, pues si su ahijado murió de niño sin ser bautizado (*auca*), no ha pasado el ciclo descrito anteriormente. Este niño se sitúa en un espacio llamado “*limbo*”. Desde el *limbo* ellos pueden volar por todos los estratos del mundo, por lo que al pasar por el “infierno” su padrino va tratar de alcanzarlo para que sea transportado al “cielo”.

Existen numerosas variaciones de los relatos y de los personajes que intervienen en este momento de la vida, por lo que el análisis lingüístico muestra una polivalencia de los términos utilizados así como de diversas categorías semánticas. En el análisis de Howard-Malverde (1989)¹¹⁹ sobre la noción “diablo” se evidencia que la polivalencia de este término está influenciada por tres clases de factores:

- A) “(la) *doctrina y el sistema de valores propagados por la iglesia católica (el diablo que incita a los humanos a pecar; el diablo en el infierno), y por la tradición popular europea,*
- B) (las) *estructuras socioeconómicas foráneas sobrepuestas por el grupo no indígena al grupo indígena (lo que explicaría el simbolismo de la metáfora ‘diablo = hacendado’),*
- C) (los) *elementos del sistema nativo de creencias religiosas aplicadas a nociones introducidas (el diablo tiene rasgos provenientes de creencias sobre el urcu yaya (padre del cerro), por ejemplo, y que lo caracterizan como fuerza ctónica).*” Howard-Malverde (1989: p. 336).

Como términos definidores y epítetos aplicados a la noción “diablo” esta autora cita que bajo la influencia del factor *A* se usan, entre otros, los siguientes: satanás, coco, grandueño tentación, mal hombre Judas, judío, Herodes, Pilato. Respecto al factor *B*: mestizo, amo, mayordomo, capitán, capataz, mayordomo, mayoral. Finalmente, bajo el

¹¹⁹ La investigación fue realizada en comunidades indígenas del Cañar.

factor C: alma, agente maléfico del otro mundo, gran nariz, nariz de chanco, gallinazo, antimonio, manco, tullido.

Cabe destacar que el “espíritu” o la persona en esta etapa de la vida no necesariamente queda confinado en un espacio hermético, los familiares pueden visitar la tumba del difunto y entrar en comunicación con él, especialmente en el día de los muertos o mediante los sueños. Esta circulación en el *caipacha* cobra importancia respecto al fenómeno salud-enfermedad, pues en el caso que la persona no es aceptada ni en el “cielo”, ni en el “infierno”, por que realmente su vida es reprobada a partir de sus acciones, entonces, es enviado de vuelta a la tierra. Esto significa una condena a la soledad, por lo que se convierte en un espíritu errante que va a tratar de buscar su familia y sus amigos o conocidos, si los puede tomar, éstos van a sufrir una enfermedad considerada como muy grave: el *mal aire de muerto*.

CONCLUSIONES

Las conclusiones que siguen, tratan de trascender a las conclusiones parciales presentadas en el texto anterior, en el sentido de aportar diversas reflexiones sobre los hallazgos de investigación en relación al sujeto y dominio de estudio, así como a la necesaria reflexión de las formulaciones y prácticas de las concepciones que orientan las diversas intervenciones en el campo de la salud-enfermedad. Obviamente estas conclusiones, solamente constituyen un momento de la comprensión del problema, pues el debate y la apertura de nuevas hipótesis de estudio, son necesarias e imprescindibles para obtener una mayor dimensión y profundidad en la comprensión de este sujeto.

La presente tesis espera contribuir al análisis del fenómeno, como un insumo al debate del problema y a la formulación de decisiones en torno a la intervención del estado salud-enfermedad, especialmente que en este momento se debate tanto la reforma del Sistema de Salud como de la Constitución de la República del Ecuador.

Estas conclusiones tratan sobre las aproximaciones realizadas para estudiar el problema a partir de los aportes de la Antropología Médica, a la situación de salud pública de la población indígena, que involucra a la organización, roles y políticas de los sujetos intervinientes en el proceso de salud-enfermedad, tanto de los quichuas que gestan un proceso de pensamiento y acción dentro de una sociedad más amplia, así como de los actores institucionales que intervienen en este dominio, y finalmente a la llamada “cuestión indígena” como enunciado del conflicto histórico no resuelto al interior de la sociedad ecuatoriana.

1. La interpretación del fenómeno a partir de la Antropología Médica

En esta tesis el proceso de salud-enfermedad no es analizado como un elemento factual de la “realidad”, ya que limitaría o restringiría su comprensión, sino que éste es contextualizado dentro de un proceso de tipo histórico, que muestra la construcción contemporánea de lo social. No se trata de una aproximación arqueológica del pasado,

sino de la búsqueda de significados sociales de los eventos que fueron forjando una identidad colectiva.

La historia de enfermedad, no es un mero relato clínico, pues son cuadros de construcción social de una historia del sufrimiento, donde la persona también expresa al cuerpo social, y las distintas dimensiones del desequilibrio salud-enfermedad. En este sentido he mostrado como se articulan los paradigmas de base de la cultura, que permiten interpretar el “universo de la enfermedad”, y que esa articulación se hace a través de una ideología particular. No es posible entender el universo de la enfermedad sin comprender el significado de la salud en la medida que se constituyen como un sólo y único fenómeno central a la vida de toda sociedad. El conocimiento de este universo es posible a partir de una reflexión necesaria e impostergable de nuestros paradigmas que guían el acceso a la comprensión de la vida de la gente, especialmente cuando se pretende intervenir en ella.

El relato del sufrimiento de la gente tiene un espacio fundamental frente al discurso médico, pues este expresa la integralidad del problema, en la medida que expresan una multidimensionalidad de significados específicos de la cultura, por lo que se requieren diversas aproximaciones teóricas y metodológicas hacia cada una de estas dimensiones del problema para poder acceder a su comprensión.

La explicación de la enfermedad entre los quichuas no se circunscribe al campo del conocimiento médico específico. La multicausalidad, o sea la atribución del origen y de la asociación de factores patogénicos, son interpretados y estructurados culturalmente para la construcción de signos, o sea la representación del universo quichua en el espacio corporal, que expresa la inestabilidad o el juego continuo de los estados en la relación salud-enfermedad, cuyo significado no está centrado específicamente en la biología humana, sino en la vida como concepto central del sentido de la existencia de los seres. Esto se realiza a través de un sistema de significados al interior de una sociedad específica, la cual como espacio de construcción de una identidad, va a generar una dinámica de respuestas particulares a las influencias del medio para mantener el equilibrio entre salud y enfermedad.

La traducción epistemológica del sufrimiento nos lleva a la necesidad de interpretar una dimensión de violencia (económica, social y política) donde el acto y ritual de reequilibrio de la salud-enfermedad se constituye como un combate (“espiritual”, social, y político¹²⁰).

Anteriormente expresaba que la Antropología Médica es un dominio de estudio que se encuentra en plena configuración, tanto en sus referentes teóricos y metodológicos, como en la propia definición de un “espacio” yuxtapuesto de las ciencias sociales y las ciencias de la salud, como una suerte de expresión metonímica de las epistemologías subyacentes en cada una de ellas. Esto representa un esfuerzo de conjunción y de contribución de estos dominios de conocimiento, mas este tipo de análisis, genera resistencia y cuando no, una oposición abierta a este tipo de interpretaciones desde los técnicos de la Salud Pública, o desde los formuladores de políticas públicas.

En el presente estudio, se ha definido a la población como un sujeto activo en el proceso de investigación y de análisis de su realidad, por lo que a partir de la Antropología Médica se ha buscado maximizar el conocimiento de los aspectos vinculados a la salud-enfermedad quichua, no solamente en su extensión, sino también en su profundidad. Se ha buscado esclarecer las múltiples dimensiones intervinientes en el fenómeno y superar las limitaciones dadas por el método epidemiológico y la Salud Pública. Por ello las contribuciones tienden a proponer respuestas al problema de la salud-enfermedad mas próximas al pensamiento de la gente. Desde esta perspectiva se recupera la noción de heterogeneidad y cambio continuo de las sociedades, que se confrontan con la visión universalista, homogeneizante y reduccionista (cuando no evolucionista) generalmente presente en los análisis de las ciencias de la salud.

La contribución también se orienta a demostrar que no existe una dicotomía entre lo cultural y las expresiones de una práctica concreta de intervención en el proceso de salud-

¹²⁰ Debe tomarse como ejemplo la acción de los *yachac* durante los levantamientos de los años 1990 y 1992, donde su rol fue fundamental a nivel “psico-social”, pues durante los días de conflicto realizaron continuamente rituales de protección de la población para fortalecerlos frente al ejército y la policía nacional.

enfermedad. Se ha mostrado que el pensamiento, la organización y la respuesta social de los quichuas al problema de la enfermedad es un proceso cultural que guarda una dinámica compleja en la cual se integran ciertos contenidos culturales exógenos que movilizan las lógicas sincréticas para redefinir la matriz cultural propia.

2. Reinterpretar la situación de la salud pública de los quichuas

En términos cualitativos se demostró que en el análisis del proceso de construcción y deconstrucción del fenómeno de salud enfermedad existe una lógica que opera al interior de la cultura, para definir y comprender el fenómeno salud-enfermedad. En términos cuantitativos de los datos limitados de la morbilidad y la mortalidad (según los indicadores clásicos que se usan para medir estos estados) observamos que la población indígena quichua muestra una peor situación, en comparación con la sociedad nacional ecuatoriana. De otra parte, no existen datos nacionales actualizados del estado de salud de la población indígena que permitan un análisis longitudinal y diacrónico, por lo que no puede asegurarse que esta población se encuentre sujeta a una transición epidemiológica, es decir a un cambio de estructura de su morbilidad, lo que pone en cuestión la eficacia de los sistemas de salud tanto del sistema indígena, como del llamado sistema médico moderno-occidental.

Desde la perspectiva sistémica hemos consideramos a las respuestas sociales quichuas como un sistema autóctono de salud, éste se constituye a partir de principios ideológicos, culturales y se manifiesta a través de una organización social específica, de manera diferente al sistema de salud estructurado a partir de la cultura médica occidental.

Esta situación nos coloca frente a un conjunto de cuestiones que frecuentemente permean el debate de la salud pública, es decir la validez de la implementación de soluciones endógenas o exógenas sobre el problema de enfermedad, o la búsqueda de soluciones mixtas (como las ensayadas por la estrategia de Atención Primaria de Salud o las propuestas de los Sistemas Locales de Salud).

El análisis realizado a partir de la Antropología Médica nos sugiere la necesidad de superar estas estrategias de base funcionalista para establecer otro tipo de desafíos, en términos de la comprensión del conjunto de situaciones que se encuentran a la base de la problemática de la enfermedad y al interior mismo de cómo se formulan las propuestas de intervención sobre la enfermedad.

Entre los desafíos, resulta necesario definir más claramente el espacio político de la salud, espacio donde se ponen en juego varias dimensiones, como la incorporación de las desigualdades, el poder de curar y el gobierno de la vida¹²¹. La noción salud no ha sido tratada históricamente en un sentido unívoco, pues diversas organizaciones religiosas, instituciones nacionales, intergubernamentales, internacionales, no gubernamentales, etc. muestran una hermenéutica de este término cuyos significados se encuentran permeados por las nociones de autoridad, poder, legitimidad institucional, etc. bajo el enunciado y la justificación del bienestar de la población.

Una constante observada en el espacio político de la salud, es la ausencia sistemática de la presencia organizada de los quichuas, en la discusión y toma de decisiones institucionales, respecto a la salud de su pueblo. Los planes y programas de salud usualmente son inspirados en sociedades de culturas diferentes y son aplicados como si fuesen de validez universal debido a la jerarquización de lo biológico por sobre lo cultural y lo social¹²².

La definición y/o redefinición de un espacio político donde se analisen y se tomen decisiones de intervención sobre el fenómeno salud-enfermedad, propone un desafío múltiple tanto de las organizaciones de la población indígena, como de las instituciones que han asumido la responsabilidad del cuidado de la salud de la población.

¹²¹ Véase una profundización de este tema en el libro de Fassin D. "*L'espace politique de la santé*" (1996).

¹²² El análisis de las estrategias e intereses institucionales y las diferencias ideológicas de como se perciben los problemas de salud, puede cuestionarnos la validez de numerosas iniciativas de "salud". A manera de ejemplo, se observa que para los quichuas una reivindicación histórica fundamental es la disponibilidad de la tierra, consecuentemente una de las bases de sobrevivencia de la población, y dentro de ella para solucionar los problemas de nutrición, mientras que numerosos proyectos institucionales prefieren el uso de micronutrientes para paliar este problema.

3. El desafío de la búsqueda de la salud y la “cuestión indígena”

La búsqueda de respuestas a la enfermedad, o del reequilibrio al interior del fenómeno nos remite a un contexto social conflictivo que exige respuestas políticas más amplias, o como otros autores prefieren enunciar, repuestas específicas a los determinantes de un estado de salud o enfermedad.

Este desafío implica una mejor comprensión de las fuentes de heterogeneidad que determinan el fenómeno de salud – enfermedad, vistas desde las perspectivas de dos tipos de culturas y sociedades. Donde ambas coexisten mediante un contacto histórico cuyas contradicciones fundamentales no han sido resueltas. Esta coexistencia da una mayor complejidad a la comprensión del problema y a la formulación de respuestas al mismo en la medida que las relaciones políticas y de poder restan aún como una ecuación no resuelta. Esto cobra especial importancia en la obtención de un acuerdo sobre las fomulaciones del quehacer futuro en el dominio específico de la salud.

La ideología, la cultura y la organización social definen los principios de una posición política (la intención de decidir sobre el futuro de una sociedad), que se ha expresado entre los quichuas mediante periodos cíclicos de resistencia o de pasaje a la acción frente a la sociedad más amplia (levantamientos, confrontaciones, demandas de reivindicaciones ante los gobiernos y el Estado, etc.). La constitución de fronteras territoriales, sociales y culturales, les ha permitido definir y concretizar un universo de vida de características propias, donde la salud-enfermedad constituye una expresión de esta situación de coexistencia¹²³ crítica. Sin embargo, este tipo de coexistencia ha permitido la permeabilidad de las fronteras identitarias para definir espacios comunes, generalmente ambiguos, ocultos, o cuando no negados por una y otra sociedad, aunque en las prácticas de salud popular se evidencia que ambas poblaciones comparten conocimientos, recursos y reciben acciones de salud de cada una de estas sociedades.

¹²³ Véase las diferencias ideológicas en el análisis del conflicto de 1990 entre las diversas expresiones de personas pertenecientes a instituciones y sectores de la sociedad ecuatoriana. (Almeida y otros autores 1992).

