

ISSN. 1390-4256

ANTROPOLOGÍA

2025 | N° 31

Cuadernos de Investigación



ANTROPOLOGÍA Y SALUD



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

Etnografía para descolonizar la salud: observar, escuchar, callar y escribir

Ethnography to decolonize health: To observe, to listen, to be silent, and to write

Patricio Trujillo Montalvo¹  , Carla Guerrón Montero²  , Catalina Rivadeneira Suárez³  

¹ Pontificia Universidad Católica del Ecuador - ECUADOR

² Universidad de Delaware - ESTADOS UNIDOS

³ Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales - ECUADOR

DOI: <https://doi.org/10.26807/raci.V31.2025.375> | Páginas: 09-22

James Clifford (1988), en su influyente artículo *On Ethnographic Authority*, sostiene que uno de los mayores aportes conceptuales y metodológicos de la antropología a los estudios sociales radica en la interpretación de la cultura como esencia de la creación humana. Clifford destaca que, más allá de la discusión académica sobre conceptos fundamentales como cultura e identidad, la antropología permite revelar las prácticas concretas mediante las cuales las culturas se constituyen. La etnografía, como instrumento metodológico central de la antropología, posibilita la obtención de información en contextos informales y relacionales, donde la interacción entre pares o amigos predomina sobre la relación formal investigador–investigado. Este proceso es un aprendizaje complejo que combina descripción, análisis y reflexión crítica sobre hechos sociales y procesos culturales. En este sentido, el análisis etnográfico facilita la comprensión de múltiples perspectivas locales y permite narrar cómo los actores construyen espacios de reconocimiento y legitimación, así como redes de poder.

En la misma línea, Brian Moeran (2005), en su libro *The Business of Ethnography*, ofrece una perspectiva práctica sobre la labor antropológica: “estudiamos cosas”, que son interpretadas, nombradas y cargadas de significado por diferentes sociedades. Según Moeran, vivimos en un “mundo de cosas”, donde los objetos, procesos y fenómenos adquieren sentido simbólico y práctico; damos sentido y nombre a las cosas, como, por ejemplo, vida o muerte, salud o enfermedad, sanación o curación.

La antropología ofrece herramientas fundamentales para comprender la salud más allá de los enfoques biomédicos tradicionales, incorporando el análisis de la vida cotidiana, las prácticas culturales y los significados que las comunidades atribuyen a su bienestar. La etnografía permite explorar cómo las personas viven, interpretan y negocian la salud en contextos específicos, revelando no solo sus prácticas y creencias, sino también las estructuras sociales, políticas y económicas que las condicionan.

Antropología y salud en el contexto ecuatoriano

En Ecuador, la antropología ha desempeñado un papel decisivo en la comprensión de la diversidad cultural y de su vínculo con los procesos de salud, enfermedad y atención. Desde la década de 1970, investigadores nacionales e internacionales han realizado estudios etnográficos que evidencian cómo los pueblos y nacionalidades indígenas, afroecuatorianos y montubios conciben el bienestar como una relación equilibrada entre cuerpo, territorio, espiritualidad y comunidad. Estas perspectivas

desafían los enfoques biomédicos convencionales, mostrando que la salud o la enfermedad son fenómenos socialmente contruidos y culturalmente interpretados.

El Departamento de Antropología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE) fue un actor fundamental en esta trayectoria. A través de proyectos de investigación, docencia y vinculación comunitaria, promovió la etnografía como un método para comprender las dimensiones heterogéneas de las experiencias locales e interculturales. Las investigaciones impulsadas desde la PUCE exploraron, entre otros temas, los saberes médicos tradicionales, la medicina indígena, la salud mental en contextos comunitarios, la relación entre espiritualidad y enfermedad, y los procesos de atención intercultural y decolonial en el sistema público de salud. Este enfoque ha contribuido a visibilizar formas de conocimiento históricamente subalternizadas y a cuestionar las jerarquías epistémicas heredadas del colonialismo.

La etnografía, desde una mirada decolonial, permite deconstruir estas jerarquías epistémicas y abrir el diálogo entre distintos sistemas de saber. Observar, escuchar y callar —como propone el título de este capítulo— se convierte en un acto político y ético: implica reconocer la legitimidad de los saberes locales, aceptar la autoridad epistemológica de los pueblos y comunidades, y comprender que los procesos de salud-enfermedad son también campos de disputa simbólica, política y narrativa.

Las narrativas, según Jackson (2013), son herramientas centrales para analizar la salud desde la perspectiva de la etnografía. Las narraciones de las personas organizan y transforman lo vivido en un acto de creación intersubjetiva entre quien narra la experiencia y quien escucha la historia, haciendo posible para quien habla dar sentido a su cuerpo, sus emociones y sus relaciones sociales en contextos de enfermedad o cuidado. El investigador se convierte en el interlocutor de un acto profundamente político, en el que quien habla confiere sentido y legitimidad a su mundo. El investigador accede, así, a una comprensión profunda de cómo las comunidades, por ejemplo, conceptualizan y viven la salud, historias que revelan no solo experiencias individuales, sino también dinámicas colectivas y estructuras de poder.

Antropología y salud en este dossier

El filósofo, gran pensador y maestro Nelson Reascos, señala en la entrevista publicada en este dossier que “no hay un concepto unívoco de la salud, sino varias concepciones que responden no solo a identidades étnicas, sino también a determinados sectores sociales dentro de la misma identidad cultural.” Los diez artículos seleccionados de este último número de *Antropología: Cuadernos de Investigación* coinciden plenamente con este lineamiento. Estos trabajos ofrecen perspectivas etnográficas ricas e innovadoras sobre el concepto de salud en América Latina (con estudios de caso en México, Argentina, Chile y Ecuador) y en el País Vasco. El dossier consta de cinco secciones: a) artículos etnográficos sobre la relación Antropología-Salud, b) Reseñas y perspectivas etnográficas, c) Propuestas al margen, d) Entrevistas y e) Reseña de libros.

En la primera sección, el primer artículo del volumen ofrece un marco conceptual de la bioética cultural. En “Antropología, salud y ética: Apuntes experienciales y epistémicos para una bioética intercultural”, Andrés Roberto España Bustos propone, a partir de sus experiencias etnográficas con

pacientes con enfermedades crónicas en Ecuador, que las vivencias humanas en torno a la salud configuran significados y dilemas éticos que los pacientes resuelven desde sus propias condiciones materiales, ideológicas, identitarias y culturales. El autor realiza un recorrido histórico sobre cómo la antropología médica se ha consolidado en América Latina desde 1920, desarrollando estudios que visibilizan desigualdades sociales, inequidades en el acceso a la salud y las tensiones de poder entre el discurso biomédico hegemónico y los saberes ancestrales comunitarios. España sostiene que una verdadera bioética intercultural debe trascender los principios clínicos tradicionales de la relación médico-paciente para incorporar valores comunitarios y factores socioculturales de los pueblos indígenas. El autor enfatiza que los dilemas éticos sobre eutanasia, parto o reproducción asistida están siempre mediados por determinaciones culturales, por lo que se requieren políticas públicas cuyos protocolos resguarden saberes ancestrales y principios de autonomía, dignidad humana, diversidad cultural y justicia social. Finalmente, critica la ausencia de programas académicos especializados en Antropología Médica y Bioética en el Ecuador, como reflejo de la falta de interés institucional por la formación interdisciplinaria que priorice el conocimiento sensible y situado frente a la mera tecnificación.

En “Cuerpos al margen: Violencia simbólica y consumo de pasta base de cocaína en Quito”, Ana Guerrón Villaverde, analiza cómo los discursos oficiales (representados por el periódico El Comercio y el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas [CONSEP]) y los discursos de los propios consumidores construyen y perpetúan la marginalidad de quienes consumen pasta base de cocaína (PBC) en el Ecuador. Utilizando los conceptos de *habitus* y violencia simbólica del sociólogo francés Pierre Bourdieu, la investigación revela que tanto los medios como las instituciones estatales representan a los consumidores de PBC como víctimas pasivas, cuerpos enfermos y traumatizados psicológicamente, destinados inevitablemente a la vida callejera, la delincuencia y la criminalidad—en otras palabras, como cuerpos al margen. La marginalidad se convierte en una consecuencia “natural” de la adicción, sin examinar los factores estructurales que la generan. El hallazgo central de Guerrón Villaverde es que los consumidores internalizan estos discursos oficiales y reproducen su propia exclusión mediante mecanismos de violencia simbólica: se describen a sí mismos como “el excremento de la sociedad”, aceptan su posición en el nivel más bajo de las jerarquías sociales como inevitable y se culpan por sus circunstancias, perpetuando un ciclo de subordinación. La autora argumenta que esto constituye una forma de “abuso lumpen”, en la que los problemas estructurales, económicos, políticos y sociales que contribuyen a la dependencia y la marginalidad urbana se transforman en patologías individuales, naturalizando la desigualdad y oscureciendo las verdaderas causas sistémicas del fenómeno.