Por esto puede entenderse que uno de los ejes de la contradicción entre estas sociedades está centrado en el escenario del orden y legitimidad institucional, lo que explica de otra manera, que las demandas directas de salud de las organizaciones indígenas no sea una de sus principales sujetos de negociación o de solicitud de los servicios de atención médica provistos por el Estado¹²⁴, sino más bien las prioridades fueron centradas en las demandas de la accesibilidad de la tierra y el agua (para riego y consumo humano), la eliminación del pago de impuestos a la tierra (impuesto predial rústico), el fortalecimiento de la educación bilingüe, la condonación de deudas de los créditos para el desarrollo rural, la declaración del Ecuador como un estado plurinacional (que implica una reforma constitucional), el congelamiento de precios de productos industrializados de primera necesidad y fijación de precios justos para la subsistencia campesina, la ejecución de obras de infraestructura para las comunidades indígenas, etc.. En suma, estas demandas se orientan a la superación de problemas básicos que inciden sobre el bienestar y la situación de salud de la población indígena.

Resulta evidente que la creación de un ambiente favorable para el acceso al bienestar y al equilibrio salud-enfermedad es dependiente de la superación de problemas que se encuentran a la base de las relaciones ideológicas, políticas, sociales y culturales de los indígenas quichuas con la sociedad ecuatoriana en general. De otra parte, esto explica que las Ciencias de la Salud por sí mismas, no pueden sino aportar propuestas coyunturales, (que usualmente han adoptado las modalidades de “reformas”) y donde se requiere la contribución de las Ciencias Sociales y Políticas, pues resulta ilusorio que en las actuales condiciones de vida de la gran mayoría de los quichuas, se pueda alcanzar un estado saludable satisfactorio.

El problema de salud-enfermedad indígena no solamente debe encontrar respuestas desde el interior de ésta sociedad, sino que corresponde asumirlo como un problema pertinente a toda la sociedad ecuatoriana, consecuentemente implica el establecimiento de un nuevo

¹²⁴ Se recuerda que en la negociación de CONAIE con el gobierno, luego del levantamiento del año 1990, el único punto que hace referencia a la salud es la “...*Legalización y financiamiento de la medicina indígena*” (punto número 15 de los 16 sujetos de demanda).

tipo de relación social pues finalmente la “cuestión indígena” es también una cuestión de construcción de la identidad ecuatoriana.

BIBLIOGRAFIA

ADORNO R.

1987 "Introducción": 5-35, en Guamán Poma de Ayala *Nueva crónica y buen gobierno*. Edición de J. Murra, R. Adorno y J. Uriarte. México: Siglo XXI (1^{ra} edición, 3 volúmenes).

AGUINDA, F., CERDA, M., CONTRERAS, E., DIAZ, M., JEREZ, A., MACAS, L., SHIGUANGO, C., YANEZ, C.

1982 *Caimi Ñucanchic SHimiyuc-Panca*. (Diccionario Quichua – Español). Quito: Ministerio de Educación y Cultura / Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

ALMEIDA I., ALMEIDA J., BUSTAMANTE S., ESPINOSA S., FRANK E., IBARRA H., LEVOYER R., LEON I., MACAS L., ORTIZ G., PEREZ I., RAMON G., RUIZ L., ROSERO F. y CORNEJO M.

1992 *Indios: una reflexión sobre el levantamiento indígena de 1990*. Quito: ILDIS/Abya-yala.

ALMEIDA (Filho) N.

1989 *Epidemiologia sem números: Uma introdução crítica à ciência epidemiológica*. Rio de Janeiro: Editora Campus.

1990 "O problema do objeto de Conhecimento na Epidemiologia": 203 – 220, en D. Costa *Epidemiologia: Teoria e Objeto*. Sao Paulo: Hucitec.

ANSIÓN J-M.

1985 *Demons des Andes*. Louvain: Université Catholique de Louvain, CIACO Ed.

ARGÜELLO O.

1981 "Estrategias de supervivencia: un concepto en busca de su contenido", *Demografía y Economía*, vol. XV, (2) 46: 190 - 203.

ARMELAGOS G., GOODMAN A. y JACOBS, K.

1978 "The ecological perspective in disease" en M. Logan y E. Hunt, *Health and Human Condition. Perspectives on Medical Anthropology*. North Scituate, Mass: Duxbury Press.

AUGÉ M.

1975 *Théorie du pouvoir et idéologie*. Paris: Hermann.

BABIE E.

1973 *Survey Research Methods*. Belmont, California: Wadsworth Pub. Co. Inc.

BACA E.

1981 *Economía campesina y mercados de trabajo: el caso del Valle Sagrado de los Incas*. Tesis de Economista. Cusco: Universidad Nacional del Cusco.

BADGLEY R., BRAVO G., GAMBOA C., GARCIA J.

1981 *Bibliografía Latinoamericana sobre Ciencias Sociales Aplicadas a la Salud*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

BALANDIER G.

1957 *Afrique ambiguë*. Paris: Plon..

BARDIN L.

1977 *L'analyse de contenu*. Paris: PUF.

BARSKY O.

1978 *Iniciativa terrateniente en el pasaje de hacienda a empresa campesina: El caso de la sierra ecuatoriana*. Tesis de grado. Quito: PUCE-CLACSO.

BARTH F.

1969 "Introduction": 9 - 38, en F. Barth (dir.), *Ethnic groups and boundaries*. Londres: Allen & Unwin.

BARTHES R

1964 *Éléments de sémiologie*. Paris: Éditions du Seuil.

1970 *S/Z*. Paris: Éditions du Seuil.

BASTIEN J.

1985 "Qollahuaya-Andean Body Concepts: A Topographical Hydraulic Model of Physiology", *American Anthropologist*, 87: 595 - 611.

BEAUCAGE P.

1990 "Structures de domination et mouvements indiens: éléments pour un cadre théorique". Documento. Seminario: *Structures de domination et mouvements indiens*. Montréal: Universidad de Montréal.

1995 "Présentation. Échange et société: avant et après de Mauss", *Anthropologie et Sociétés*, Vol.19, n^{os} 1 - 2: 5 - 16.

BERTEAUX D.

1986 "Fonctions diverses des récits de vie dans le processus de recherche": 21-34 en D. Desmarais y P. Greel (edit.), *Les récits de vie, théories, méthodes et trajectoires types*. Montréal: Editions Saint-Martin.

BIBEAU G.

1979 *De la maladie a la guérison, essai d'analyse systemique de la médecine des Angbandi du Zaire*. Tesis. Québec: Université de Laval.

1981 "Current and future issues for medical social scientists in less developed countries", *Social Sciences & Medicine*, Vol.15a: 357 - 370.

1983 "La place de l'anthropologie médicale dans la rencontre entre sciences sociales et sciences de la santé: quelques balises", *Santé culture health*, I (2): 3 - 13.

- 1987 "Nouvelles directions dans l'anthropologie médico-psychiatrique nord-américaine: Quelques réflexions critiques", *Santé culture health*, Vol. IV (2): 4 - 11.
- 1990 *Cours ANT 3055 - Anthropologie des problèmes médicaux*. Montréal: Département d'anthropologie, Université de Montréal.
- 1991 *Entre Sens et Sens Commun*. Brochure. Allocution prononcée devant les membres de l'Académie des lettres et des sciences humaines. Montréal: Société royale du Canada.
- 1994 "Hay una enfermedad en las Américas: Otro camino de la antropología médica para nuestro tiempo": 43 - 69, en C. Pinzón, R. Suarez y G. Garay (Editores), *Cultura y salud en la construcción de las Américas*. Bogotá: Instituto Colombiano de Cultura, Instituto Colombiano de Antropología y Comitato Internazionale per lo sviluppo del popoli.

BIBEAU G. y CORIN E. (dir.)

- 1993 *Beyond textuality. Ascetism and Violence in Anthropological Interpretation*. Berlin: Mouton de Gruyter.

BLOOM B.

- 1998 "The Highest Attainable Standard: Ethical Issues in AIDS Vaccines", *Science* Vol.279 (5348): 186 - 188.

BOON, J.

- 1980 "Comparative de-enlightenment: Paradox and limits in the history of ethnology". *Daedalus*, 109: 73 - 91.

BONILLA V.

- 1982 "Algunas experiencias del proyecto Mapas Parlantes": 147 - 161, en J. García Huidobro, *Alfabetización y Educación de Adultos en la Región Andina*. Serie: Retablo de Papel n° 6. Pátzcuaro: Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe UNESCO / Centro Regional de Educación de Adultos y Alfabetización Funcional para América Latina.

BOSCO PINTO J.

- 1976 *Educación liberadora, dimensión teórica y metodológica*. Buenos Aires: Ediciones Búsqueda..

BREILTH J.

- 1982 "Community Medicine Under Imperialism: A New Medical Police?": 149 - 168, en V. Navarro, *Imperialism, Health and Medicine*. Nueva York: Baywood Publishing Co.

CARNEIRO R.

- 1970 "A Theory of the Origin of the State", *Science* 169, n° 3947: 733 - 73.

CASAGRANDE J.

1976 "Estrategias para sobrevivir: los indígenas de la sierra del Ecuador", *América Indígena*, Vol. XXXVI, n°1: 95 - 114.

CASSEL J.

1974 "Psychosocial processes and stress: a theoretical formulation", *International Journal Health Service*, n°4: 470 - 491.

CHOMSKY N.

1966 *Lingüística cartesiana*. Madrid: Gredos (edición española).

CIFUENTES M., SOLA J., PAREDES H., BEDOYA J. y SÁNCHEZ-PARGA J.

1992 *Medicina Andina: situaciones y respuestas*. Quito: CAAP.

CLIFFORD J.

1983 "On ethnographic authority". *Representations* (1 - 2): 118 - 146.

CLIFFORD J. y MARCUS G. (Ed.)

1986 *Writing Culture. The poetics and the Politics of Ethnography*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.

COMINSKY S.

1977 "Alimento and fresco: nutrition concepts an their implications for health care", *Human Organization*, 36, n° 2: 203 - 207.

COOK T. y REICHARDT C. (editores)

1979 *Qualitative and Quantitative Methods in Evaluation Research*. Beverly Hills, CA: Sage.

CORIN E., UCHOA E. , BIBEAU G. y KOUMARE B.

1992 "Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'action", *Psychopathologie Africaine*, XXIV, 2: 183 - 204.

COSTALES I. PEÑAHERRERA de y COSTALES SAMANIEGO A.

1964 *Historia Social del Ecuador*. T. II. Quito: Casa de la Cultura Ecuatoriana.

1979 *Fundamentos para determinar las nacionalidades aborígenes*. Quito: Casa de la Cultura Ecuatoriana, Archivo Nacional de Historia.

CRAPANZANO, V.

1986 "Hermes' dilemma. The masking of subversion in ethnographic description": 51 - 76, en J. Clifford y G. Marcus *Writing Culture: The Poetics and Politics of Ethnography*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.

CROVITZ H.

1970 *Galton's Walk*. New York: Harper and Row.

CULLER J.

1982 *On deconstruction: Theory and criticism after structuralism*. Cornell University Press. Ithaca.

CURRIER R.

1966 "The hot-cold syndrome and symbolic balance in Mexican and Spanish-American folk medicine", *Ethnology* 5: 251 - 263.

DE LAS CASAS B. Fray

1984 *Brevísima relación de la destrucción de las Indias*. Madrid: Ediciones Cátedra (2ª edición. Edición de André Saint-Lu).

DE SCHUTTER A.

1985 *Investigación Participativa: una opción metodológica para la educación de adultos*. Pátzcuaro: Centro Regional de Educación de Adultos y Alfabetización Funcional para América Latina (3ª edición).

DENZIN N.

1978 *The Research Act*. New York: McGraw-Hill.

DIAZ J.

1978 *La economía campesina en su relación con el mercado capitalista: Un estudio de caso*. Tesis de Bachiller. Pontificia Universidad Católica. Lima.

DUMONT L.

1977 *Homo aequalis: Genèse et épanouissement de l'idéologie économique*. Paris: Gallimard.

1983 *Essais sur l'individualisme*. Paris: Le Sueil.

DUNN F.

1977 "Health and Disease in Hunter-Gatherers: Epidemiological Factors": 99 – 107, en D. Landy (Ed.), *Culture, Disease, and Healing*. New York: Macmillan Pub. Co. Inc.

DUNN F. y JANES, C.

1986 "Introduction: Medical Anthropology and Epidemiology":3-15, en C. Janes et al. (Eds.) *Anthropology and Epidemiology: Interdisciplinary Approaches to the Study of Health and Diseases*. Dordrecht: D. Reidel Publishing Co.

ECO U.

1972 *La estructura ausente*. Barcelona: Lumen.

1976 *Signo*. Barcelona: Editorial Labor.

ENGEL G.

1975 "The need for a New Medical Model: a challenge for bio-medicine", *Science* 189: 969-975.

ERIKSON E.

1972 *Juventude, Identidade e Crise*. Rio de Janeiro: Ed. Zahar.

FALS BORDA O.

1986 *Conocimiento y poder popular: lecciones con los campesinos de Nicaragua, México y Colombia*. Bogotá: Siglo XXI Editores.

FASSIN D.

1996 *L'espace politique de la santé*. Paris: Presses Universitaires de France.

FELLMAN VELARDE J.

1961 *Los Imperios Andinos*. Documento. La Paz.

FIELD L.

1991 *Sistemas Agrícolas Campesinos en la Sierra Norte*. Quito: Centro Andino de Acción Popular.

FIGUEROA A.

1982. *Rural labour Markets in Peru*. Informe OIT. Ginebra.

FISCHER M.

1986 "Ethnicity and the post-modern arts of memory": 194 - 233., en J. Clifford y G. Marcus *Writing Culture: The Poetics and Politics of Ethnography*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.

FOSTER G.

1950 "Food superstitions": (I): 409, en M. Leach (edit.) y J. Fried (co-ed.) *Standard Dictionary of Folklore, Mythology, and Legend*. New York: Funk & Wagnalls.

FOSTER M. y ANDERSON B.

1978 *Medical Anthropology*. New York: John Wiley and Sons.

FOUCAULT M.

1963 *Naissance de la clinique*. Paris: Presses Universitaires de France.

1966 *Les mots et les choses: une archéologie des sciences humaines*. Paris: Éditions Gallimard.

1975 *Surveiller et punir: Naissance de la prison*. Paris: Éditions Gallimard.

FRAKE C.

1964 "Notes on Queries in Ethnography", *American Anthropologist*, Vol. 66, n°3, Part 2: 132 - 145.

FREGE G.

1971 *Estudios sobre semántica*. Barcelona: Ed. Ariel.

FREIRE P.

1978 *Creando métodos de investigación alternativos: aprendiendo a hacerlos mejor a través de la acción*. Pátzcuaro: Centro Regional de Educación de Adultos y Alfabetización Funcional para América Latina.

FRIED M.

1967 *The Evolution of Political Society*. New York: Random House.

GARCILASO DE LA VEGA

1963 "Los Comentarios Reales" (1609-1617), en C. Saénz de Santa María *Cobras Completas del Inca Garcilaso de la Vega*. Madrid: Biblioteca de Autores Españoles. T. 133 (II).

GIBBS W. Jr.

1992 "Categorization and Metaphor Understanding", *Psychosocial Review*, 99 (3): 572-578.

GISBERT T.