En “Agentes de propaganda médica, saberes y poder colonial: Jerarquías de producción y reproducción en la industria farmacéutica”, Verónica Trelleira analiza, mediante un trabajo etnográfico en hospitales públicos argentinos, cómo los Agentes de Propaganda Médica (APM) construyen y reproducen jerarquías simbólicas, epistémicas y materiales que reflejan una matriz colonial de poder en la industria farmacéutica. Los APM internalizan y transmiten un discurso que establece una distinción tajante entre laboratorios multinacionales europeos y estadounidenses y laboratorios nacionales. Los primeros “investigan” y producen medicamentos “originales”, considerados 100% confiables; los segundos “copian” y producen medicamentos “genéricos” con principios activos de países como Pakistán, China o India, los cuales son percibidos como “drogas de segunda” o de calidad

inferior, relegando así a los laboratorios nacionales a un lugar subalterno, asociado al comercio y a la reproducción sin innovación. La autora examina además el rol de los *speakers* —médicos contratados por laboratorios que capacitan a sus colegas en “ateneos”— como mediadores autorizados que transmiten conocimientos presentados como neutrales y científicos, pero atravesados por intereses comerciales, revelando cómo la industria farmacéutica controla tanto la producción de fármacos como la narrativa científica que los acompaña.

Roberto Narváez ofrece un estudio sobre la crisis epistemológica de la odontología en Ecuador en “Antropología del sufrimiento dental: Una aproximación teórica al dolor, trauma, miedo y vergüenza”. El modelo biomédico hegemónico ha ignorado sistemáticamente las dimensiones culturales del sufrimiento bucal, reduciendo el dolor a un simple síntoma cuantificable y despojándolo de sus significados sociales profundos. El artículo examina cómo las construcciones de género, clase y etnicidad configuran complejas experiencias de dolor dental: los mandatos de masculinidad hegemónica normalizan el silencio ante el sufrimiento, la pobreza estigmatiza las condiciones bucales como “fracaso personal” y las cosmovisiones indígenas ofrecen lecturas alternativas del padecimiento que son sistemáticamente invisibilizadas. El trauma dental se transmite de generación en generación como memoria corporal, agravado por prácticas clínicas autoritarias que ejercen violencia simbólica y por la imposición de estándares estéticos eurocéntricos que convierten la sonrisa en capital social excluyente. El autor concluye que humanizar la odontología requiere más que sensibilidad cultural: exige reconocer el sufrimiento bucal como expresión de desigualdades estructurales históricas, desmontar las colonialidades incrustadas en los protocolos clínicos (desde los criterios de “normalidad” estética hasta el diseño de consultorios) y avanzar hacia una práctica *genuinamente intercultural* que restituya la dignidad de pacientes históricamente marginados.

En “Desigualdades en salud desde una etnografía en ‘Farmacias de Barrio’ en Argentina”, María Pozzio presenta un trabajo etnográfico realizado entre 2020 y 2024 en tres farmacias ubicadas en contextos sociales radicalmente distintos. Este trabajo de campo le permite analizar cómo funcionan las farmacias comunitarias de la Provincia de Buenos Aires como puertas de entrada privilegiadas para comprender las desigualdades de salud en Argentina. La investigación revela que “el mostrador”—espacio donde ocurren intercambios cotidianos entre farmacéuticos/empleados y pacientes/clientes— opera como “trinchera” y “termómetro social” que materializa desigualdades estructurales mediante consumos diferenciados de medicamentos, tipos de cobertura social (medicina prepagada, obras sociales públicas o ausencia total de cobertura) y demandas de atención específicas según el perfil sociosanitario de cada barrio. En la Farmacia 1 predominan clientes con medicina prepagada que compran por marca de laboratorio, suplementos dietarios, productos ayurvédicos y dermocosmética sin restricciones económicas; la Farmacia 2 sirve a personas golpeadas por las políticas de ajuste del gobierno de Javier Milei que en 2024 eliminó la gratuidad de los medicamentos; la Farmacia 3 atiende principalmente a trabajadores informales (“paisanos”) con padecimientos vinculados a la explotación laboral (dolores articulares, alergias por fumigación sin protección, trabajo a la intemperie). En esta farmacia, el farmacéutico prioriza precios bajos al comprar medicamentos genéricos sin cajita y venderlos como “tiras” o en fracciones según la capacidad de pago. La autora argumenta que estas farmacias producen una “epidemiología situada” que revela cómo la determinación social de la salud —condiciones de vida, trabajo, género, origen étnico— configura jerarquías en las que las personas y los grupos se enferman de forma diferente y acceden desigualmente a una atención oportuna.

Antonia Fontaine Rodríguez analiza la construcción sociocultural del cuerpo mediante un estudio de caso etnográfico sobre Laia, una mujer vasca de 29 años que inicia un proceso de autoatención tras recibir resultados de colesterol elevado. “Reflexiones sobre la construcción sociocultural del cuerpo y la autoatención: Aproximaciones críticas a los discursos de salud desde un estudio de caso” examina cómo la biomedicina, la cultura de consumo y las normas sociales configuran las percepciones y prácticas corporales, particularmente en relación con el peso y la alimentación. El estudio, basado en la observación participante en Donostia (País Vasco) en 2023, revela que el cuerpo se constituye como un campo de disputa donde confluyen la lógica de mercado, el discurso médico hegemónico y los mandatos patriarcales de belleza, que refuerzan el estigma hacia la gordura y la medicalización de los cuerpos que se desvían de la “norma”. A través de la experiencia de Laia —sus motivaciones, logros, recaídas y negociaciones cotidianas— el artículo demuestra cómo la autoatención puede funcionar como herramienta de empoderamiento que permite construir una relación más consciente y saludable con el propio cuerpo, cuestionando las dicotomías simplistas de éxito/fracaso y visibilizando las estructuras socioculturales que regulan los cuerpos, la salud y los ideales de belleza en la sociedad contemporánea occidental.

En “Más que una dieta: Historia y principios de la medicina ayurveda”, Patricia Helena Junge Cerda analiza críticamente la expansión global del sistema médico Ayurveda y su reducción simplista a regímenes alimentarios estandarizados en América Latina, en particular en contextos como Argentina y Chile. La autora realiza un análisis secundario de la literatura, complementado con datos etnográficos de hospitales ayurvédicos en Kerala, India (2010-2011), y del sistema de salud chileno (2012-2014). El Ayurveda es un sistema médico completo con más de dos mil años de evolución documentada, basado en tres textos clásicos que constituyen un corpus de conocimiento sistemático sobre la vida, salud y enfermedad fundamentado en la filosofía vedanta y la teoría de los cinco elementos (éter, aire, fuego, tierra y agua) que configuran tres *doshas* o constituciones psicosomáticas: *Vata*, *Pitta* y *Kapha*. Si bien la alimentación es efectivamente central en el Ayurveda como forma de relacionamiento entre el microcosmos individual y el macrocosmos ecológico a través de sabores y cualidades, la autora argumenta que la divulgación occidental de esta medicina como meras dietas alimenticias estandarizadas constituye una simplificación drástica del Ayurveda. En el Ayurveda auténtico, la dietética abarca el estilo de vida completo (ejercicio, pensamientos, actividades diarias, relaciones con el entorno) y requiere de análisis personalizados que consideran elementos tales como la constitución psicosomática, el momento del ciclo vital, las condiciones geográficas y climáticas, las circunstancias biográficas y laborales, y las cualidades de cada alimento según su origen y forma de consumo. Ignorar esta complejidad desvirtúa el potencial terapéutico real del sistema médico y lo convierte en un consumo terapéutico exótico fragmentado.

Iván Villafuerte Almeida ofrece en su artículo “La justicia indígena *Kiwcha*-Andina como posible sistema terapéutico comunitario: Propuesta de marco interpretativo desde la antropología de la salud y la psicología comunitaria” un marco teórico-interpretativo que rescata las grandes contribuciones de la antropología a la psicología comunitaria. A partir de una revisión bibliográfica sistemática de etnografías existentes, el autor plantea la hipótesis de que los rituales jurídicos indígenas —que siguen una secuencia elaborada desde el aviso *willachina* hasta la reconciliación *upallana*— podrían funcionar como intervenciones que facilitan la catarsis emocional, la reintegración social y el restablecimiento del equilibrio relacional, contrastando con el sistema penitenciario occidental

que opera mediante exclusión y aislamiento. El estudio enfatiza que se trata de una propuesta conceptual, no de evidencia empírica directa, y reconoce críticamente las tensiones inherentes a estos sistemas, incluyendo preocupaciones sobre la violencia física, las desigualdades de género, la coerción comunitaria y las transformaciones contemporáneas. Distinguiendo cuidadosamente entre conceptos como la justicia restaurativa, los efectos terapéuticos individuales, el equilibrio cósmico *sumak kawsay* y la salud mental comunitaria, el autor concluye que la justicia indígena *kichwa*-andina ofrece lecciones valiosas para desarrollar modelos interculturales de salud mental, aunque su validación requiere investigación etnográfica directa con metodologías culturalmente apropiadas que documenten tanto casos exitosos como fracasos y efectos adversos.

El artículo de Alfonsina Andrade, “Las mujeres curadoras de la provincia de Imbabura”, analiza el papel de las mujeres curadoras —yachaks, curanderas y hierbateras— en la preservación y transmisión de los conocimientos de medicina tradicional en la provincia de Imbabura, Ecuador. Mediante un enfoque etnográfico basado en tres estudios de caso, el texto muestra la complejidad del sistema médico tradicional andino y la relevancia de las mujeres como guardianas de saberes y redes de cuidado. El trabajo destaca las dimensiones simbólicas, sociales y terapéuticas de las prácticas curativas, proponiendo una lectura del cuerpo, la salud y la enfermedad desde la cosmovisión andina, con especial atención a la transmisión matrilineal del conocimiento y al sincretismo entre tradiciones indígenas y católicas. El artículo constituye una contribución valiosa y original a la antropología médica y los estudios de género en los Andes. Su principal aporte radica en documentar de forma sistemática la dimensión femenina de la medicina tradicional, revelando tanto los mecanismos de transmisión intergeneracional del conocimiento como su capacidad de adaptación en contextos urbanos y globalizados.

En la sección reseñas etnográficas, Roxana Jaramillo España nos ofrece un análisis crítico de cómo las comunidades afrodescendientes de Esmeraldas, Ecuador, experimentan la salud mental desde sus propias epistemologías en “Entre el duelo y la sanación: Esmeraldas politiza la resistencia”. Jaramillo España cuestiona la imposición del lenguaje biomédico que pretende traducir experiencias colectivas de racismo estructural, necropolítica estatal, precarización material y violencia sistémica en diagnósticos clínicos individualizados como demencia o suicidio. La autora argumenta que conceptos coloniales como “resiliencia” y “esperanza” funcionan como dispositivos que normalizan el sufrimiento y exigen soportar la violencia sin cuestionarla, mientras que las comunidades resignifican estos términos como resistencia activa anclada en saberes ancestrales, amor comunitario como medicina política que afirma la vida, descanso como acto político frente a la histórica explotación de cuerpos negros, y conexión con el territorio (manglar, tierra, río) como fundamento terapéutico. Desde la perspectiva de la epigenética, se reconoce que el trauma se transmite genéticamente entre generaciones, pero también se transmiten la resistencia y la creatividad. El artículo propone un modelo de salud mental afrodescendiente enraizado en la memoria, los afectos, el territorio y los vínculos intergeneracionales, donde lo que los grupos dominantes mestizos patologizan se reinterpreta como respuestas adaptativas legítimas ante la violencia estructural.

En la sección propuestas, el artículo “Narrativas sobre vulnerabilidad: Mujeres mexicanas migrantes viviendo en Estados Unidos” de Diana Tamara Martínez Ruíz, Alejandra Ceja Fernández y Francisco Hernández Galván, examina las experiencias de vulnerabilidad vividas por mujeres mexicanas

migrantes en Estados Unidos, a través de un enfoque cualitativo basado en narrativas personales y análisis interpretativo. Los autores proponen una lectura que entrelaza los conceptos de género, migración, ciudadanía y resiliencia, ubicando sus resultados en el marco de las desigualdades estructurales y las dinámicas emocionales que atraviesan la vida de las migrantes. El artículo se inscribe dentro de una línea sólida de investigación latinoamericana sobre migración y estudios de la vulnerabilidad, con un enfoque humanista que combina teoría social y compromiso ético.

En la sección entrevistas, uno de los editores de este dossier, Patricio Trujillo Montalvo, ofrece entrevistas con Nelson Reascos (filósofo) y José Sola (médico y docente), en las que ambos proponen miradas complementarias que cuestionan críticamente el modelo biomédico hegemónico y abogan por una comprensión ampliada de la salud en la formación médica universitaria. Reascos, desde la filosofía, enfatiza la tensión entre patogénesis y salutogénesis, criticando cómo la formación médica privilegia la enfermedad sobre la construcción de salud, y señala que las contradicciones de la sociedad contemporánea —donde consumo y mercado imponen obstáculos a estilos de vida saludables— convierten la salud en un bien desigual e inaccesible, argumentando que pensar la salud implica repensar modos de vida, socialización y prácticas cotidianas más allá de la lógica de prescripción y medicalización. Sola, desde su experiencia como médico y docente, evalúa la incorporación de la antropología médica en la Facultad de Medicina, reconociendo sus aportes, pero también sus limitaciones, criticando la estandarización clasificatoria del paciente y la centralidad de la prescripción como sello de la práctica médica. Aunque reconoce un interés creciente en medicinas complementarias y propuestas como *One Health* (que vinculan salud humana, animal, ambiental y urbana), advierte que estas visiones continúan siendo secundarias en una formación dominada por la medicalización y una cultura de sacrificio identitario del médico. Tanto Reascos como Sola concuerdan en que la salud no puede reducirse a enfermedad ni a receta médica, sino que debe comprenderse como un entramado complejo de factores sociales, culturales, ambientales y modos de vida, lo que invita a repensar la enseñanza médica hacia marcos conceptuales más críticos, integrales e interdisciplinarios.

Finalmente, en reseña de libros, Nelson Muñoz académico e investigador de la Universidad de Chile, nos presenta a la obra *Medicina Humanista: importancia e impacto de la educación y formación médica con enfoque sociocultural*, un esfuerzo internacional, publicado por EdPUCE que recoge y examina experiencias en tres facultades de ciencias de la salud y medicina (Ecuador, Argentina, Chile) sobre la formación de sus estudiantes más allá del paradigma bio médico, enfocándose en la educación humanista y el impacto de esta en sus vidas profesionales.

A modo de conclusión

Los trabajos de este dossier proponen unir Antropología y Salud donde la etnografía aplicada a la salud asume un papel transformador. El pensamiento decolonial cuestiona las formas de conocimiento hegemónicas que emergieron del colonialismo y persisten en la modernidad. Estas formas han impuesto una epistemología eurocéntrica que define qué cuenta como “saber legítimo” y qué se relega al ámbito de la “creencia” o de lo no científico. En el campo de la salud, esto se traduce en la hegemonía de la biomedicina como única fuente de conocimiento válido, invisibilizando otras formas de entender el cuerpo, la enfermedad, la curación y, sobre todo, las formas de vida.

Referencias

- Caughey, J. (1982). *The everyday life reader*. Praeger.
- Clifford, J. (1988). On ethnographic authority. *Representations*, 1(1), 118–146.
- Favero, A. (2005). *Everyday life and social imagination*. Routledge.
- Fischer, M. (2003). *Anthropology as cultural critique*. University of Chicago Press.
- Finnström, S. (2008). *Living with bad surroundings: War and fear in northern Uganda*. Uppsala University Press.
- Jackson, M. (1996). *Things as they are: New directions in phenomenological anthropology*. Indiana University Press.
- Jackson, M. (2013). *The politics of storytelling: Violence, transgression and intersubjectivity*. Museum Tusculanum Press.
- Moeran, B. (2005). *The business of ethnography: Strategic perspectives*. Copenhagen Business School Press.

Antropología, salud y ética: apuntes experienciales y epistémicos para una bioética intercultural

Anthropology, health and ethics: experiential and epistemic notes for an intercultural bioethics

Roberto España Bustos¹  

¹ Universidad Amawtay Wasi - ECUADOR

DOI: <https://doi.org/10.26807/raci.V31.2025.364> | Páginas: 09-22

Fecha de envío: 16-08-2025 | Fecha de aceptación: 22-10-2025 | Fecha de publicación: 31-12-2025

Resumen

Las experiencias humanas en torno a la salud van configurando, a lo largo de la trayectoria de la enfermedad, un sinnúmero de significados, cambios, percepciones, adaptaciones, negociaciones y agencias en torno a los dilemas éticos que cada ser-actor-paciente resuelve desde las propias condiciones materiales, ideológicas, identitarias y culturales, para sobrellevar dicho desequilibrio o inestabilidad fisiológica. Estos dilemas se nutren de valores y códigos morales que circundan al pensamiento ontológico de quien enfrenta dicha realidad, a tal punto que las propias experiencias de padecimiento y vulneración se convierten en conocimientos valiosos para determinar el significado de la presencia de la enfermedad a lo largo de la vida. Después de desarrollar un trabajo etnográfico con pacientes con enfermedades crónicas y establecer el significado de vulneración de los cuerpos enfermos, surge el concepto de bioética intercultural para analizar los (inter)lazos entre los afectos, cuidados, identidad y cultura desde una perspectiva de la antropología de la salud.

Palabras clave: antropología de la salud, bioética, enfermedad, interculturalidad.

Abstract

Human experiences related to health shape, throughout the course of illness, countless meanings, changes, perceptions, adaptations, negotiations, and agencies regarding the ethical dilemmas that each being-actor-patient resolves based on their own material, ideological, identity-based, and cultural conditions, in order to cope with such physiological imbalance or instability. These dilemmas are nourished by values and moral codes that surround the ontological thinking of those facing such reality, to the extent that personal experiences of suffering and vulnerability become valuable knowledge for determining the meaning of illness throughout life. After conducting ethnographic research with patients suffering from chronic illnesses and establishing the meaning of the vulnerability of diseased bodies, the concept of intercultural bioethics emerges as a way to analyze the (inter)connections between affections, care, identity, and culture from the perspective of medical anthropology.