1991 "Iconografía Indígena. Transformación y pervivencia de los símbolos": (II): 583-652, en S. Moreno y F. Salomon (compiladores) *Reproducción y transformación de las sociedades andinas, siglos XVI - XX*. Quito: Ediciones Abya-Yala y Movimiento Laico para América Latina (MLAL). Colección 500 años n° 42 (T. I y II).

GLASER B. y STRAUSS A.

1967 *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.

GLUCKSBERG S. y KEYSAR B.

1990 "Understanding Metaphorical Comparisons: Beyond Similarity", *Psychological Review*, 97 (1): 3 - 18.

GODELIER M.

1984 *L'idéal et le matériel*. Paris: Fayard.

GONZALES DE OLARTE E.

1984 *Economía de la comunidad campesina*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.

GOOD B.

1977 "The heart of what's the matter: the semantics of illness in Iran". *Culture, Medicine and Phychiatrie*, Vol 1 (1): 25 - 58.

GOYETTE G. y LESSARD-HÉBERT M.

1987 *La recherche-action: ses fonction, ses fondement et son instrumentation*. Québec: Presses de l'Université du Québec.

GUAMÁN POMA DE AYALA

- 1987 *Nueva crónica y buen gobierno*. Edición de J. Murra, R. Adorno y J. Uriarte. México: Siglo XXI (1^{ra} edición, 3 volúmenes).

GUERRERO A.

- 1983 *Haciendas, capital y lucha de clases andina*. Quito: Ed. El Conejo.

HARDESTY D.

- 1977 *Ecological Anthropology*. New York: John Wiley and Sons, Inc.

HARRIS M.

- 1979 *El desarrollo de la teoría antropológica*. México: Siglo XXI editores.
 1988 *Cultural Materialism: the struggle for a science of culture*. New York: Random House.

HENRY M.

- 1963 *L'essence de la manifestation*. Paris: Presses Universitaires de France.
 1987 *Philosophie et phénoménologie du corps: essai sur l'ontologie biranienne*. Paris: Presses Universitaires de France (2^{da} edición).
 1990 *Phénoménologie matérielle*. Paris: Presses Universitaires de France (1^{ra} Edición).

HIMMELSTRAND U.

- 1978 *La investigación acción como ciencia social aplicada: valor científico, beneficios prácticos y abusos*. Documento. Symposium: Investigación Activa y Análisis Científico. Cartagena, Colombia.

HOLDRIDGE L.

- 1965 "The tropics, a Misunderstood Ecosystem". *Association for Tropical Biology Bulletin* 5: 21 - 30.

HOPKINS R.

- 1978 *Economía campesina y producción agroindustrial*. Crítica Andina No 2. Cusco: IESC.

HOWARD-MALVERDE R.

- 1989 "Significados de 'Dyablu' en el relato Quichua de Cañar – Ecuador": 325 – 354, en S. Moreno Yáñez (Compilador) *Antropología del Ecuador: Memorias del Primer Simposio Europeo sobre Antropología del Ecuador*. Colección 500 años n° 8. Quito: Ediciones Abya-Yala.

HUIZER G.

- 1979 "Research thought-action: some practical experiences with peasant organization": 395 – 420, en *The Politics of Anthropology*. La Haya, Paris: Mouton Publishers.

HUSSERL E.

1950 *Idées directrices pour une phénoménologie*. Paris: Gallimard (Traducción de P. Ricoeur).

IBARRA H.

1992 "La identidad devaluada de los «moderns indians»": 319 – 349, en I. Almeida, J. Almeida, S. Bustamante, S. Espinosa, E. Frank, H. Ibarra, R. Levoyer, I. Leon, L. Macas, G. Ortiz, I. Perez, G. Ramon, L. Ruiz, F. Rosero y M. Cornejo. *Indios: una reflexión sobre el levantamiento indígena de 1990*. Quito: ILDIS/Abya-Yala.

ILLICH I.

1975 *Némesis médicale: l'expropriation de la santé*. Paris: Éditions du Seuil.

INGHAM, J.

1970 "On Mexican folk medicine", *American Anthropology*, 72: 76 - 86.

JARAMILLO P.

1983 *El Indio Ecuatoriano*. Tomo I y II, Quito: Corporación Editora Nacional.

JARAMILLO CISNEROS H.

1991 *Artesanía textil de la sierra norte del Ecuador*. Otavalo: Instituto Otavaleño de Antropología, Abya-Yala.

JICK T.

1983 "Mixing Qualitative and Quantitative Methods: Triangulation in Action": 135 – 148, en J. Van Maanen *Qualitative Methodology*. Beverly Hills, California: Sage.

JOHNSON M.

1987 *The Body in the Mind: The Bodily Basis of Meaning, Imagination and Reason*. Chicago: Chicago University Press.

KEESING R.

1989 "Exotic Readings of Cultural Texts", *Current Anthropology*, Vol. 30 (4): 459-479.

KELLY M.

1989 "Some problems in health promotion research", *Health Promotion*, Vol. 4 (4): 317-330.

KERVYN B. y GONZALES E.

1982 *Cambio tecnológico en comunidades campesinas del Perú: Un estudio de caso*. Proyecto PROTAAL IIB, IICA, San José, Costa Rica.

KIRMAYER L.

- 1992 "Social Constructions of Hypnosis", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, Vol XL (4): 276 - 300.
- 1993a "La folie de la métaphore", *Anthropologie et sociétés*, Vol. 17, n^{os} 1 - 2: 43 - 55.
- 1993b "Healing and the Invention of Methaphor: The Effectiveness of Symbols Revisited". *Culture, Medicine and Psychiatry*, 17, 2: 161 - 195.

KLEINMAN A.

- 1978 "Concepts and a model for the comparison of medical system as cultural system", *Social Sciences & Medicine*, Vol.12: 85 - 93.
- 1980 *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology and Psychiatry*. Bekerley and Los Angeles: University of California Press.

LAKOFF G.

- 1987 *Women, Fire, and Dangerous Things*. Chicago: University of Chicago Press.
- 1988 "Cognitive Semantics": 38-55, en U. Eco, M. Santambrogio y P. Violi, *Meaning and Mental Representations*". Bloomington: Indiana University Press.

LAKOFF G. Y JOHNSON M.

- 1980 *Metaphors We Live By*. Chicago: University of Chicago Press.

LANDY D.

- 1977 *Culture, Disease and Healing, Studies in Medical Anthropology*. New York: MacMillan Publishing Co.

LAPERRIÈRE A.

- 1982 "Por une construction empirique de la théorie: la nouvelle École de Chicago". *Sociologie et Sociétés*, Vol 14 (1): 31-42.

LAURELL A.

- 1989 "Social Analysis of Collective Health in Latin America", *Social Sciences and Medicine* Vol. 28 (11): 1183- 1191.

LE BOTERF G.

- 1980 *La investigación participativa como proceso de educación crítica. Lineamientos metodológicos*. Documento. I Seminario Latinoamericano de Investigación Participativa en el Medio Rural. Lima.

LESLIE C.

- 1978 "Introduction", *Social Sciences & Medicine*, (12): 65.

LEVIN S.

- 1988 *Metaphoric Worlds: Conceptions of a Romantic Nature*. New Haven: Yale University Press.

LÉVI-STRAUSS C.

- 1958 *L'efficacité symbolique*. Anthropologie Structurale I. Paris: Plon.
 1963 *Structural anthropology*. C. Jacobson (trad.). Nueva York: Basic Books.
 1977 *L'identité*. Séminaire interdisciplinaire. Paris: Editions Grasset et Fasquelle, QUDARIGE/PUF.

LIMOEIRO CARDOSO M.

- 1975 *La ideología dominante*. México: Siglo XXI Editores.

LINCOLN, Y. S. y GUBA, E. G.

- 1985 *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, California: Sage Publications.
 1989 *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park, California: Sage Publications.

LIPIANSKY E.M.

- 1986 "Identité, communication et rencontres inter-culturelles", *Cahiers de sociologie économique et culturelle*, n° 5: 7 – 49.

LÓPEZ AUSTIN A.

- 1989 *Cuerpo Humano e Ideología: Las concepciones de los antiguos Nahuas*. (Vol. I y II). México: Universidad Nacional Autónoma de México.

LURIE P y WOLFE S.

- 1997 "Unethical Trials od Interventions to reduce Perinatal Transmission of the Human Immodiciency Virus in Developing Countries", *New England Journal of Medicine*, Vol. 337 (12): 853 - 856.

MACMAHON B. y PUGH T.

- 1975 *Principios y Métodos de Epidemiología*. México: La Prensa Médica Mexicana.

MANNHEIM K.

- 1956 *Idéologie et utopie*. Paris: Marcel Rivière. (Traducción al francés por F. Cohen de *Ideologie und Utopie*. Bonn, 1929).

MARCUS G. y CUSHMAN D.

- 1982 "Ethnographies as texts". *Annual Review of Anthropology* (11): 25 – 69.

MARTINEZ G.

- 1987 *Una mesa ritual en Sucre. Aproximaciones semióticas al ritual andino*. HISBOL, La Paz.

MARUYAMA M.

- 1969 "Epistemology of Social Science Research: exploration in inculture researchers", *Dialectica*, 23 (3-4): 229 - 280.

MASSÉ R.

1993 "Les apports de l'anthropologie à l'épidémiologie: le cas de l'isolement social", *Santé culture health*, Vol. IX (1): 109-138.

MAUSS M.

1968 *Œuvres I, Les fonctions sociales du sacré*. Paris: Éditions de Minuit.

MAYBURY-LEWIS L. y ALMAGOR U. (Editores)

1989 *The attraction of Opposites: Thought and Society in the Dualistic Mode*. Ann Arbor: The University of Michigan Press.

MERLEAU-PONTY M.

1945 *Phénoménologie de la perception*. Paris: Gallimard.

MILES M. B. y HUBERMAN A.

1984 *Qualitative data analysis: A source book of new methods*. Beverly Hills: Sage Publications.

MONTALUISA L.

1983 *Bilingüismo y educación bilingüe en Ecuador*. Documento. Centro de Investigaciones para la Educación Indígena. Quito: PUCE.

MONTEAGUDO C.

1982 *Economía familiar y comunal campesina: el caso de las comunidades campesinas de Paruro*, Cusco. Tesis de Licenciatura en Economía. Lima: Pontificia Universidad Católica.

MORENO YÁNEZ S.

1985 *Sublevaciones Indígenas en la Audiencia de Quito. Desde comienzos del S.XVIII hasta finales de la colonia*. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador (3ª Edición).

1989 "Don Leandro Sepla y Oro, un cacique andino de finales de la colonia. Estudio biográfico": 245 - 266, en S. Moreno Yáñez, (Compilador) *Antropología del Ecuador*. Memorias del Primer Simposio Europeo sobre Antropología del Ecuador. Colección 500 años, N° 8. Quito: Ediciones Abya-Yala (Segunda Edición).

MOSER H.

1978 "La investigación-acción como nuevo paradigma en las ciencias sociales": (I) 117 - 140, en *Crítica y Política en Ciencias Sociales*. Simposio Mundial de Cartagena. Bogotá: Editorial Punta de Lanza.

1981 *The participatory research approach on Village Level: Theoretical and practical implications*. Development and Culture Research, N° 4. Helsinki: Institute of Development Studies, University of Helsinki.

MUÑOZ BERNARD C.

- 1989 "Estrategias matrimoniales, apellidos y nombres de pila: libros parroquiales y civiles en el sur del Ecuador": 223 – 244, en S. Moreno Yanez (Compilador) *Antropología del Ecuador*. Memorias del Primer Simposio Europeo sobre Antropología del Ecuador. Colección 500 años, N° 8. Quito: Ediciones Abya-Yala (Segunda Edición).

NAROLL R.

- 1956 "Preliminary Index of Social Development". *American Anthropologist*, Vol 4, n° 58: 687-701.

NAVARRO V.

- 1982 "The Underdevelopment of Health or the Health of Underdevelopment: An Analysis of the Distribution of Human Health Resources in Latin America": 5 – 36, en V. Navarro *Imperialism, Health and Medicine*. Nueva York: Baywood Publishing Co., Farmingdale.

NIKLAS D.

- 1982 "Methodological Controversies between Social and Medical Sciences", *Social Sciences & Medicine*, Vol.16 (6): 659 - 665.

ODUM E.

- 1966 *Ecology*. New York: Holt, Rinehart and Winston.

ORIOLE M.

- 1979 "Identité produite, identité instituée, identité exprimée: Confusions des théories de l'identité nationale et culturelle", *Cahiers internationaux de sociologie*, Vol. LXVI:19 - 28.

PAREJA DIAZCANSECO A.

- 1957 *Historia del Ecuador*. Quito: Casa de la Cultura del Ecuador (Vol. I y II).

PARSON T.

- 1951 *The Social System*. New York: Free Press.

PATTON M. Q.

- 1987 *How to use qualitative methods in evaluation*. Newbury Park, California: Sage Publications.
- 1990 *Qualitative Evaluation and Research Methods*. Newbury Park, California: Sage Publications (Second Edition).

PEDERSEN D.

- 1987 *Nuevas perspectivas para la aplicación de las ciencias sociales en el campo de la salud: los primeros años*. Documento. Lima.
- 1991 *El dilema de lo cuantitativo y lo cualitativo: de las encuestas a los métodos rápidos de investigación en salud*. Documento. IDRC, Ottawa,.

- PEDERSEN D., COLOMA C., PÉREZ P. y LANDÁZURI, H.
1979 *Estructura de los Sistemas No Formales de Salud*. Vol. I y II. Quito: Programa de Antropología para el Ecuador.
- PEDERSEN D., COLOMA C. y BARUFFATI V.
1982 “El método epidemiológico aplicado a la evaluación de la medicina tradicional”: 272 – 311, en V. Mazzáfero (Ed.) *Epidemiología y Salud Pública*. Buenos Aires: El Ateneo.
- PEIRCE CH.
1965 *Collected Papers 1931-1935*. C. Hartshorne y P. Weiss (eds.). Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- PELTO P. y PELTO G.
1978 *Anthropological Research: the structure of inquiry*. Cambridge: Cambridge University Press.
- PRESS I.
1980 “Problems in the Definition and Classification of Medical Systems”. *Social Sciences & Medicine* Vol.14B (1): 45 - 57.
- PRIGOGINE I y STENGERS I
1992 *Entre le temps et l'éternité*. Paris: Flammarion.
- QUINN N.
1987 “The cultural basis of the metaphor”. Paper. Simposium *Metaphor Theory in Anthropology*, 86th annual meeting American Anthropological Association, Chicago.
- RABINOW P.
1977 *Reflections on fieldwork in Morocco*. Berkeley: University of California Press.
- RACINES, F.
1993 “Ajustes estructurales impactos y efectos (Estudio general del caso ecuatoriano)”: 59 – 130, en J. Baldivia, F. Racines e I. Mendoza *Ajuste estructural en los Andes: impactos sociales y desarrollo*. Quito: Abya-Yala y CECI Andes.
- RAMIREZ GOICOECHEA, E.
1984 “Cuadrilla en el País Vasco: Identidad local y revitalización étnica”, *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* (25): 213 – 220.
- RAMÓN VALAREZO G.
1992 “Ese secreto poder de la escritura”: 351 – 371, en I. Almeida, J. Almeida, S. Bustamante, S. Espinosa, E. Frank, H. Ibarra, R. Levoyer, I. Leon, L. Macas, G. Ortiz, I. Perez, G. Ramon, L. Ruiz, F. Rosero y M. Cornejo. *Indios: una reflexión sobre el levantamiento indígena de 1990*. Quito: ILDIS/Abya-Yala.