Keywords: medical anthropology, bioethics, disease, interculturality.

Introducción

Las reflexiones epistemológicas que la antropología permite alcanzar por medio de una serie de interpretaciones y análisis conceptuales sobre diferentes fenómenos sociales fueron los factores que me llevaron a estudiarla. Uno de estos fenómenos, y sobre el cual me tomé el atrevimiento de profundizar de forma empírica y vivencial, es el de salud: proceso fisiológico, sensible, simbólico, intersubjetivo y, por demás, (inter)cultural. Fue empírico porque la simple curiosidad de conocer los modos de vida y las formas de interrelacionamiento de las personas me llevó a comprender que la Antropología “vive” y “late” en todo resquicio social; pero también fue vivencial, porque al iniciar con la aventura de estudiar Antropología, intervino la muerte de mi madre y añadió un sentido adicional por desentrañar el significado de la partida (ceremonia de despedida del sentido de lo vital) y sus diferentes representaciones sociales.

A partir del significado de la muerte, otras formas de representaciones culturales, sociales y antropológicas se asociaron a mi interés investigativo sobre la salud y la enfermedad. En un primer ejercicio etnográfico, la atención se concentró en comprender, desde una perspectiva biomédica, las percepciones sociales de la atención en la cita médica por parte de profesionales de la salud de un hospital público.

La experiencia, materializada en una jornada de capacitación docente, evidenció que la cita médica es un dispositivo para la vulneración de los cuerpos, pero también, un espacio operativo para procesos de coautoría en la constitución de realidades múltiples en torno al fenómeno salud-enfermedad (España, 2019).

Tras un trabajo de acompañamiento terapéutico y domiciliario con personas trasplantadas, la Antropología me permitió nuevamente encontrar el enfoque necesario para articular la importancia de los procesos educativos con los procesos de salud. El amplio abanico de posibilidades de lecturas que permite el estudio de las formas de vida de las personas no se limita desde la antropología; todo lo contrario, deja ver más allá de lo que faculta el discurso ideológico de una educación tradicional.

En este sentido, la importancia de introducir una mirada sensible, en tanto situada, simbólica y cultural, en la oferta académica de la educación superior por medio de asignaturas y créditos con contenido sustancial proveniente de las ciencias sociales, es clave en carreras de las ciencias de la salud. Sin embargo, a nivel operativo, los procesos educativos también deben estar relacionados a la manera cómo se comunica e incluye al paciente en el tratamiento de sus diagnósticos.

Desde este enfoque, es necesario precisar, que el sentido bioético que se configura desde la antropología implica un reconocimiento de valores éticos y morales de pacientes y familiares involucrados en las redes de cuidado, manutención, movilización y alimentación.

Por tanto, identificar la discusión bioética en torno a los procesos educativos desde un enfoque intercultural de la atención médica, implica la incorporación del criterio de los familiares a lo interno de la discusión de los comités de ética, así como en protocolos de asistencia para el reconocimiento y respeto de la diversidad cultural, en cuanto saberes y conocimientos situados (España, 2020).

Estas exploraciones etnográficas en torno a procesos de salud/enfermedad desde una perspectiva de la Antropología de la Salud han permitido consolidar la definición de una mirada integral sobre dicho fenómeno social, al punto de reconocer a la antropología y a la salud como cauces y remanentes de un amplio campo de conocimientos en el cual se desentrañan sus misterios y enigmas.

En un nuevo abordaje, en esta ocasión desde una perspectiva que ancla lo humano con lo no-humano, la etnografía permitió un interesante trabajo de campo con pacientes en procesos de hemodiálisis, en donde la visión de la antropología médica o de la salud toma fuerza como eje discursivo e investigativo de cara al objetivo de instaurar análisis interdisciplinarios sobre las formas de la salud y la enfermedad en la vida de las personas. Para este ejercicio me interné en las salas de hemodiálisis de clínicas privadas, en vista de que los permisos en el sector público de salud fueron inaccesibles.

En las salas médicas, en todo su contorno y constitución, se pudo evidenciar la relación entre la máquina y el sujeto-paciente: entre el aparato que purifica la sangre y quien la recibe luego de un estado liminal de pureza. Este escenario me llevó a combinar el espacio hospitalario con el domiciliario para conocer las percepciones y los significados de los cuerpos trasfundidos y el valor del conocimiento sensible a partir de los afectos reflejados en las experiencias de padecimiento de la enfermedad crónica (España, 2022).

Los diferentes episodios etnográficos que acabo de describir sirven para recapitular y plantear el escenario para dimensionar la importancia e incidencia de la antropología en estudios de salud, pero, además, para relacionar con otros campos disciplinarios que generan un análisis más allá del estudio de la salud por sí sola.

Por esto, desde una necesidad experiencial y epistemológica que deriva de las investigaciones planteadas, surgen los apuntes sobre una bioética como campo de confluencia de las discusiones antropológicas en torno a la presencia de la salud en sus manifestaciones interculturales, sociales y comunitarias desde un análisis situado.

En un sentido implícito y considerando las investigaciones mencionadas, la antropología y la salud mantienen entre sí muchos puntos en común; sus objetos de estudio concentran rasgos epistémicos que se los puede considerar como focos claves para entender la interseccionalidad en la salud, adicionando factores socioculturales y demográficos como la clase, el género y la etnia. Sin embargo, interesa en este documento, revisar la definición de ética desde una proyección hacia los posibles dilemas bioéticos en salud y su planteamiento en el terreno epistémico de la interculturalidad.

La ética como extensión de la filosofía nos permite reflexionar sobre la conducta del ser humano, por ende, sus valores, principios, virtudes y predisposiciones morales. Dicha reflexión se ve influida por factores propios de la historia de una persona como su proceso educativo, las manifestaciones culturales de su entorno, así como, su identidad y las condiciones materiales para su desarrollo social.

En la obra *La República*, Platón (1997) ya enuncia una relación moral entre razón, espíritu y apetito para referirse a la justicia como la idea de equilibrio y convivencia social. Bajo esta premisa, las acciones sociales están siendo intermediadas por el sentido ético de lo que puede ser bueno y lo que

puede ser malo, correcto o incorrecto en la dimensión del proceder humano.

En todo caso, la ética “ha de ser un conjunto de normas que determinan la voluntad y la acción humana. En tanto que disciplina técnica, la ética se ocupa de situaciones prácticas y concretas, con una fundamentación racional” (Vargas, 2023, p. 174).

Desde una perspectiva antropológica, en imbricación constante con la salud, la ética permite un análisis de la conducta humana en los dispositivos de atención médica; en las formas de cuestionar la administración y manipulación de los códigos genéticos y de los cuerpos; en los procesos de eutanasia; en intervenciones médicas reconstructivas e incluso en protocolos para el manejo de la información en investigaciones con seres humanos y comités de ética. Esta variedad de énfasis en la relación de la ética con la salud es, en definitiva, una de las aristas que orienta este escrito y que se detalla en las siguientes líneas.

Tomando como referencia experiencias investigativas previas, se plantea una serie de reflexiones y apuntes claves que parten desde la Antropología, atraviesan la salud y recaen sobre el concepto de bioética (Luna & Macklin, 1996; Lolas, 1998; Kottow, 2005; Luna & Salles, 2008), definición alimentada por los aportes de los estudios del derecho, la antropología, la filosofía, la medicina y los estudios de la cultura.

En un primer momento, hablaremos sobre la relación de la antropología con la salud y su consolidación como disciplina a lo largo de su trayectoria histórica. Posteriormente, interesa conocer el origen del concepto de ética y su derivación hacia una bioética en el campo de la antropología de la salud. Por último, se plantea una revisión a la definición de la bioética desde una perspectiva intercultural para concluir con el planteamiento de una propuesta que considere a la salud como derecho en las dimensiones de comunidad y cuidado intercultural.

Relación entre antropología y salud: su derivación en disciplina

Hablar de la relación entre la antropología y la salud es referirse, entre otras cosas, al debate contemporáneo de los diversos modos de vida y las manifestaciones de vitalidad, desde lo fisiológico, psicológico y sociocultural en permanente dilema con los intersticios modernos del ejercicio del poder, el control de los cuerpos, los protocolos de tratamientos biomédicos, la constitución de redes de cuidado y la configuración de códigos ético-morales que orientan los comportamientos y predisposiciones subjetivas de las acciones humanas.

Para comprender las dinámicas de los intersticios y los dispositivos modernos, la antropología ofrece herramientas teóricas y metodológicas para su estudio que vinculan, por un lado, diferentes corrientes epistémicas y filosóficas, y por otro, conocimientos poiéticos propios de las experiencias del padecimiento de las enfermedades.