1994 "Comunidades y Federaciones Indígenas: Estructura interna y estilos de desarrollo": 5 – 86, en X. Albo, y G. Ramón *Comunidades andinas desde adentro: dinámicas organizativas y asistencia técnica*. Quito: Coedición CIDA – Ediciones Abya-Yala.

RATHER L.

1958 *Disease, Life and Man: Selected Essays by Rudolf Virchow*. Stanford: Stanford University Press.

REDFIELD, R.

1941 *The Folk Culture of Yucatan*. Chicago: University of Chicago Press.

RICOEUR P.

1986 *Du texte à l'action*. Essais d'herméneutique 11. Paris: Seuil.

RODRIGUES BRANDÃO C.

1986 *Identidade e etnia: construção da pessoa e resistência cultural*. São Paulo: Editora Brasiliense.

ROSALDO, R.

1984 "Grief and a headhunter's rage: On the cultural force of emotions": 178 – 195, en M. Bruner, *Text, play, and story: The construction of self and society*. Washington, D.C.: American Ethnological Society.

ROSETO F.

1990 *Levantamiento indígena: tierra y precios*. Quito: CEDIS.

ROSSI J.

1983 *From the Sociology of Symbols to the Sociology of Signs: Forward a Dialectical Sociology*. New York: Columbia University Press.

ROSSMAN G. y WILSON B.

1985 "Numbers and Words: Combining Quantitative and Qualitative Methods in a single Large Scale Evaluation Study", *Evaluation Review*, 9 (5): 627 - 643.

SAHLINS M.

1977 *Economías tribales*. Barcelona: Edit. Labor.

SALOMON F.

1990 *Crisis y transformación de la sociedad aborígen invadida, 1528 - 1573*. Nueva Historia del Ecuador. Quito: CEN y Grijalvo.

SALAMONE F.

1984 "The metodological significance of the lying informant", *Anthropology Quaterly*, 50 (3): 117 - 124.

SÁNCHEZ PARGA J.

- 1984a “Estructuras espaciales del parentesco en los andes: Salamalag Chico”: 154 – 216, en M. Chiriboga, G. Ramón, J. Sánchez Parga, A. Guerrero, J. Durston y A. Crivelli *Estrategias de supervivencia en la comunidad andina*. Quito: Centro Andino de Acción Popular.
- 1984b “Estrategias de supervivencia”: 9 – 57, en M. Chiriboga, G. Ramón, J. Sánchez Parga, A. Guerrero, J. Durston y A. Crivelli *Estrategias de supervivencia en la comunidad andina*. Quito: Centro Andino de Acción Popular.

SAUSSURE F.

- 1949 *Cours de Linguistique Générale*. Paris: Payot (4ª ed.).

SEGUIN C.

- 1982 *La enfermedad, el enfermo y el médico*. Madrid: Ediciones Pirámide.

SEMPÉRTEGUI R., NARANJO P. Y PADILLA M. (Editores)

- 1992 *Panorama epidemiológico del Ecuador*. Quito: Ministerio de Salud Pública.

STRATHERN M.

- 1987 “Out of context: The persuasive fictions of anthropology”, *Current Anthropology* (28): 251 – 281.

STRONG P. y MCPHERSON K.

- 1982 “Natural Science and Medicine; Social Science and Medicine: Some Methodological Controversies”, *Social Sciences & Medicine*, Vol.16 (6): 643 - 657.

TEDLOCK B.

- 1987 “An interpretative solution to the problem of humoral medicine in Latin America”, *Social, Sciences & Medicine*, Vol. 24, No. 12: 1069 - 1083.

TEMPLE D.

- 1986 *La dialéctica del don: ensayo sobre la economía de las comunidades indígenas*. La Paz: HISBOL, AUMM y R&C.

TOUSSIGNANT M.

- 1983 “La pena dans la Sierra équatorienne”, *Santé, culture, health*, I (1): 23 – 24.

TRAUGOTT E.

- 1985 “‘Conventional’ and ‘Dead’ Metaphors Revisited”: 17 – 56, en W. Paprotté y R. Dirven *The Ubiquity of Metaphor in Language and Thought*. Current Issues in Linguistic Theory Vol 29. Amsterdam: Benjamins Publishing Co.

TROW M.

- 1957 “Comment on Participant observation and interviewing: a comparison”, *Human Organization*, 16: 33 - 35.

TURNER V.

1968 *Les tambours d'affliction: Analyse des rituels chez les Ndembu de Zambie*. Paris: Gallimard.

VELASCO F.

1983 *Reforma agraria y movimiento campesino indígena de la sierra*. Quito: Ed. El Conejo.

VIDAL C.

1973 *Fundamentos de Medicina Comunitaria*. Tesis Doctoral. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

WACHTEL N.

1973 "Rebeliones y Milenarismo": 103 - 142, en J. M. OSSIO *Ideología Mesiánica del Mundo Andino*. Antología. Lima: Ediciones de Ignacio Prado Pastor.

YAMQUI SALCAMAYGUA, JUAN DE SANTACRUZ PACHACUTI

1968 "Relación de antigüedades deste reyno del Perú": 279 - 319, en F. Esteve Barba (ed.) *Crónicas peruanas de interés indígena*. Biblioteca de Autores Españoles. T. 209. Madrid.

YÁNEZ COSSÍO, C.

1983 "Apuntes teóricos y metodológicos sobre la alfabetización quichua": (II) 365 - 377, en N. Rodríguez, E. Masferrer y R. Vargas *Educación, etnias y descolonización en América Latina: Una guía para la educación bilingüe intercultural*. México: Instituto Indigenista Interamericano - UNESCO (Vol I y II).

YOUNG A.

1982 "The Anthropologies of illness and sickness", *Annual Review of Anthropology* (11): 257 - 285.

YOUNG J.

1978 "Illnes categories and action strategies in a Tarascan town", *American Ethnology*, 5: 81 - 97.

ZEMPLANI A.

1988 "Entre «sickness» et «illness»: de la socialisation a l'individualisation de la «maladie»", *Social Sciences & Medicine*, Vol.27, (11): 1171 - 1182.

ZUBRITSKY Y.

1979 *Los Inkas-Kechuas*. Moscú: Editorial Progreso.

ANEXO I

**EJEMPLOS DE MATERIALES
PRODUCIDOS EN LOS TALLERES COMUNITARIOS**

Los dibujos que se presentan a continuación fueron producidos en talleres comunitarios realizados en comunidades indígenas de la provincia de Bolívar y de la provincia de Chimborazo. Los dibujos del mapa parlante, son de la comunidad de Toctecinín (provincia de Chimborazo),

Dibujo 1, es una representación de dos de los eventos importantes del ciclo vital, en la mitad inferior de la lámina se observa el momento en que se está produciendo un parto (a la izquierda) bajo la presencia del sol, mientras dos personas están prestando ayuda. En la mitad superior del dibujo se ha representado el evento de enfermedad y muerte.

Dibujo 2, corresponde a una serie de dibujos realizados para representar y analizar enfermedades. En este caso corresponde a la enfermedad del “ojo” u “ojeado”.

En los talleres comunitarios, durante el ejercicio de representación gráfica, cada participante expresa sus conocimientos mas también la subjetividad de la percepción de los eventos vividos en la enfermedad, por lo que la representación de la enfermedad manifiesta las distintas versiones o experiencias que se tienen sobre la misma. Luego de realizado el dibujo, cada persona explica el contenido a los otros participantes. La puesta en común de las vivencias y conocimientos, constituye un debate que orienta la reflexión hacia las alternativas para enfrentar o superar este problema.

En el caso de este dibujo, la autora, también utilizó el código de la escritura, para enfatizar o explicar cada uno de los elementos dibujados.

Dibujo3, esta lámina corresponde a la serie de dibujos sobre la diarrea. En este caso el coordinador del taller, escribió las explicaciones de las representaciones dadas por la autora del dibujo.

Además de la representación específica de la diarrea, podemos observar la expresión del concepto de salud-enfermedad, pues en la parte inferior de la lámina se representan a dos personas, de las que se expresó “*No tiene enfermedad, son gordos*” (que nos remite al

concepto de la grasa como depósito de la energía o de la fortaleza). La parte superior de la lámina se muestra a 5 personas con los síntomas de la diarrea. En la parte central, se observa a los perros que comen los excrementos.

Los dibujos 4, 5 y 6 corresponden a un trabajo realizado con el Mapa Parlante. Estas fotocopias son una reducción del tamaño original de las láminas.

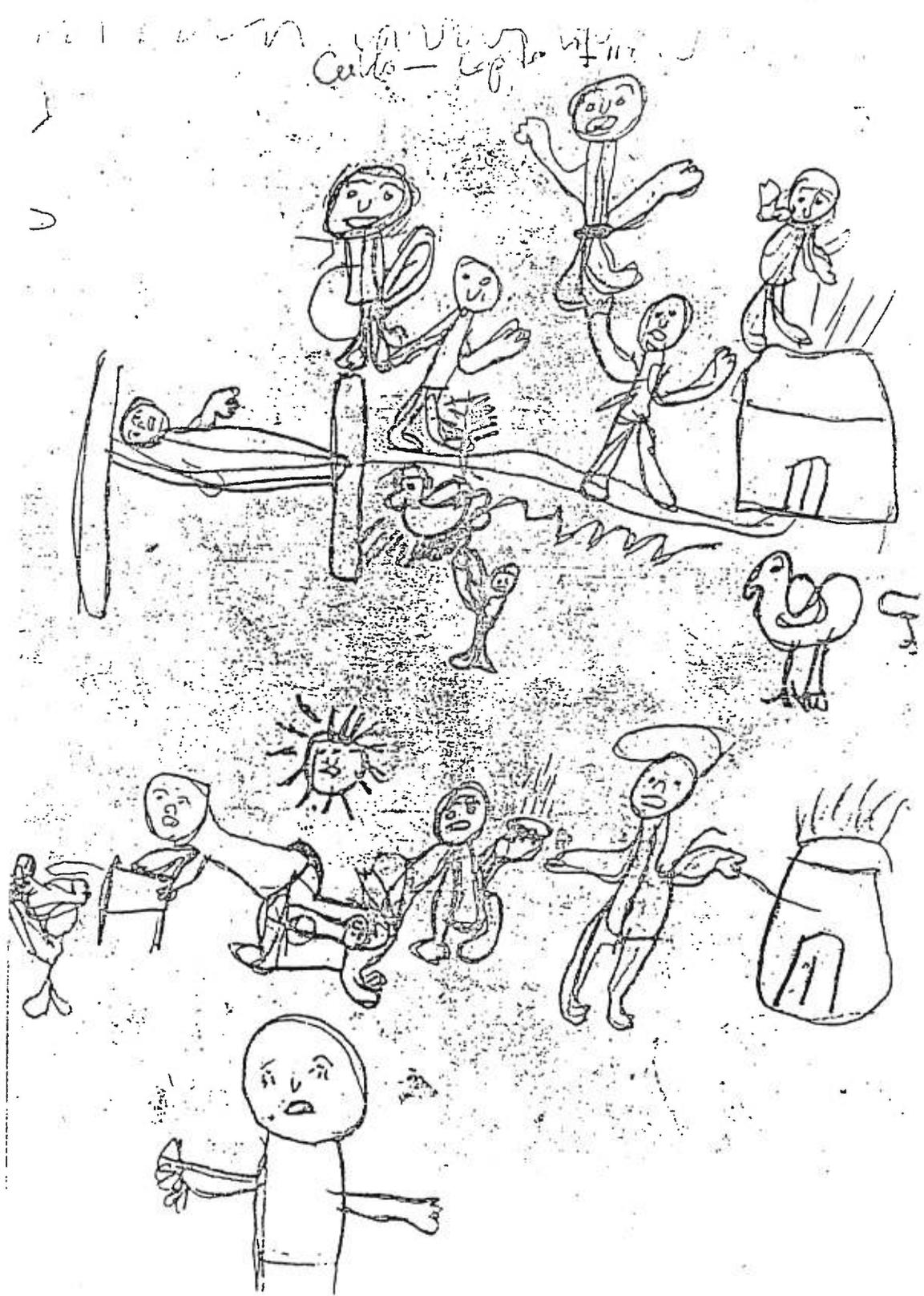
El dibujo 4, fue el mapa de base de la comunidad de Toctecinín. Sobre el cual se dibujaron y analizaron diversos problemas de salud de la comunidad. Se observa la distribución de las viviendas en la montaña, así como los pueblos vecinos, Rompe y Chunchi (donde se ha representado la estructura urbana). Las casas que se encuentran en el aire, arriba de las montañas, corresponden a una representación virtual de las mismas, pues éstas se encuentran detrás de la montaña. Se destaca que el perfil del conjunto de la comunidad dibujada, es una demarcación de la frontera geográfica, y en el caso que no se observan accidentes o límites naturales, se ha dibujado una línea de puntos.

Pocos meses después, se produjo una nueva versión de este mapa (dibujo 5), pues los vecinos fueron incorporando los elementos de significación que representan su trabajo agrícola. La reducción del mapa no permite la observación del “canal de riego”, que es una acequia que aporta el agua a la comunidad. En el mapa original las dimensiones de esta acequia fueron exageradas, pues este canal representa un símbolo de lucha de la comunidad (y que costó alrededor de 30 vidas) en las confrontaciones con los hacendados locales.

El dibujo 6, es una síntesis cuantitativa de la situación de mortalidad infantil producida entre los mediados de los años 1985 y 1986. Este corresponde a un registro realizado durante una sesión de trabajo con el Mapa Parlante. Los participantes definieron los símbolos de representación, donde cada casa corresponde a un triángulo. Encima de cada uno de ellos se observan dos números, el número ubicado en la parte superior indica la referencia de la casa que se encuentra en el mapa mural, y el número situado debajo del anterior, corresponde a la cantidad de niños que habitan en el hogar. Los triángulos

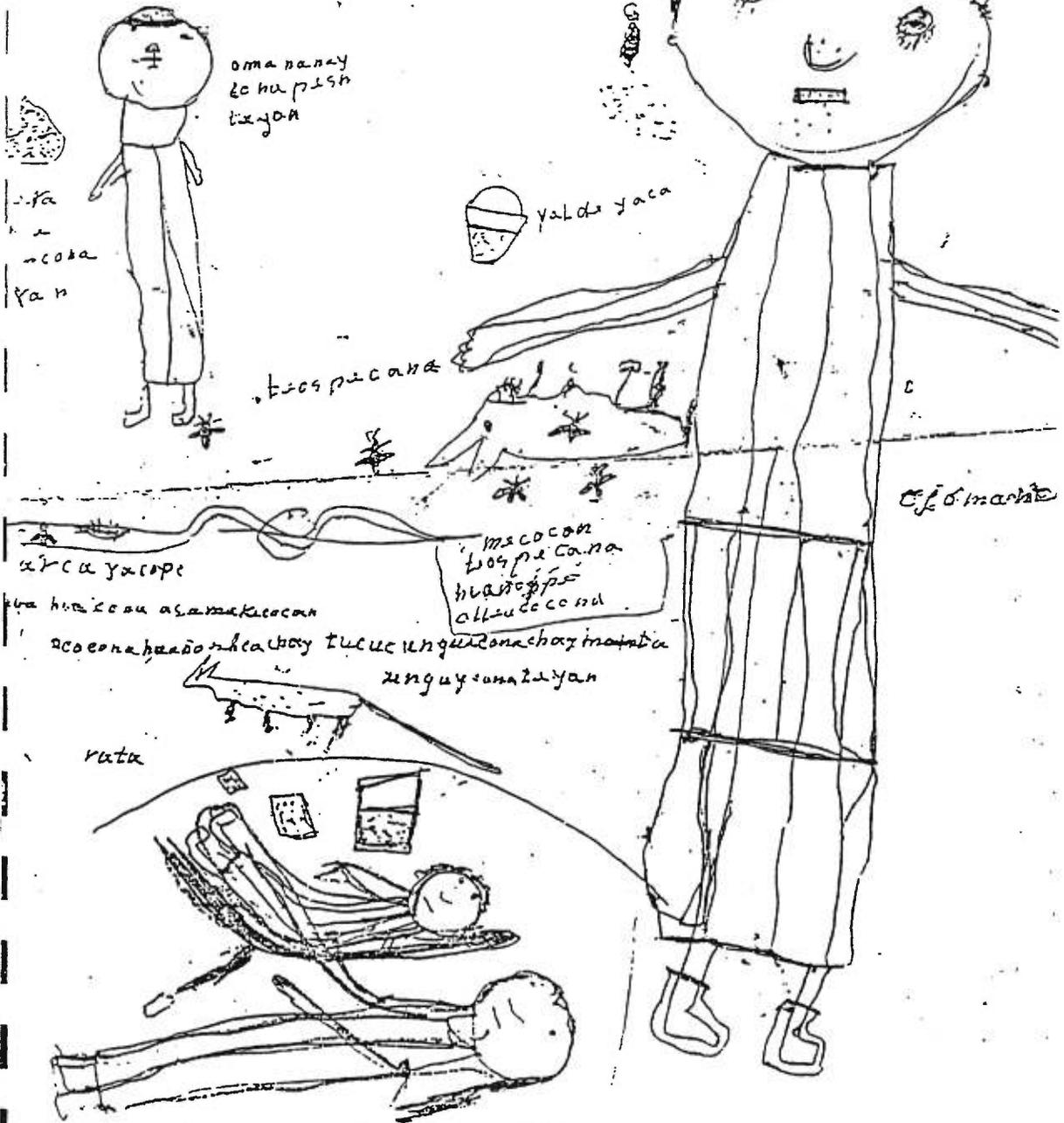
sombreados representan las casas donde se ha producido una defunción infantil. Los coordinadores confeccionaron una planilla con los datos más detallados del caso de muerte, como la edad, el sexo, tipo de enfermedad, etc.

Los talleres comunitarios y trabajos de grupo permiten trabajar posteriormente los aspectos cualitativos de este problema analizado a partir del mapa. Por ejemplo, se observaron que la mayoría de las muertes se produjeron en un sector de la comunidad (casas 26 a 29), de lo que emergieron una serie de cuestiones, entre ellas se planteó investigar si había algún problema particular con las familias (por ejemplo: madres muy jóvenes) o si tenían problemas de alimentación, u otro problema de tipo social. La comunidad se movilizó hasta que finalmente se descubrió que el agua consumida por este grupo de hogares, provenía de una vertiente contaminada. Este proceso duró cerca de un año de movilización y gestiones de la Organización de la comunidad, en el Ministerio de Salud.

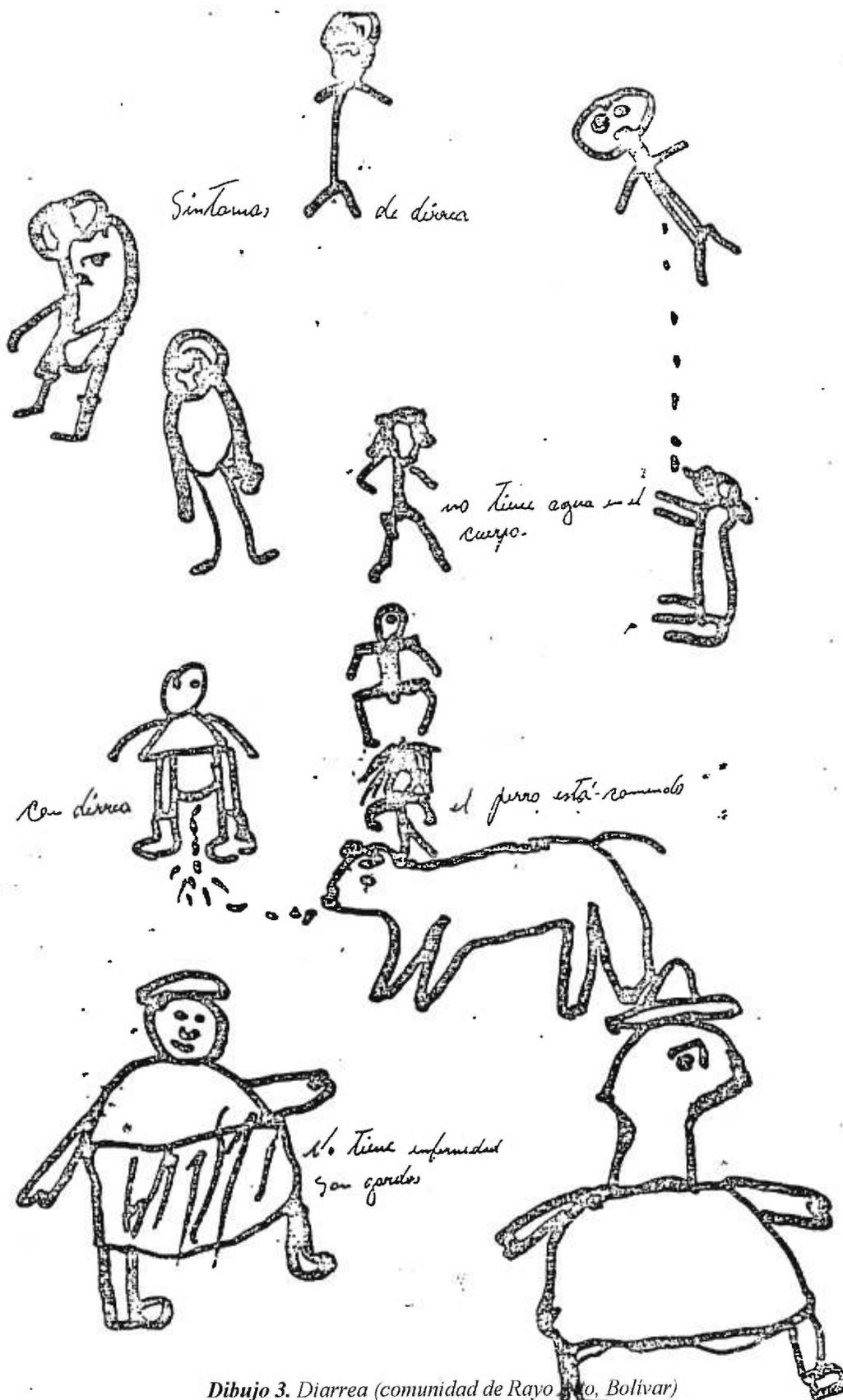


Dibujo 1. Nacimiento y muerte en la comunidad de Bramadero Grande (Bolívar)

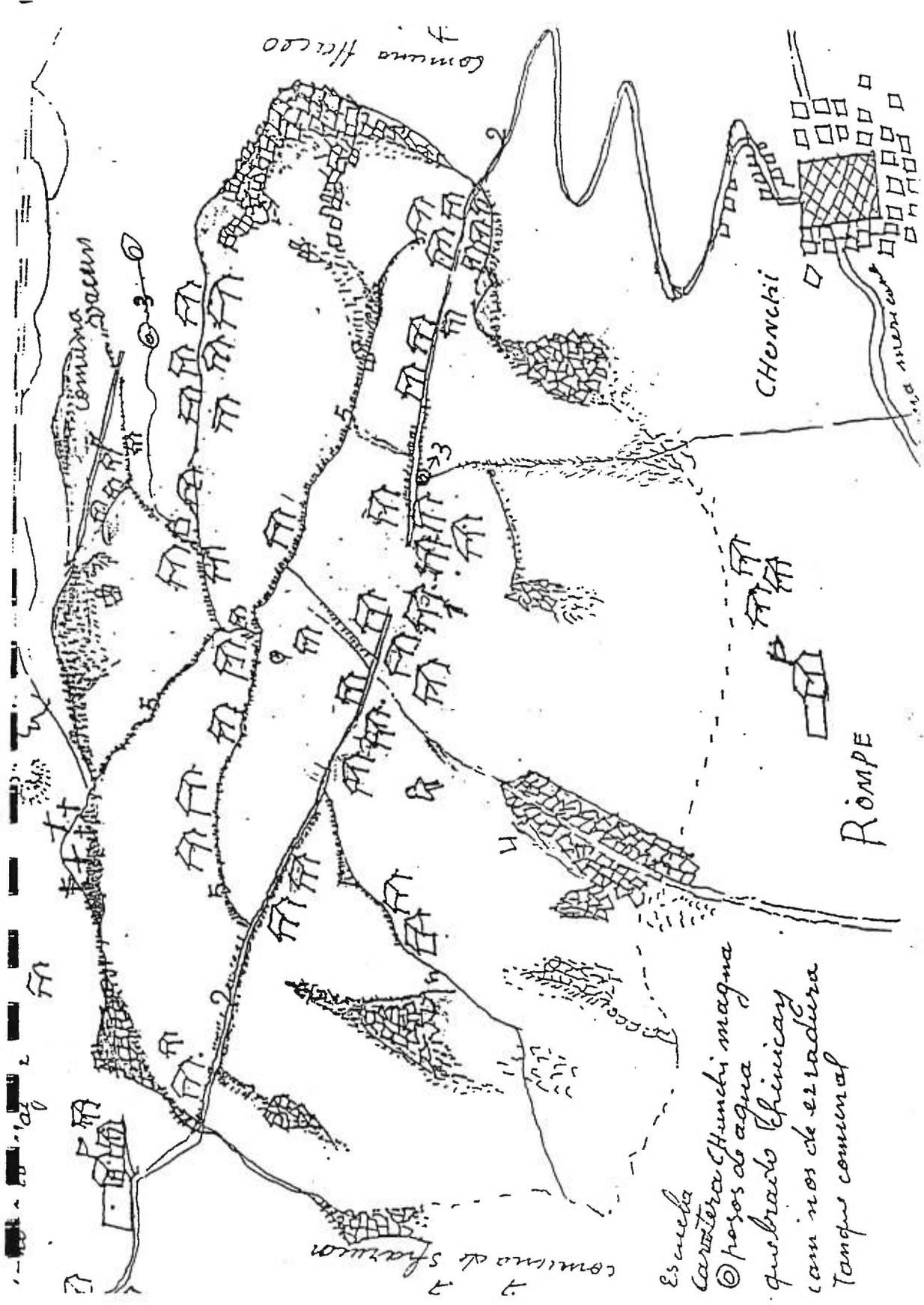
El mundo de los ojos



de ya + Dibujo 2. Mal de ojo (comunidad de Sarachupa, Chimborazo)

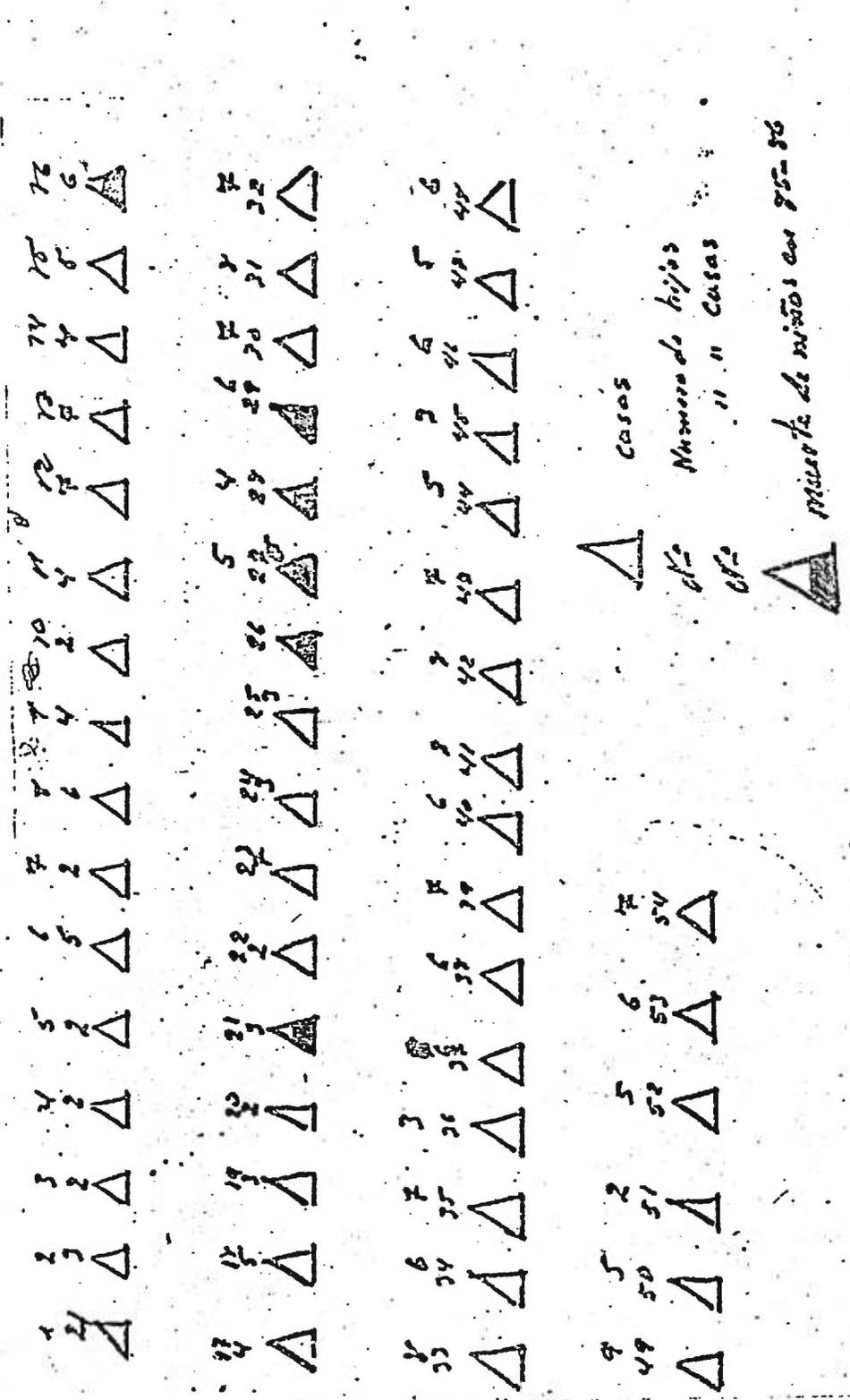


Dibujo 3. Diarrea (comunidad de Rayo, Bolívar)



Escuela
 Carrotera Chunchi magna
 © pozos de agua
 quebracho Chivicay
 caninos de erradura
 Tanque comunal

Dibujo 4. Mapa Parlante de la comunidad de Toctecinin, Chimborazo (momento de elaboración inicial)



Dibujo 6. Registro comunitario de la mortalidad de niños de la comunidad de Toctecinin, Chimborazo.