Cuando la persona desarrolla su trayectoria de vida sin el “gesto” o síntoma de la presencia de la enfermedad, experimenta el transcurrir de una vida desatendida de las nociones de padecimiento y ausencia de armonía de vitalidad. Sin embargo, una vez percibida y diagnosticada la enfermedad

en dicha trayectoria, surge en el ser la necesidad de reconocer un estado de poiésis en su existencia a partir de la carencia de tal equilibrio. Es así como la enfermedad, por tanto, resulta ser “toda causa que haga pasar cualquier cosa del no-ser al ser” (Platón, 1988, p. 252); el paso de la no-existencia a la presencia sentida y vivida (Zambrano, 2019); una transición que conlleva el establecimiento de un nuevo sentido constitutivo de la realidad, y, por ende, de la propia identidad.

En este sentido, la presencia de la enfermedad en la historia de vida (ámbito de interés para la antropología de la salud), no solo abarca una serie de cambios a nivel biológico y fisiológico, sino que constituye la inscripción de diferentes significados y vivencias en torno a la propia identidad del ser-paciente en las adaptaciones y negociaciones del cuidado en las dinámicas relacionales familiares al interior de su propia comunidad.

Son varios los estudios etnográficos realizados en el campo de la antropología médica que no acabaríamos de mencionarlos aquí. Sin embargo, interesa de forma breve hacer un repaso al origen de una antropología de la salud (desde una óptica latinoamericana o de una medicina social para otros contextos de análisis) a fin de resaltar los vínculos epistemológicos entre estos dos campos que instauran un análisis interdisciplinario entre la salud y la antropología.

Lo primero que cabe resaltar de esta conjunción epistémica es la validación y el compromiso por plantear un escenario analítico para desentrañar las diversas formas de prácticas/dinámicas de salud al interior de un grupo social. Esto implica las formas de representación, las expresiones simbólicas, saberes ancestrales y el registro de dichos conocimientos para su transmisión y adaptación intergeneracional.

Otros factores como la constitución cultural de las enfermedades y las expresiones organizativas del cuidado son objetos en los cuales la antropología ha puesto una gran parte de su atención para organizar sus aportes y conocimientos en aras de consolidar un corpus nutrido de experiencias, relatos e historias en torno a la salud.

Durante el periodo colonial, en la vigencia de los virreinos, surge la instancia social del protomedicato, autoridad vigilante de las prácticas médicas encargada de supervisar el ejercicio y la labor médica, así como, de la orientación de la formación de los profesionales de la salud de la época.

Por citar un ejemplo, el Real Protomedicato de Lima, establecido en 1570 y conformado por un protomédico general del virreinato, era quien administraba los recursos monetarios provenientes de las primeras boticas o farmacias y de los exámenes médicos. También tenían la función de verificar la concesión de licencias y títulos para ejercer la profesión médica, pero también de barberos, boticarios y otras personas vinculadas al servicio de la salud (Rivasplata, 2024).

Sin embargo, y desde un escenario más contemporáneo, los principales aportes en cuanto a una antropología de la salud están relacionados con las primeras etnografías en el campo de la aplicación médica, tal como señala Salaverry (2017):

La moderna antropología médica comienza alrededor de los años 60 del siglo XX, a partir

del desarrollo de la antropología cultural norteamericana, en sus primeras etapas, tuvo una especial dedicación a las medicinas tradicionales. Su desarrollo posterior, sin embargo, ha estado signado por al menos dos tendencias, la primera afincada en la práctica clínica y la segunda en una perspectiva desde la antropología general. La primera de estas tendencias es la que tiene mayores antecedentes desde campos como la medicina folclórica y el estudio de los sistemas médicos populares, y es en esta forma como surge la disciplina en los países latinoamericanos, incluyendo el Perú; mientras que la segunda ha tenido un mayor desarrollo especialmente en países anglosajones, llegando, incluso, a objetar que la antropología médica se vincule con la medicina y hasta a proponer cambiar el nombre hacia Antropología de la Salud para alejarse de una supuesta innecesaria medicalización de la disciplina. (p. 165)

En América Latina, de forma particular en Centroamérica, los comienzos de la antropología médica se organizan en tres momentos. De 1920 a 1930, donde se evidenciaron los primeros trabajos biomédicos por separado, sin relevancia alguna en términos teóricos y científicos. De 1940 a 1960, en donde aparecen varios estudios notables vinculados a instituciones de salud que presentaron un primer marco teórico explicativo que influenciaría a futuro en la región.

Por último, un tercer momento que va de 1970 hasta nuestros días, en donde se evidencian respuestas a las diferentes expresiones de la salud en relación a las diversas problemáticas socioculturales a las que la antropología responde a partir de su apuesta etnográfica e interdisciplinaria (Menéndez, 1985).

A lo largo de esta última fase, muchos son los estudios etnográficos y autores en la región que han aportado desde diferentes perspectivas y disciplinas al fortalecimiento de la Antropología de la salud (propósito que no alcanzaríamos a describir en este escrito), destacando estudios etnográficos en diferentes áreas y regiones (Hirsch & Alonso, 2020; Menéndez, 2024; Estévez, et al., 2025; Lapierre et al., 2025; Ramírez Hita, 2009) que visibilizan la importancia y el progreso en este campo de estudio.

La breve revisión histórica del surgimiento, inevitablemente nos lleva a preguntarnos, cuáles fueron los intereses investigativos de la antropología médica en sus inicios y a lo largo de estos años, sobre todo a partir de la tercera etapa antes descrita, en la cual, según la revisión bibliográfica realizada por Menéndez (2018), durante el lapso de 1990 al 2015. se han desarrollado en la región veinte categorías de estudio antropológico de la salud:

Alimentación/desnutrición; 2) autoatención/grupos de autoayuda/cuidadores; 3) biomedicina e instituciones biomédicas (incluyendo la industria químico/farmacéutica); 4) cuerpo, subjetividad; 5) curadores tradicionales; 6) emociones, sufrimientos; 7) enfermedades crónico-degenerativas; 8) enfermedades infectocontagiosas (incluye VIH-sida); 9) enfermedades mentales incluidas "adicciones"; 10) enfermedades tradicionales; 11) epidemiología sociocultural; 12) estudios de género y salud; 13) medicinas alternativas y/o complementarias; 14) migración y procesos de s/e/a-p; 15) modelos de atención de la salud, pluralismo médico; 16) poder y procesos de s/e/a-p; 17) políticas públicas y políticas de salud (incluyendo derechos humanos); 18) salud intercultural; 19) salud reproductiva y 20) violencias. (p. 464)

La antropología médica o de la salud plantea una crítica a los dispositivos y protocolos de medicalización, así como a la industria en torno a la mercantilización de la salud en dinámicas financieras que facultan las condiciones de privatización de estos servicios.

La antropología (muchas veces por medio de estudios etnográficos en comunidades de salud y en el acompañamiento a las redes primarias de cuidado) aporta al develamiento de las desigualdades sociales, la determinación de inequidades en el acceso a la salud, las tensiones en las relaciones de poder por el posicionamiento de un discurso biomédico que minimiza el valor comunitario de los saberes ancestrales de varias comunidades indígenas y, además, promueve el estudio interdisciplinario de los procesos de implementación valorativa y subjetiva de sistemas biomédicos propios de una corriente biotecnológica.

Para complementar la relación antropología-salud, es importante revisar el debate bioético en este campo partiendo del concepto fundamental de ética y sin perder de vista el enfoque interpretativo y valorativo que la antropología y la salud conjugan para propiciar el debate en torno a sus dilemas actuales.

La discusión bioética en el campo de la antropología de la salud

Desde una definición clásica de la ética (alimentada por reflexiones de la filosofía y el Derecho) en torno a la reflexión racional sobre la conducta humana basada en las categorías normativas sobre el bien, la virtud y el deber, surge la necesidad de trasladar su definición filosófica al campo de la bioética para explicar el sentido de lo “*bio*”, es decir, los registros epistémicos sobre la vitalidad en su dimensión biológica y sus imbricaciones con la salud y la antropología.

En primer lugar, la bioética va a tener una dimensión inter y multidisciplinaria en la que confluyen “la ciencia, la tecnología, las ciencias de la salud, la ética, el derecho, la educación, el medio ambiente, la economía, la política, la sociología”, con el fin de encontrar las respuestas a diferentes problemáticas o dilemas intrínsecos a la humanidad y su naturaleza constitutiva, con un fuerte “interés común por los aspectos éticos, los valores, los principios y virtudes, que problematizan la vida y la identidad, la integridad y la libertad, la atención y el bienestar de las personas y grupos comunitarios de la región” (Cardona, 2010, p. 244).

Bajo esta orientación conceptual, la bioética puede ser considerada como una construcción social al igual que su predecesora, cuya trayectoria de evolución y cambios, está muy ligada a los diferentes episodios de transformaciones sociales, políticas, culturales y científicas de la humanidad. Eventos como el holocausto nazi, el apartheid, la esclavitud, las dictaduras, guerras e invasiones, entre otros, se convierten en insumos valorativos y éticos para reflexionar y replantear la necesidad elemental de regular la conducta humana en situaciones de crisis, conflicto o vulneración al interior de la convivencia social.