ANEXO II

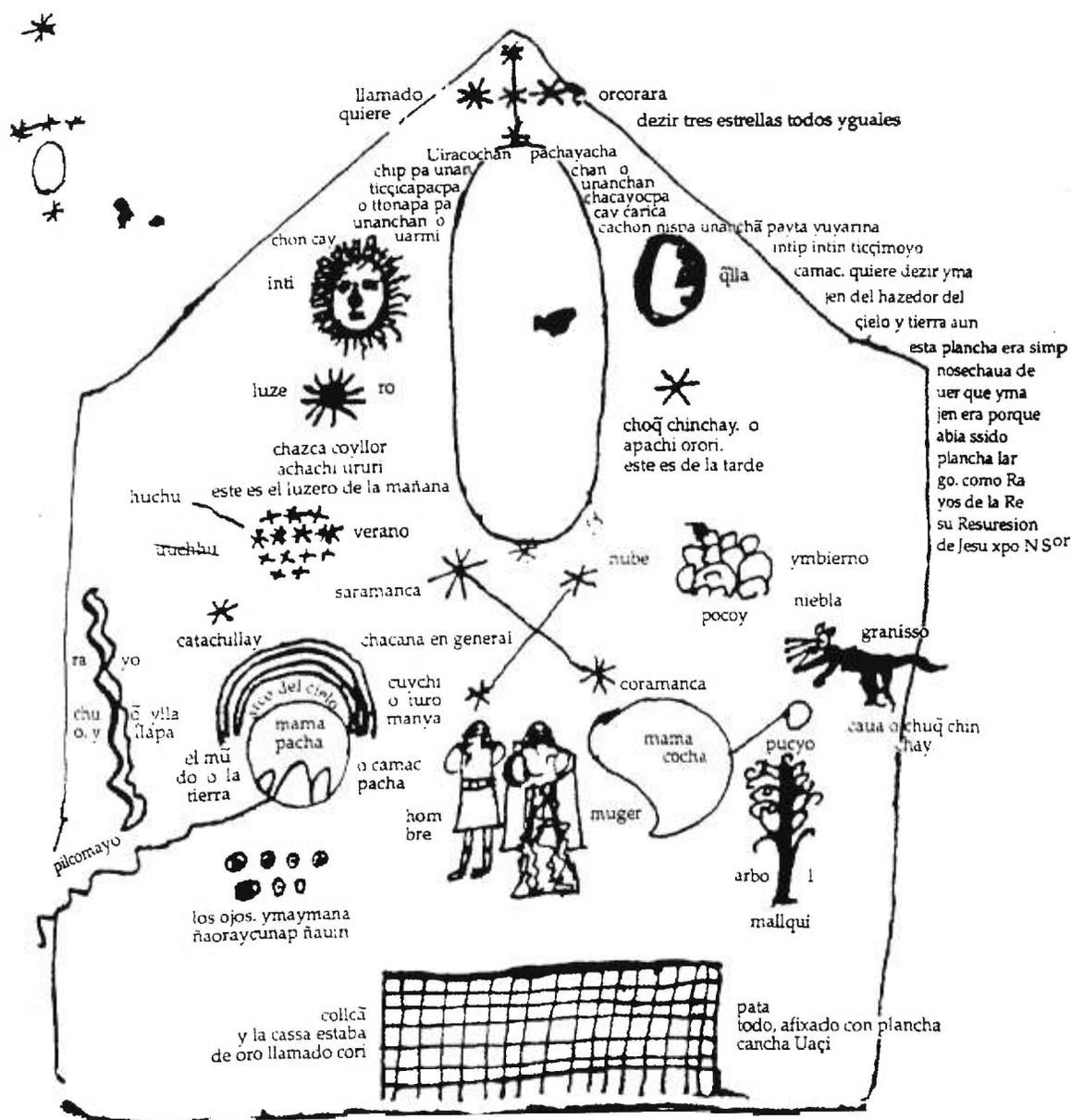
**LA COSMOVISION QUICHUA SEGUN LA DESCRIPCION REALIZADA POR
LOS “CRONISTAS DE INDIAS” Y EN LA ACTUALIDAD**

En el altar mayor del templo de *Korikancha*, los españoles encontraron una representación del mundo grabado en una pared del templo, el cronista indígena Juan de Santa Cruz Pachacuti Yamqui Salcamaygua (1613) reprodujo los iconos en un dibujo en su crónica dirigida al rey de España. De otra parte, Garcilaso de la Vega (1609/1617) realizó una descripción del templo que en ese momento era desmantelado por los españoles y que permite obtener una caracterización del panteón Inca.

En el dibujo de Pachacuti Yamqui (que se presenta en la página siguiente) se observa en la parte superior central un óvalo, que según las leyendas agregadas por el cronista éste tenía la representación de *Viracocha Pacha Yachachic* (el Dios creador del mundo)¹. Según Pachacuti Yamqui la imagen de *Viracocha* había sido retirada y escondida por los quechuas en el momento de la caída del imperio Inca, por lo que no pudo recuperarse su imagen hasta el presente, mas puede suponerse que esta imagen puede haber sido retirada antes debido (según la versión de otros cronistas) al reemplazo de *Viracocha* por *Inti* (el Sol) como deidad principal.

El sol y la luna, en la parte superior aparecen como las dos entidades principales, que se situaban a ambos lados de *Viracocha*, mientras las estrellas están agrupadas como puntos de referencia del espacio, entre ellas se distingue Venus, popularmente conocido como el lucero, y una constelación, conocida como “las siete cabrillas”. En la zona media a la izquierda del dibujo se observa una imagen figurativa de la tierra (que lleva inscripto el nombre *mama pacha*) y en su interior pueden verse tres montañas, el arco iris está representado como límite superior de la tierra y un conjunto de ojos (*ucupacha*?) como límite inferior, a la izquierda de este conjunto se encuentra la representación del rayo o *Illapa*. Este es una entidad que al parecer tenía una jerarquía de Dios multiforme pues era percibido de manera diferente de acuerdo a los sentidos, pues puede verse el resplandor = relámpago, escucharse el ruido = trueno, mientras que el rayo en sí mismo era su representación material (Garcilaso de la Vega, 1613). Se representa también: un lago

¹ Según Pachacuti Yamqui, el 1^{er} Inca *Manco Capac* había “fijado” en una pared del *Korikancha* una plancha de oro fino con la imagen de *Viracocha*, y posteriormente el Inca *Mayta Capac* hizo “renovar” aquella placha añadiendo varias figuras en torno a ella.



Dibujo 1: Representación del mundo en el templo de Korikancha dibujo de Pachacuti Yamqui Salcamaygua (1603-04).

identificado con el nombre quechua de *pucyo* = vertiente (en el quichua unificado ecuatoriano se utiliza la palabra *pogyo*), del cual nace un río que desemboca en el océano (en quechua *mama cocha*). Arriba de este conjunto se observa una nube (en quechua =

pocoy, en quichua = *puyu*²), mas abajo se observa una planta (*mallqui*³), arriba de ella un animal (un *atuc* = lobo). En la parte central e inferior una pareja humana en cuyos pies se observa una casa semejante a un campo labrado.

El conjunto del dibujo se encuentra rodeado por una línea que representa el perfil de la habitación donde se encontraba representado, y las grafías fueron seleccionadas en términos de simbolizar los conceptos que representan una taxonomía de lo viviente. De otra parte, si bien la perspectiva es sacrificada en términos de representaciones bidimensionales, es necesario destacar que los dibujos fueron agrupados en complementarios entre sí, por lo que la lectura de la representación puede ser realizada de manera circular, mas evidentemente, la mitad superior sugiere no solamente una jerarquía espacial de la organización del mundo, sino también de las deidades.

Según Garcilaso de la Vega (1609/1617) los Incas, en la ciudad imperial del Cuzco:

“...Por tenerla en veneración aquellos reyes lo más que pudieron con edificios suntuosos y casa reales que muchos de ellos hicieron para sí... (...) en la que más se esmeraron, fue la casa y templo del Sol, que la adornaron de increíbles riquezas, aumentándola cada Inca de por sí y aventajándose del pasado...” (...) “...tenían puesta la figura del Sol, hecha de una plancha de oro al doble más gruesa que las otras planchas que cubrían las paredes (...) Era tan grande que tomaba el testero del templo, de pared a pared. No tuvieron los Incas otros ídolos suyos ni ajenos con la imagen del Sol en aquel templo ni otro alguno, porque no adoraban otros dioses sino al Sol, aunque no falta quien diga lo contrario” (...) “A un lado y al otro de la imagen del Sol estaban los cuerpos de los Reyes muertos, puestos por su antigüedad, como hijos de ese Sol, embalsamados, que (no se sabe como) parecían estar vivos” (...)
“La una cuadra de aquella estaba dedicada al aposento de la Luna, mujer del Sol, y era la que estaba más cerca de la capilla mayor del templo; toda ella y sus puertas estaban aferradas con tablones de plata, porque por el color blanco viesen que era aposento de la Luna. Tenían puesta su imagen y retrato como al Sol, hecho y pintado un rostro de mujer en un tablón de plata” (...) “y así la llamaban Mama Quilla, que es madre Luna” (...) “A una mano y a otra de la figura de la Luna estaban los

² Esta palabra tiene un sentido que expresa la naturaleza de la nube que adopta diversas formas en sus diferentes estadios, pues también es utilizada para designar la niebla y la neblina.

³ En quichua la palabra *mallqui*, no solamente representa la idea de una planta, sino que tiene un sentido dinámico, pues es utilizada para identificar una parte de ella = rama, o para designar un estadio de ella = retoño, mas también como un sujeto colectivo = almácigo.

cuerpos de las Reinas difuntas, puestas por su orden y antigüedad”(...)
“Otro aposento de aquéllos, el más cercano a la Luna, estaba dedicado al lucero Venus y a las siete cabrillas y a todas las estrellas en común. La estrella Venus llamaban Chasca, que quiere decir cabellos largos y crespos; honrábanla porque decían que era paje del Sol, que andaba más cerca de él...” (...) *“Las siete cabrillas respetaban por la extrañeza de su postura y conformidad por su tamaño. A las estrellas tenían por criadas de la Luna, y así les dieron el aposento cerca del de su señora. (...) Este aposento estaba entapizado de plata, también como el de la Luna, y la portada era de plata: tenía lo alto del techo sembrado de estrellas grandes y chicas, a semejanza del cielo estrellado. El otro aposento, junto a las estrellas, era dedicado al relámpago, trueno y rayo. No los adoraban por dioses, más de respetarlos por criados del Sol” (...)* *Otro aposento (que era el cuarto) dedicaban al arco del cielo, porque alcanzaron que procedía del Sol, y por ende lo tomaron los Reyes Incas por divisa y blasón, porque se jactaban de descender del Sol. Este aposento estaba todo guarnecido de oro. En un lienzo de él, sobre planchas de oro, tenían pintado muy al natural el arco del cielo, tan grande que tomaba de una pared a otra con todos sus colores al vivo. Llamaban al arco cuichi, y, con tenerle en esta veneración, cuando le veían en el aire cerraban la boca y ponían la mano adelante, porque decían que si le descubrían los dientes los gastaba y empobrecía. Esta simplicidad, tenían entre otras, sin dar razón para ello” (...)* *“El quinto y último aposento estaba dedicado al sumo sacerdote⁴ y para los demás sacerdotes que asistían al servicio del templo, que todos debían ser Incas de la sangre real”*(“Los comentarios reales...” 1960-1965: T. 133-135, p.129-132).

A partir de la colonización española la idea y representación de Dios y de la Trinidad es introducida por los misioneros, que se trata de imponer por todos los medios, y como se vio anteriormente en el proceso histórico de construcción de la identidad, se observó la gestación de una coexistencia forzada de los quichuas dentro del contexto de un proceso de dominación colonial. En esta situación los principios ideológicos de la religión cristiana se yuxtaponen a la cosmovisión indígena, con lo que se establece una ambivalencia figurativa al mismo principio creador o de gestación del mundo y de los seres. La cosmovisión nativa mostró una persistencia en la medida que:

⁴ Los españoles le llamaron *Villaoma*, “... habiendo de decir *Uillac Umu*, nombre compuesto de este verbo *uilla* que significa *decir*, y de este nombre *umu*, que es adivino o hechicero. *Uillac*, con la *c*, es participio del presente; añadido el nombre *Umu* quiere decir el adivino o hechicero que dice, dando a entender que decía al pueblo lo que el sumo sacerdote consultaba con el Sol y lo que el Sol le ordenaba que dijese” Garcilaso de la Vega (1609/1617), (“Los comentarios reales...” 1960-1965: T. 133-135, p.132). Subrayado del autor.

“Mientras los conquistados mostrasen un barniz de conversión, mientras la coersión mantuviera su eficacia y mientras el pensamiento y las costumbres nativas no presentasen un peligro de subversión, de resistencia a la opresión, de desvío a la orientación política o de escándalo, se toleró la supervivencia de la ideología indígena” (...) “La incongruencia de las cosmovisiones dentro del complejo ideológico ha servido, según las circunstancias históricas, tanto para la defensa de los intereses de los dominados como para sostener la acción de los dominantes. Por una parte, la función cohesiva de la ideología protege a los grupos sometidos; por la otra, limita a los dominados, a importantes medios de defensa y crea el mito de la necesidad de tutela” (Lopez Austin, 1989: Vol.I: 25)

Huaman Poma de Ayala (1603/1604) en su obra “Nueva crónica y buen Gobierno”, entre otras narraciones, retoma la ideología cristiana para explicar la creación del mundo y de los hombres, no obstante en sus dibujos se observa la referencia constante de los principios de la cosmovisión indígena. Según Adorno (1987) en esta obra se observan dos sistemas simbólicos iconográficos que emplea en su texto visual, uno es identificado como un sistema andino de simbolismo espacial que organiza la composición de los dibujos, y el otro sistema es un código artístico de la iconografía cristiana religiosa.



En la lámina de la crucifixión de Cristo, pueden identificarse la coexistencia de los principios de la cosmovisión católica y quichua, pues en el plano superior se observa la presencia del sol y la luna (a nivel del *jahua pacha*) y la ausencia de Dios, en el plano terrenal la representación humana, mientras que al pie de la cruz, la simbolización de la muerte (cráneo y fémures) que al ocupar la parte inferior podríamos inferir como el espacio del *ucupacha* al cual los humanos pueden acceder después de la “muerte”.

Dibujo 2. “Conzederacion Murio Dios por el Mu...” (página # 935 de la obra de Huaman Poma)



Dibujo 3. "Crio Dios al Mundo"
(página # 12 de la obra de Huaman Poma)

En la lámina de la creación del hombre y la mujer, Dios se encuentra en el plano terrenal, mientras que en la parte superior se observa la presencia del Sol, la Luna, Venus y las estrellas. A los pies de Dios, Huaman Poma, escribió la palabra *mundo*.



Dibujo 4. "El terzero mes Marzo Pachapucuy" (página # 240 de la obra de Huaman Poma)

En la serie de dibujos en la cual se representan las actividades de los quechuas según los meses del calendario gregoriano, se presentan sistemáticamente el sol y la luna, siempre en el plano superior. A pesar de la condena continua de las prácticas de "idolatría" que Huamán Poma realiza en su obra, en la lámina correspondiente al mes de Marzo, representa una escena del sacrificio de un animal en una *huaca* o sitio sagrado de una divinidad local. Donde se observa una figura humana. Al pie de la imagen escribió la palabra *Pacha*. Este mes era llamado *pacha pucuy* por la abundancia de la lluvia.



Dibujo 5. "Ivniio Havcaicvs Qvvi"
(descanso de la cosecha) (página # 246
de la obra de Huaman Poma)

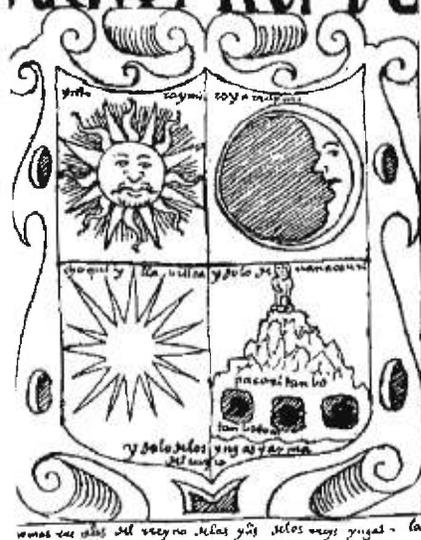


Dibujo 6. "Ivlio Chacra Ricvi Chacra
Cvnacvi Chava Vargym quilla"
(mes de la inspección de tierras, de la
distribución de tierras) (página # 248
de la obra de Huaman Poma)

En la representación de la fiesta del *Inti Raimi* (el festejo del Sol), Huaman Poma presenta una imagen demoníaca (de la iconografía católica) que le ofrece un *kero* (vaso ceremonial) de bebida al sol. Este autor señala que este mes se gastaba mucho (en comida) y se hacían sacrificios, como niños inocentes, oro, plata, y *mullos* (*Spondylus* o concha traída desde el mar, que también era utilizada como moneda).

2 Durante el mes de Julio se realizaba la inspección y el reparto de tierras para su cultivo comunitario. Se realizaban sacrificios de animales (carneros y cuyes) en la plaza pública para que no se dañase el sol ni las aguas. En la lámina se destaca que el sacrificio es realizado por un *ualla uiza*, llamado "pontífice" por Huaman Poma. En la parte superior y central el sol ocupa un lugar destacado, el que se encuentra ornamentado con rayos tomado de las representaciones españolas.

PRIMER CAPITULO DE LOS ARMAS PROPIAS



unas que dhas del rey no. Mas yús selos rays yugal - la

Dibujo 7. "Primer Capitulo de los Ingas / Armas Propias"
(pág. # 79 de la obra de Huaman Poma)

Huaman Poma diseñó un escudo de armas del Reino de las Indias de los Reyes Incas, como una analogía de los emblemas traídos por los españoles. Este autor buscó representar los elementos simbólicos de mayor significación dentro del imperio Inca. En la parte superior izquierda representa al sol, y escribe *Inti Raimi* (fiesta del sol), arriba a la derecha la luna, con la inscripción *Coya Raimi* (fiesta de la reina), abajo a la izquierda, la imagen de Venus o el lucero, *Choqui Ylla Uillca* (el noble del rayo o de oro), y abajo a la derecha la representación de una *Huaca*, *Ydolo de Uana Cauri*, de *Pacaritambo*.



Dibujo 8. "Conzederación / Ciudad del Cielo para..."
(página # 938 de la obra de Huaman Poma)



Dibujo 9. "Conzederación / Ciudad del Infierno"
(página # 941 de la obra de Huaman Poma)

En estas dos láminas Huaman Poma representan el concepto cristiano del cielo e infierno, a partir de las representaciones españolas. El concepto de ciudades guarda

correspondencia con el *jahua pacha* y el *ucu pacha* en el sentido de mundos específicos que se sitúan arriba y abajo de la tierra.

En 1991 el *yachac* Rafel Pineda de la comunidad de Ilumán (Otavalo) realizó el dibujo de la *Pacahamama* que se presenta en la página siguiente. Este dibujo también guarda semejanza con otra representación realizada por el *yachac* Rafael Flores Guerrero de la comunidad de La Calera (Cotacachi).

El concepto de mundo se encuentra claramente definido en los tres estratos ya enunciados, *jahua pacha*, *cai pacha* y *ucu pacha*.

En el *jahua pacha* se observa la coexistencia del Dios cristiano con el sol, la luna y las estrellas, se observa también la circulación de “almas” o “espíritus”. El aire (cielo) es considerado como la “fuerza del bien”. En el *cai pacha*, se representan los elementos fundamentales de la representación de “nuestra tierra”, las montañas habitadas por “espíritus”, los *pogyos* o vertientes, que son los sitios en la montaña donde residen o emergen los espíritus, las *huasi* o casas que se diferencian en cuanto estén o no habitadas por las personas, pues las casas abandonadas son preferidas por los “malos espíritus”, donde habitan o emergen del mundo interior. Se observan también las plantas y las personas. En color negro se observan los “espíritus malignos” que circulan por *el cai pacha*.

El *ucu pacha* está simbolizado como el “infierno” de la representación cristiana, allí se encuentra un personaje principal, el “diablo” y numerosos “espíritus malignos. El fuego es interpretado como la “fuerza del mal”, mientras que el “espíritu maligno” al salir hacia el *cai pacha*, puede adoptar la forma de un animal, como el asno, caballo, o águila, mas cuando adopta la forma de hombre este es el “mayordomo de la hacienda”.



JAHUA PACHA



CAY PACHA



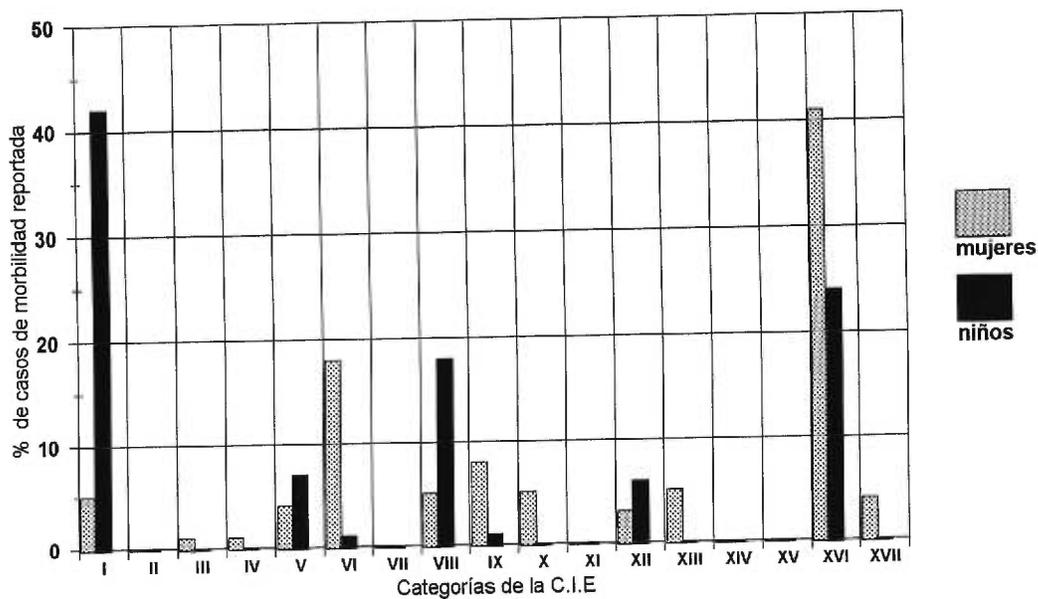
UCUPACHA

*Dibujo 10. Representación actual de la cosmovisión quichua
(Dibujo original de Rafael Pineda, 1991)*

ANEXO III

**MORBILIDAD SENTIDA POR LA POBLACIÓN QUICHUA (MUJERES Y
NIÑOS) EN DOS COMUNIDADES DE ESTUDIO**

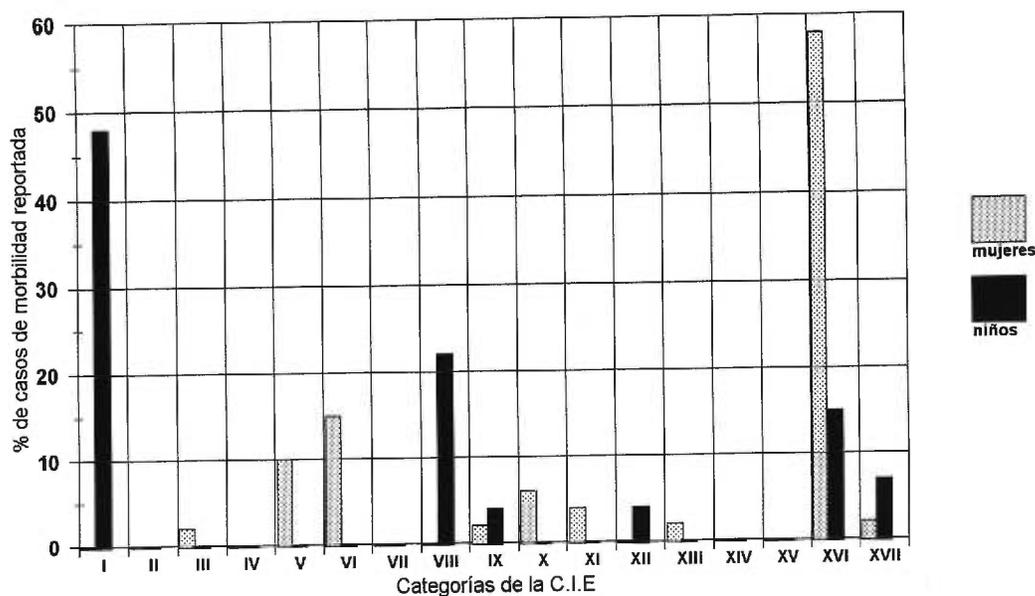
Cuadro 1: Distribución porcentual de la morbilidad reportada por mujeres (15 a 49 años) y niños (0 a 5 años) según la Clasificación Internacional de Enfermedades, en Ilumán.



Categorías de la Clasificación Internacional de Enfermedades

- I: Enfermedades infecciosas y parasitarias
- II. Neoplasias
- III. Enfermedades de las glándulas endócrinas, de la nutrición y del metabolismo
- IV. Enfermedades de la sangre y de los órganos metopoyéticos
- V. Trastornos mentales
- VI. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos
- VII. Enfermedades del aparato circulatorio
- VIII. Enfermedades del aparato respiratorio
- IX. Enfermedades del aparato digestivo
- X. Enfermedades del aparato genito urinario
- XI. Complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio
- XII. Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo
- XIII. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo
- XIV. Anomalías congénitas
- XV. Ciertas condiciones que se originan en el período perinatal
- XVI. Síntomas y estados morbosos mal definidos
- XVII. Accidentes, envenenamientos y violencias

Cuadro2: Distribución porcentual de la morbilidad reportada por mujeres (15 a 49 años) y niños (0 a 5 años) según la Clasificación Internacional de Enfermedades, en Imantag.



Categorías de la Clasificación Internacional de Enfermedades

- I: Enfermedades infecciosas y parasitarias
- II. Neoplasias
- III. Enfermedades de las glándulas endócrinas, de la nutrición y del metabolismo
- IV. Enfermedades de la sangre y de los órganos metopoyéticos
- V. Transtornos mentales
- VI. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos
- VII. Enfermedades del aparato circulatorio
- VIII. Enfermedades del aparato respiratorio
- IX. Enfermedades del aparato digestivo
- X. Enfermedades del aparato genito urinario
- XI. Complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio
- XII. Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo
- XIII. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo
- XIV. Anomalías congénitas
- XV. Ciertas condiciones que se originan en el período perinatal
- XVI. Síntomas y estados morbosos mal definidos
- XVII. Accidentes, envenenamientos y violencias

ANEXO IV

LAS ACCIONES DE BÚSQUEDA DEL REEQUILIBRIO DE LA SALUD

El conjunto de acciones emprendidas por la población constituye un proceso complejo de decisiones, de movilización de las redes sociales, de establecer la factibilidad y de buscar los recursos necesarios (económicos y humanos), mas también del conocimiento que se tiene de la enfermedad.

Este proceso lo entendemos como la puesta en marcha del sistema de acción dado como una respuesta a las expresiones del sistema de signos y al sistema de significados, intentando superar una noción de uso frecuente en salud pública, conocida como: el comportamiento. Generalmente esta se encuentra asociada a las actitudes tomadas por el individuo dentro de un contexto social, que de manera ambigua, o tácita, la ideología queda inmersa como una variable más, por lo que las “actitudes” y “prácticas” son vistas como una asociación simple y linear con los “comportamientos”, situación que nos aproxima más a una posición derivada de la etología que de las ciencias sociales.

Entendemos que el sistema de acción es una expresión de la epistemología quichua, por lo que cada evento implica un conjunto de análisis y conclusiones que interpretan tanto la situación de la persona como del *ayllu* (en sus múltiples dimensiones) en el contexto de la construcción – deconstrucción de la salud - enfermedad.

El análisis de situaciones concretas dentro de la enfermedad grave que ha llevado a la muerte de los niños nos permite observar, cómo la familia inmediata interpretó cada situación y cuales fueron sus respuestas sociales para tratar de resolver la situación.

Estas situaciones, más allá de lo que se conoce como “itinerarios terapéuticos”, son eventos de distintos de tipos de intervenciones que parten de la concepción quichua de salud-enfermedad, mas, su propia experiencia identitaria y de conocimiento, no se limita solamente a la búsqueda de respuestas culturales propias, sino a la búsqueda de una experiencia lo más amplia posible o sea la interrogación al sistema médico oficial y privado de corte occidental, que permita finalmente una respuesta al problema.