Los inicios de la bioética en América Latina tienen su referente en la bioética norteamericana, vinculada a los procesos de instauración de una práctica biotecnológica caracterizada por una “visión médica individualista y utilitarista”, la misma que se refuerza con expresiones culturales y rasgos

coloniales de “una moral heterónoma católica, con una tradición médica, hipocrática y paternalista” (Cardona, 2010, p. 245).

En el siglo XX, los dilemas éticos se ven marcados de forma exponencial por los grandes cambios y avances de la ciencia, sobre todo, por parte de la (bio)tecnología, disciplina que basa sus estudios en la materia biológica y en organismos vivos con la finalidad de aplicar la tecnología para mejorar la calidad de vida en diferentes campos de estudio, tales como, la industria farmacéutica, la genética, la agricultura, la biomedicina, entre otras.

En el ámbito de la antropología de la salud (que como vemos, tiene una implicación directa con el debate bioético contemporáneo), la bioética tiene un prisma sociocultural que permite indagar e interpretar problemáticas que la propia biomedicina deja de percibir por su sesgo cientificista. Sin embargo, la tendencia actual ha comprometido un análisis bioético riguroso en diferentes procedimientos y aplicaciones técnicas de las ciencias de la salud en concordancia con los principios éticos y deontológicos de las profesiones médicas.

Resaltando el enfoque social de la bioética en el campo de la salud, uno de los conceptos articuladores del discurso bioético es el de dignidad humana como valor intrínseco del ser humano, el mismo que determinará al interior del debate la importancia de los protocolos médicos por el respeto de dicha dignidad e integridad en el reconocimiento de valores, principios, creencias y expresiones culturales de la persona.

Los dilemas éticos identificados en el campo de la salud desde una perspectiva antropológica, también nos remite a la discusión de la bioética en el servicio de salud público, cuyo análisis bioético, evidencia la tensión entre el ser individual en sus dinámicas como portador de autonomía y el ser social como ente supeditado a dinámicas colectivas de convivencia.

Recordemos que la ética médica, ceñida a la práctica clínica, “ha ido definiendo valores o principios que permiten ordenar el debate y orientar las decisiones” al interior de la discusión social sobre bioética en salud¹. Dicha discusión destaca que “la salud pública transforma el cuerpo individual como objeto de la salud, en un cuerpo socializado y en un cuerpo social normalizado” (Darras, 2004, p. 228), producto de lo cual se genera una tensión entre los valores que dan paso al dilema ético.

Para ejemplificar el dilema, tomando como referencia el principio de no maleficencia, Darras (2004) expone:

el principio de no maleficencia que sustenta la prohibición de fumar en espacios públicos, para no comprometer la salud de los no fumadores, se opone al principio de autonomía, que lleva a tomar en cuenta la opción de los fumadores para dar curso a una necesidad propia. En un modo similar, la reciente epidemia de SARS volvió a manifestar que una medida de cuarentena, decidida bajo un principio de protección del conjunto de la sociedad, limita la libertad de movimientos de las personas afectadas y, eventualmente, las estigmatiza. (p. 228)

¹ En el campo de la ética médica, los valores y principios en cuestión son: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia. Según Darra “[c]uando se aplican a los individuos estos principios no se oponen entre sí; al contrario, se complementan en una mirada amplia del respeto que merecen las personas en el momento de buscar y recibir atención médica” (2004, p. 228).

La justificación a la tensión bioética en el ejemplo anterior tiene su razón de ser en el reconocimiento sociohistórico de que los dilemas éticos no tienen una sola vía de resolución, sino un abanico de posibles deliberaciones que toman en cuenta a múltiples voces, sensibilidades, interpretaciones, percepciones, subjetividades y modos de vida, anclados a valores ético-morales propios de un contexto sociocultural en donde se producen y se reproducen los significados del dolor, el padecimiento y los dramas de la enfermedad.

La bioética, desde esta perspectiva social (por demás antropológica), establece una raíz de conexión fuerte con las expresiones y causas de una medicina social o salud colectiva en torno a un sinnúmero de debates sobre el derecho, acceso, cobertura y equidad en salud. Desde esta perspectiva se destaca la configuración de una bioética con un fuerte compromiso social basado en la exigibilidad y cumplimiento de los derechos humanos.

En la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (UNESCO, 2005) se establecen principios claves para dimensionar y comprender la deliberación en torno a la bioética en los escenarios contemporáneos, entre ellos: la dignidad humana y los derechos humanos; la autonomía y la libertad individual; el respeto a la vulnerabilidad humana y la integridad personal; la privacidad y la confidencialidad; la igualdad, la justicia y la equidad; el respeto a la diversidad cultural y la protección de las generaciones futuras, entre otros.

Es claro evidenciar que, de acuerdo con esta configuración valorativa que plantea la Declaración en mención, se refuerza la empresa de trasladar la deliberación bioética del plano individual (principio de autonomía) al escenario de los grandes dilemas sociales y problemáticas que aquejan a la humanidad y la salud, pero ahora, desde el prisma de la colectividad (principio de justicia social).

Hablar de una bioética intercultural remite a interrelacionar los principios en mención con elementos contemporáneos claves para la deliberación bioética actual, alineados con la posibilidad de entender el concepto de interculturalidad en el campo de la antropología de la salud.

En el contexto latinoamericano, los estudios sobre experiencias de vulnerabilidad, redes de apoyo y cuidado, así como, factores de análisis interseccional, intersubjetividades y agencias de pacientes y sus comunidades, se convierten en derroteros para levantar críticas al modelo biomédico hegemónico y comprender las relaciones de poder existentes en los dispositivos de salud como la cita médica (España, 2019), pero también en formas de dominación simbólica y cultural a partir de las diferentes expresiones de poder que administran y regulan los cuerpos de los pacientes.

A manera de conclusión: apuntes para una bioética intercultural

La atención que la bioética instala en las diferentes problemáticas sociales es el punto de partida para comprender los dilemas éticos desde una dimensión colectiva que se suscita al interior de las estructuras, superestructuras sociales y culturales de la vida cotidiana.

La dimensión intercultural al interior de la deliberación colectiva se convierte en un eje clave para articular principios elementales de la bioética con nociones (inter)culturales como la diversidad,

justicia social, diálogo de saberes, entre otras, para entender no solo una versión de la deliberación, sino varias formas articuladas en torno a las desigualdades sociales, históricas, culturales, simbólicas e incluso las economías comunitarias en las dinámicas de la salud y el cuidado.

Los principios éticos que la práctica clínica ha originado desde las interacciones biomédicas son insuficientes frente a los códigos ético-morales de la sociedad y frente a los valores y principios comunitarios de pueblos y nacionalidades indígenas, en virtud de que se sustentan en la relación médico-paciente.

Desde una perspectiva de la antropología de la salud, el dispositivo de la relación médico-paciente revela las relaciones de poder en la manipulación del cuerpo, su identidad, sus miedos y sus sensibilidades frente a la supervisión y auscultación médica; se convierte en un espacio de encuentro para la construcción de una nueva realidad en torno al tratamiento de la enfermedad y como medio de construcción de procesos de coautoría en las formas de constitución de nuevas percepciones subjetivas de los sujetos-pacientes (España, 2019).

El enfoque intercultural en el campo de la salud plantea el análisis de las prácticas médicas desde el ámbito de una cultura y sus conocimientos situados, es decir, de prácticas que abogan por el reconocimiento de un saber ancestral, simbólico y comunitario, pero también la necesidad de identificar y visibilizar las incongruencias entre un sistema biomédico convencional y sus asimetrías con los saberes ancestrales.

Considerando la explicación de Eroza & Carrasco (2020), la aplicación de las nociones interculturales en el campo del sistema de salud convencional nos conduce a comprender que:

se ha observado que su aplicación tiene como principal función justificar acciones gubernamentales relacionadas con la implantación de los servicios médicos en ámbitos indígenas o una manera de situar a los propios indígenas en un plano de conformismo ante la ineficiencia de los servicios sanitarios (...) Han persistido limitantes de varios tipos, entre las que destaca el hecho de que, por lo general, los profesionales en salud nunca han validado la eficacia de las prácticas de los sanadores indígenas, postura en la que también subyace el racismo (...) Las principales críticas señalan que la noción de interculturalidad basada en la medicina tradicional omite la necesidad de mejorar las condiciones de vida de poblaciones indígenas; que si bien reconoce la diversidad, pretende a la larga la homogeneización para convivir dentro de un contexto global, ajustado a una sola lógica de progreso. (p.114)

Así, el escenario aparece complejo para una “convivencia” de saberes, a sabiendas de que en los últimos años se ha propiciado un amplio campo de estudios decoloniales, inclusive para el caso de la bioética médica. Esta corriente busca “desempotrar” el posicionamiento de un discurso biomédico hegemónico basado en relaciones de poder y colonialismo, por medio de diferentes voces y posturas (no solo académicas, sino también del sector social) para facultar el terreno propicio de la autodeterminación y protección de los conocimientos ancestrales.