Estas acciones, de una parte, pueden ratificar tanto el conocimiento propio de la salud-enfermedad, como también permitir un proceso de ampliar este conocimiento con la experiencia intercultural. Esta dinámica es uno de los procesos de base en la que opera el cambio sociocultural, y en el cual se dan los préstamos, intercambios e insumos de conocimientos entre las culturas. Pues finalmente observamos que si cada sociedad ha gestado sistemas de salud, a partir de su base identitaria, es a partir del sistema de acción de la sociedad que se produce una articulación de los diversos sistemas de salud.

Esta articulación no es una mera funcionalidad, ni una conexión mecánica de estructuras, pues el contacto entre las personas (médico-paciente), hace que las distintas vertientes ideológicas y culturales interpretan y reinterpretan esta experiencia de acuerdo a sus propios sistemas de significados. Esta es la base fundamental que marca la diferencia entre las ideologías que definen la salud y la enfermedad, por lo que los nuevos conocimientos no pueden ser considerados como una simple hibridación, pues esto pertenece al análisis de un proceso epistemológico que se fundamenta sobre los paradigmas de base particulares de cada sociedad.

A continuación se observan algunos tipos de acciones emprendidas por la población quichua, analizados a partir de la reconstrucción de casos de muerte infantil mediante la autopsia verbal¹. Arbitrariamente se han seleccionado seis situaciones dentro de un gran espectro de acciones, que permiten mostrar eventos en los que se destacan: una doble denominación de la enfermedad (diagnóstico médico e identificación y denominación por parte de la población indígena quichua), el tiempo de evolución del episodio de la enfermedad hasta la muerte de la persona, y las consultas o personas a quienes se solicitó o que intervinieron para modificar el curso de la enfermedad.

¹ Se analizaron 42 muertes infantiles (50% del total de muertes acaecidas en los 3 últimos años previos al estudio) en dos comunidades quichuas. La interpretación del diagnóstico médico fue realizada por Pedersen D. y por mi, y fueron enunciadas según las categorías de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Ver Pedersen, et al (1979) "*Estructura de los sistemas no formales de salud*".

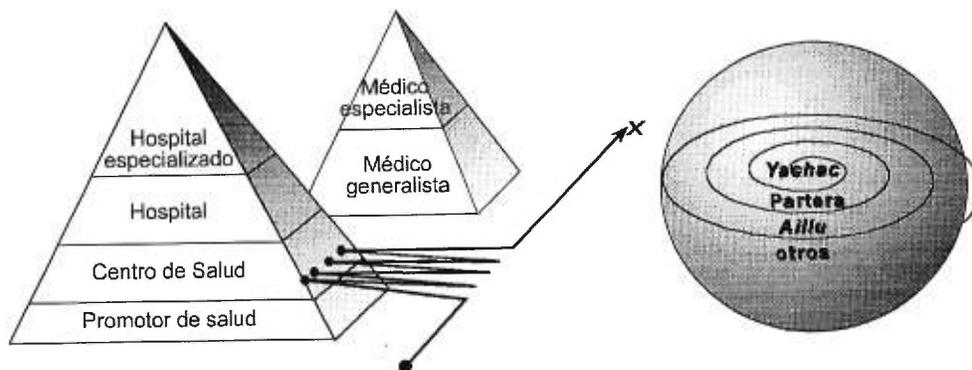
Situación tipo 1 (caso de muerte n° 16)

Edad del niño: 6 meses

Duración de la enfermedad: 6 meses

Diagnóstico médico: “Enfermedad diarreica”

Denominación dada por la familia: Múltiples interpretaciones y denominaciones



Esta situación muestra la búsqueda de respuesta al problema dentro de los servicios médicos públicos, y pese a las diversas interpretaciones culturales del mismo, no se buscó una respuesta en su propia sociedad.

En este caso observamos que los padres llevaron al niño al centro de salud, donde fue atendido por un médico, por 4 ocasiones sucesivas. En cada consulta se indicaron diversos tratamientos para la diarrea.

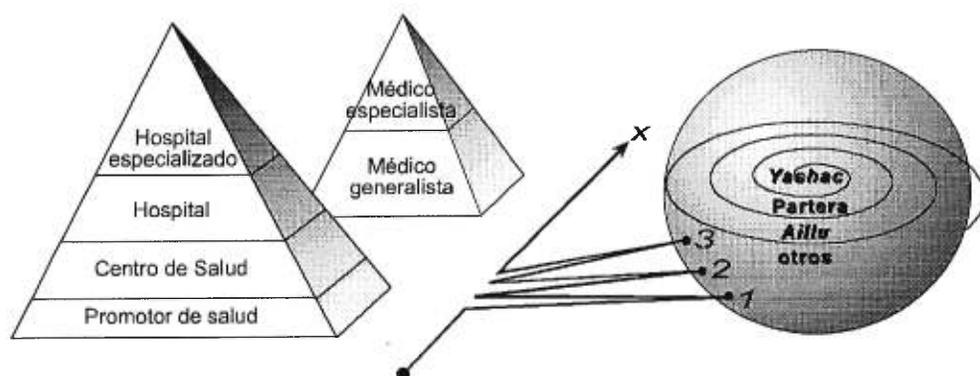
Situación tipo 2 (caso de muerte n° 18)

Edad del niño: 2 años

Duración de la enfermedad: 8 días

Diagnóstico médico: “Tos ferina”

Denominación dada por la familia: “*uju burro*” y “mal aire”



En esta situación se observa que solamente se ha buscado intervenciones a nivel de la comunidad y no hubo ninguna asistencia a los servicios de salud.

En el breve lapso de transcurso de la enfermedad se observa que un primer momento que una vecina (1) prestó consejos y asistencia, luego fue un vecino (2), al no mejorarse la enfermedad los padres consultaron un boticario (3) quien les indicó y vendió algunos medicamentos.

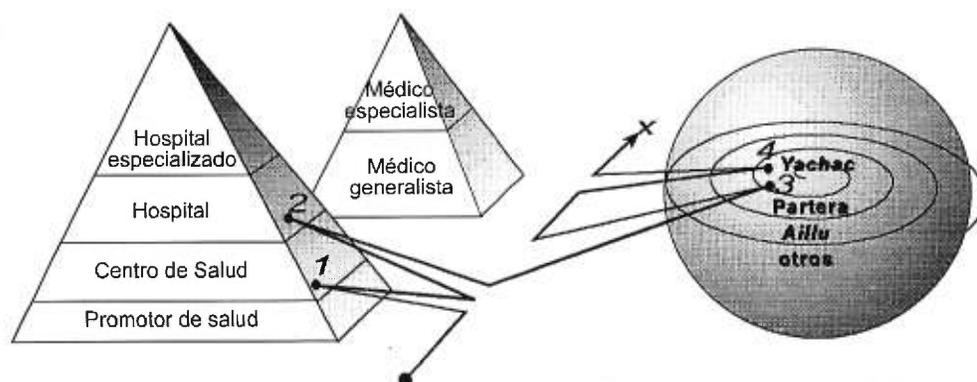
Situación tipo 3 (caso de muerte n° 33)

Edad del niño: 2 años

Duración de la enfermedad: 1 año

Diagnóstico médico: “Enfermedad diarreica”

Denominación dada por la familia: “El diablo del monte le llevó el corazón”



Esta situación muestra la búsqueda de soluciones tanto al interior de la sociedad quichua, como a los servicios públicos de salud.

El niño fue llevado al Centro de Salud, donde fue atendido por un médico (1), al no tener resultado el tratamiento indicado, fue atendido por otro médico (2) en el Hospital, como el niño no tuvo mejoría, los padres consultaron por dos ocasiones un *yachac* -“limpiador” (3 y 4), entendiéndose que ésta enfermedad es muy difícil de curar, no se realizaron más consultas.

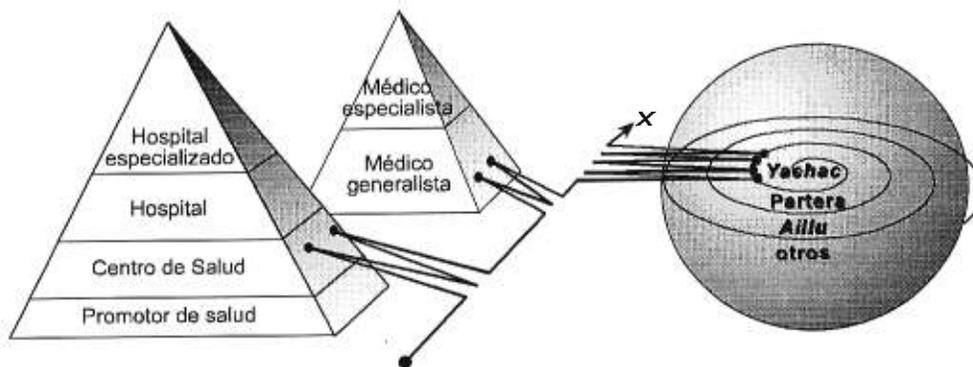
Situación tipo 4 (caso de muerte n° 42)

Edad del niño: 2 años y 4 meses

Duración de la enfermedad: 4 meses

Diagnóstico médico: “Enfermedad diarreica”

Denominación dada por la familia: “Espanto”



En esta situación se observa la asistencia tanto a los servicios médicos públicos como privados, así como la intervención de los *yachac*.

En un primer momento la familia recurrió al centro de salud (2 consultas médicas), posteriormente, se realizaron otras otras dos consultas médicas (en consultorios médicos privados de la ciudad), y al no obtenerse una mejoría del niño se realizaron 4 intervenciones de *yachac* - “*curadores de espanto*”.

Situación tipo 5 (caso de muerte n° 9)

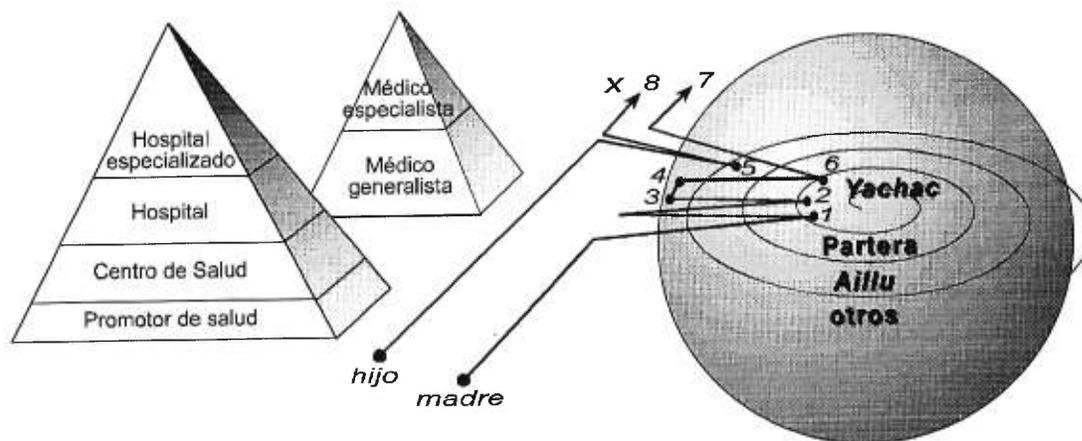
Edad del niño: 2 años

Duración de la enfermedad: 1 mes

Diagnóstico médico: “Tos ferina”

Denominación dada por la familia: “hechizo”

Como ya se vio anteriormente el *hechizo* es un desequilibrio más complejo, por lo que la gente va a priorizar una respuesta al interior de su sociedad y cultura, pues existe un consenso por el cual lo médicos “... *no lo saben curar*”.



En esta situación el jefe de la familia fue “entregado” a San Bernardo, este acto se refiere a la intención de una persona que quiere dañar a otra. Simbólicamente el “espíritu” de alguien es entregado a este “Santo” generando consecuentemente una enfermedad muy grave por la pérdida del *samai*. El acto de entrega se realiza en la iglesia local, donde se escribe en un papel el nombre de la persona que se quiere dañar, que luego es depositado al pie del “santo”. Luego del servicio religioso, el sacristán recoge los papeles y los anota en un cuaderno.

En este caso, observamos que tanto el padre como la madre, consultaron a un *yachac* sobre la enfermedad de su hijo (1). En el momento del ritual este interpretó que tanto la madre como el niño fueron afectados por el *daño*, y por lo tanto van a “morir”. De otra parte el *yachac* estableció que este daño es muy fuerte, por lo que el jefe de la familia se

confronta a la opción de salvar a la madre o al niño. En este caso la decisión adoptada fue de salvar a la madre, pues ella permite de continuar la reproducción de la familia. Dentro del ritual el *yachac* (2) demandó la recuperación del papel con el que se realizó la entrega, por lo que el padre se dirigió a la iglesia para demandar al sacristán dicho papel (3). Luego de la revisión del cuaderno se confirmó la existencia de la entrega, recuperándose el papel de los archivos. Según las indicaciones del sacristán, el padre se dirigió a la casa de una señora mestiza (4), quien mediante un pago, procedió a quemar el papel, y cuyas cenizas fueron llevadas por el padre, quien las entregó al *yachac*.

En ese momento del proceso, la abuela trató de curar al niño con hierbas (5), mientras que, dentro del ritual de desconstrucción de la enfermedad, el *yachac*, realizó una limpieza de la madre, y utilizó las cenizas del papel para realizar una cruz en su cuerpo (como símbolo de la restitución del “espíritu”). En la madre desapareció toda la expresión de signos de enfermedad (7) por lo que se consideró que fue curada, mientras el niño murió (8).

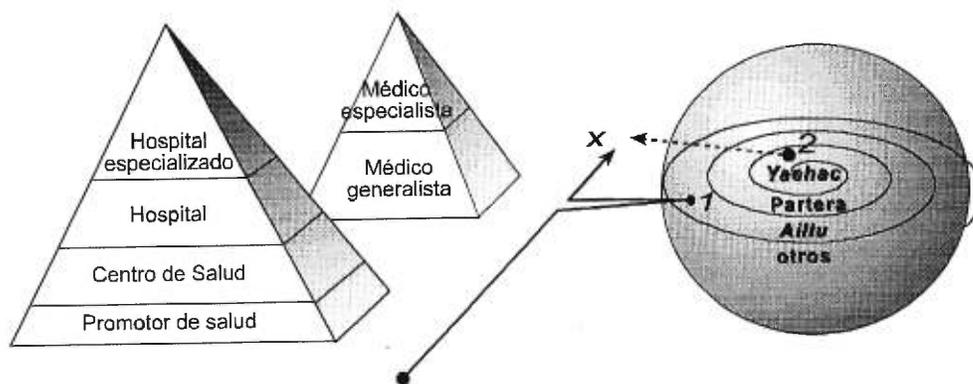
Situación tipo 6 (caso de muerte n° 28)

Edad del niño: 3 años

Duración de la enfermedad: 1 año

Diagnóstico médico: “Enfermedad diarreica”

Denominación dada por la familia: “La madre tierra le llevó el espíritu”



En esta situación se observó que la madre (1) es la única persona que intervino para modificar el curso de la enfermedad, mas se realizó una consulta luego de la muerte del niño. La visita a un *yachac* – rezador (2), se realiza con la finalidad de interpretar la causa de la muerte del niño.