Alcanzar el propósito decolonial implica asumir el principio de autonomía como pilar de la deliberación

bioética, asociando nociones de libertad, voluntad propia o autogobierno. Según Honorato et al., (2022), la práctica de una “ética colonialista” en las dinámicas de salud intercultural, “presupone que los pueblos dominados son cognitivamente inferiores e incapaces de decidir sobre su vida, su futuro y sus problemas, y corresponde al dominador tomar estas decisiones” (p. 376).

La propuesta para una salud intercultural, por ende, una deliberación centrada en la ética basada en valores culturales, considera que “las cuestiones indígenas y las instituciones del Estado se organizarían en un trabajo sistemático para engendrar nuevos contextos jurídicos y administrativos más adecuados a los desafíos actuales”, y por otro lado también prioriza “la presencia de agentes indígenas de salud en los equipos multiprofesionales que atienden a las comunidades” (Honorato, 2022, p. 379).

En un contexto normativo, la interculturalidad como categoría epistemológica faculta la deliberación entre los significados de las cosmovisiones indígenas y los valores biomédicos vigentes en los protocolos del sistema de salud para contextualizar la aplicación de una bioética intercultural que permita diseñar protocolos dialogados, consultados, y que resguarden saberes ancestrales por medio del cuidado como práctica cultural, relacional e intergeneracional.

Como sabemos, la incorporación de este enfoque intercultural depende de la implementación de políticas públicas de salud en sus diferentes ámbitos de promoción, prevención y atención de salud a la luz de la relación entre ética y cultura. En este sentido, los factores de los determinantes sociales de salud y la problemática de las desigualdades económicas, sociales, de clase, género y etnia, conducen el debate bioético intercultural hacia repensar las grandes brechas existentes en los procesos sociales, culturales e históricos de vulneración y desposesión de los conocimientos de salud intercultural.

Como se dijo anteriormente, la bioética intercultural va a caracterizarse por su énfasis interdisciplinario, multicultural y crítico a los modelos y sistemas médicos hegemónicos; es también una orientación disciplinaria que “no puede ser simple herramienta para combatir opresiones o imponer ideologías” (Lolas, 2017a, p. 211) porque corre el riesgo de ser politizada, burocratizada y puede suceder que su carácter intercultural pase desapercibido debido al poder que representa al interior de espacios de toma de decisiones en ámbitos biomédicos, culturales, ambientales, clínicos (comités de ética), genéticos, agroecológicos, entre otros (Lolas, 2017a).

Un factor adicional que se incorpora al análisis y guarda una estrecha relación con la discusión bioética es la dimensión de la identidad cultural en contextos demográficos y socioculturales de salud. Las poblaciones expresan sus discursos históricos y comunitarios desde una matriz identitaria en cuyo seno radican valores éticos vinculados a las diferentes prácticas y dinámicas sociales.

Una de estas prácticas en común es la salud y sus diferentes manifestaciones bioéticas de cuidado y sanación. Según los postulados de Lolas (2017b), el discurso bioético en Latinoamérica es un “producto occidental” que se caracteriza porque

deriva de una cultura eminentemente cristiana y secular. Las variantes religiosas de este

discurso reiteran dogmas y creencias. Las formas laicas destacan la autonomía de las personas y los principios democráticos y siempre propone normas de conducta para individuos supuestamente autónomos. (p. 33)

Las tensiones que puedan surgir en torno a dilemas bioéticos en poblaciones y comunidades como la eutanasia, el parto, muerte cerebral, reconstrucciones quirúrgicas de órganos genitales, cuidados paliativos, reproducción asistida, ajusticiamiento indígena por mano propia, manipulación genética, entre otros, siempre van a estar mediadas por determinaciones culturales de sus miembros en el plano individual, colectivo y en la manifestación de la otredad.

En este sentido, el referente epistemológico apropiado para debatir la incidencia de la cultura en deliberaciones bioéticas es aquel que nos permite entenderla como

modo de ser en el mundo inspirado por fines, explícitos o implícitos, que delinean la persona modélica que debiera existir. Un modo de sentir, pensar y actuar que influye sobre las personas y determina su actuar, arraigado en usos y costumbres. (Lolas, 2017b, p. 33)

Una cultura creada y sostenida por el sentido valorativo de quien pervive y subsiste en torno a las propias representaciones simbólicas, ancestrales y cosmogónicas vinculadas a la práctica de complementariedad de saberes y diversidad intercultural.

Desde esta definición de cultura, que plantea el análisis de los modos de existencia del ser humano en convivencia con la salud, la antropología surge como el escenario para propiciar el debate contemporáneo de la bioética en el campo de la salud y, con ello, una mirada crítica a las posturas interdisciplinarias encargadas de orientar la deliberación actual.

Los dilemas que enfrenta la bioética intercultural giran en torno a que se ha dado poca importancia a la reflexión cosmogónica para encontrar soluciones y priorizar procedimientos técnicos y protocolarios propios a la realidad ética de los sujetos y los pueblos. En esta misma línea, otra problemática que se identifica es la puesta en duda de la presencia y del discurso del sabio interlocutor (*yachay*); un problema ligado a la falta de reconocimiento de la voz del “otro” a partir del sentido de autonomía y dignidad de la persona.

No menos importante y al mismo tiempo urgente es la ausencia de una reflexión filosófica y antropológica sobre el tema, en virtud de “proteger la identidad del ser humano en su realidad más íntima, frente al riesgo de deshumanización que comportan una ciencia y una técnica que tienden a ser consideradas como criterio exclusivo de conocimiento y de fundamento inmediato para la toma de decisiones” (Yunta, 2009, p. 4). Desde la antropología, la búsqueda del conocimiento sensible basado en la experiencia, en los afectos, las emociones y los cuidados, se convierte en la deriva necesaria para la generación de saberes no exclusivos de la ciencia y la técnica.

Tampoco podemos dejar de mencionar que en Ecuador (territorio desde donde se ha reflexionado e investigado los insumos experienciales y epistémicos necesarios para esta contribución) hace falta una oferta académica de especialización o maestría en el campo de la antropología de la salud². La

² En la rama de la bioética, la Pontificia Universidad Católica del Ecuador mantiene vigente la aprobación de la Maestría en Bioética cuya malla

carencia en la generación de programas de posgrados en antropología de la salud y bioética refleja la ausencia de un interés social en la demanda y pertinencia para la formación interdisciplinaria en humanidades y ciencias sociales, en un contexto cada vez más tecnificado en el que las relaciones sociales y mercantiles han convertido a las expresiones sensibles en datos estadísticos para la *big data*.

Referencias

- Cardona Ramírez, C. (2010). El desarrollo de la bioética en Latinoamérica y el aporte desde el franciscanismo. *El Ágora USB*, 10(1), 243–248. <https://doi.org/10.21500/16578031.369>
- Darras, C. (2004). Bioética y Salud Pública: al cruce de los caminos. *Acta bioethica*, 10(2), 227–233. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2004000200010>
- Eroza-Solana, E. & Carrasco-Gómez, M. (2020). La interculturalidad y la salud: reflexiones desde la experiencia. *LiminaR*, 18(1), 112–128. <https://doi.org/10.29043/liminar.v18i1.725>
- España Bustos, R. (2019). Aproximaciones antropológicas de la biomedicina desde un enfoque intercultural de la cita médica. *Antropología Cuadernos de Investigación*, (22), 74–84. <https://doi.org/10.26807/ant.v0i22.225>
- España Bustos, R. (2020). Antropología y Salud: El trasplante de órganos desde una perspectiva antropológica. *Revista de La Facultad De Ciencias Médicas*, 45(1), 5–14. <https://doi.org/10.29166/rfcmq.v45i1.2669>
- España Bustos, R. (2022). *Repensar los afectos en la experiencia de enfermedad: una aproximación antropológica a la enfermedad crónica*. [Tesis de maestría, FLACSO-Ecuador]. <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/18456>
- Estévez, M., Moreno, F., Ayllón, E., y Díaz-Guerra, A. (2025). Estudio etnográfico del suicidio de los tikuna en la ribera colombiana del Amazonas (2008-2016): Análisis de riesgo según conexión con las ciudades, edad y sexo. *Acta Colombiana de Psicología*, 28, 1–19. <https://doi.org/10.14718/ACP.2025.28.4>
- Hirsch, S. & Alonso, V. (2020). La emergencia de la diabetes en una comunidad tapiete de Salta: Género, etnicidad y relaciones con el sistema de salud. *Salud colectiva*, 16, 1–15. <https://dx.doi.org/10.18294/sc.2020.2760>
- Honorato, M., Oliveira, N. de, Domingues, R., Cremaschi, R., Santos, F., & Cordero da Silva, J. (2022). Principio bioético de la autonomía en la atención a la salud indígena. *Revista Bioética*, 30(2), 373–381. <https://doi.org/10.1590/1983-80422022302533ES>
- Kottow, M. (2005). Bioética y biopolítica. *Revista Brasileira de Bioética*, 1(2), 110–121. <https://doi.org/10.26512/rbb.v1i2.8065>
- Lapierre-Acevedo, M., Moctezuma-Balderas, A., & Romualdo-Pérez, Z. (2025). Mujeres indígenas y prácticas de cuidado hacia infancias con discapacidad en México y Chile. *Íconos - Revista De Ciencias Sociales*, 82, 15–32. <https://doi.org/10.17141/iconos.82.2025.6462>
- Lolas, F. (1998). *Bioética. El diálogo moral en las ciencias de la vida*. Editorial Universitaria.
- Lolas, F. (2017a). Bioética: interdisciplinariedad, interculturalidad, interdiscursividad. *Acta bioethica*, 23(2), 211–212. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2017000200211>
- Lolas, F. (2017b). Hacia una bioética cultural. *Bioethics Update*, 3(1), 32–44. <https://doi.org/10.1016/j.bioet.2017.01.002>
- Luna, F., & Macklin, R. (1996). Bioethics in Argentina: A country report. *Revista Bioethics*, 10(2), 140–153.

curricular incluye módulos sobre Ética Social y Ambiental, Ética de la Relación Clínica, Ética del Origen y Final de la Vida, y un enfoque de la bioética de la intervención socioambiental. Para mas informacion sobre el programa de la PUCE consúltese la siguiente direccion: https://www.puce.edu.ec/landing-maestria-en-bioetica/?unidad_negocio=PUCE%20Quito&categoria_programa=Posgrado&programa_academico=Bio%C3%A9tica%20-%20H%C3%ADbrida&modalidad=H%C3%ADbrida&periodo=2024-01

<https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.1996.tb00113.x>

- Menéndez, E. (2018). Antropología médica en América Latina 1990-2015: Una revisión estrictamente provisional. *Salud Colectiva* 14(3), 461-481. <https://doi.org/10.18294/sc.2018.1838>
- Menéndez, E. (2024). De hegemonías, subalternidades y posibles contrahegemonías: El caso de la medicina tradicional de los pueblos indígenas de México. *Salud Colectiva* (20)20. <https://doi.org/10.18294/sc.2024.4843>
- Menéndez, E. (1985). Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina. *Nueva Antropología*, VII(28), 11-28. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15972803>
- Platón. (1988). *Diálogos vol. III. Fedón. Banquete. Fedro*. Gredos.
- Platón. (1997). *La República*. Panamericana Editorial.
- Ramírez Hita, S., (2009). Políticas de salud basadas en el concepto de interculturalidad: Los centros de salud intercultural en el altiplano boliviano. *Avá. Revista de Antropología*, (14), 1-28. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169013838010>
- Rivasplata, P. (2024). La labor del Protomedicato en la salud pública en el Virreinato del Perú. *Cultura De Los Cuidados*, 68, 189–200. <https://doi.org/10.14198/cuid.26145>
- Salaverry, O. (2017). Antropología de la salud: Una mirada actual. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud* (34)(2), 165-166. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.342.2988>
- UNESCO. (2005). *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180>
- Vargas Bejarano, J. (2023). Husserl, E. (2020). Introducción a la ética. (M. Chu, M. Crespo & L. R. Rabanaque, Eds.). *Trotta. Estudios De Filosofía*, (67), 173–179. <https://doi.org/10.17533/udea.ef.348533>
- Yunta E. (2009). Temas para una Bioética Latinoamericana. *Acta Bioethica*, 15(1), 87–93. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2009000100011>
- Zambrano, M. (2019). Las nociones de poiesis, praxis y techné en la producción artística. *Índex, revista de arte contemporáneo*, (7), 40-46. <https://doi.org/10.26807/cav.v0i07.221>

Cuerpos al margen: violencia simbólica y discursos en torno al consumo de pasta base de cocaína en Quito

Bodies on the margins: Symbolic violence and discourses surrounding cocaine base paste consumption in Quito

Ana Guerrón Villaverde¹  

¹ Universidad de Coimbra - PORTUGAL

DOI: <https://doi.org/10.26807/raci.V31.2025.371> | Páginas: 23-41

Fecha de envío: 02-10-2025 | Fecha de aceptación: 22-10-2025 | Fecha de publicación: 31-12-2025

Resumen

En este artículo se analizan los mecanismos a través de los cuales se mantiene la violencia simbólica entre personas que consumen pasta base de cocaína (PBC). Para ello, utilizo el Análisis Crítico del Discurso (ACD) y comparo tres tipos de textos con discursos que representan a la persona consumidora de PBC, enfocándome sobre todo en los imaginarios que giran en torno al cuerpo y la corporalidad. Busqué reconocer un tipo de discurso más oficial al usar textos de artículos de prensa y guías elaboradas por el CONSEP (la institución gubernamental que estuvo encargada del control y la prevención del uso de sustancias estupefacientes); y aquellos que representaron el discurso no oficial, textos de entrevistas realizadas a personas consumidoras de PBC. En todos estos discursos me interesaba encontrar elementos comunes de cómo eran imaginados sus cuerpos y las corporalidades. Concluyo que existe un “reciclaje discursivo”, en el que muchas de las representaciones oficiales que posicionan a las personas consumidoras como víctimas, enfermas, delincuentes o en lo más bajo de la jerarquía social son reutilizadas y aceptadas, muchas veces, por los/as mismos/as consumidores/as de PBC. Este reciclaje muestra una internalización de estos discursos, se establecen como un destino ineludible. Así, quienes consumen naturalizan y se vuelven partícipes de la violencia simbólica en la que están inmersos, perpetuando la marginalidad y reproduciendo la exclusión de la que son sujetos.

Palabras clave: Consumo de drogas, análisis crítico del discurso, violencia simbólica, cuerpo, corporalidad, imaginarios, marginalidad.

Abstract

This article analyzes the mechanisms through which symbolic violence is maintained among people who use cocaine base paste (CBP). To do so, I use Critical Discourse Analysis (CDA) and compare three types of texts with discourses that represent CBP users, focusing primarily on the imaginaries that revolve around the body and corporeality.

I sought to identify a more official type of discourse by using texts from press articles and guides produced by CONSEP (the now extinct government institution that was responsible for the control and prevention of narcotic substance use); and those that represented unofficial discourse, texts from interviews with PBC users. In all these discourses, I was interested in finding common elements in how their bodies and corporeality were imagined.

I conclude that there is a “discursive recycling” in which many of the official representations that

position consumers as victims, sick, criminals, or at the bottom of the social hierarchy are reused and accepted, often by PBC consumers themselves. This recycling shows an internalization of these discourses, which are established as an inescapable fate. Thus, those who consume naturalize and become participants in the symbolic violence in which they are immersed, perpetuating marginalization and reproducing the exclusion to which they are subjected.

Keywords: Drug consumption, critical discourse analysis, symbolic violence, body, embodiment, social imaginaries, marginality.

Introducción

Este artículo parte de mi trabajo de tesis de maestría titulado “Discursos en torno al cuerpo de los jóvenes consumidores de pasta base de cocaína en Quito” (Guerrón, 2016), en el cual realicé un análisis crítico del discurso mediante la comparación de tres tipos de textos relacionados con personas jóvenes consumidoras de pasta base de cocaína (PBC). Concluí que los discursos, además de contribuir a la construcción de imaginarios¹, también afectan directamente al cuerpo, corporalidad y prácticas de quienes consumen pasta base de cocaína (PBC) en Quito. Durante la realización de esa investigación, tanto a nivel teórico como durante el trabajo de campo, siempre estuvo presente y de manera determinante el tema de la violencia, de ahí que me haya interesado tratarlo específicamente en este artículo y que mi objetivo sea conocer cómo se expresa y mantiene la violencia simbólica en el contexto de marginalidad de las personas consumidoras de PBC.

Aún si mi trabajo de tesis fue realizado en el año 2015 usando datos recolectados intermitentemente a través de los años (2006-2015) y es posible que los discursos actuales varíen, confío en que el análisis y las conclusiones teóricas continúan siendo muy relevantes para la exploración del tema del consumo de sustancias. De esta manera, los textos analizados provienen del periódico El Comercio (prensa); de lo que fue el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacentes y Psicotrópicas CONSEP (institución estatal) y finalmente de grupos focales, entrevistas grupales e individuales a personas consumidoras. Sobre estos últimos datos quisiera aclarar que mi trabajo no fue un análisis diacrónico y que más bien busqué identificar discursos recurrentes que evidenciaban la persistencia de algunos imaginarios. La idea principal de este artículo es que los discursos oficiales (representados por el CONSEP y El Comercio) y aquellos no oficiales (de los consumidores de PBC) tienen elementos en común que son expresados en la representación de la persona consumidora y que, además, la legitiman como un cuerpo excluido. Estas representaciones serían internalizadas por las personas consumidoras, quienes no solo se someterían, sino incluso contribuirían a perpetuar su marginalidad mediante mecanismos de violencia simbólica.

En mi trabajo de tesis realicé un ejercicio de comparación entre varios tipos de discursos que analicé en torno al tema del cuerpo y la práctica de consumo, utilizando la metodología del análisis crítico del discurso (ACD), que propone entender los hechos discursivos conectados a los procesos sociales

¹Uso este concepto de acuerdo con Castoriadis, según quien los imaginarios sociales son procesos de creación de significaciones de cada sociedad, que a su vez fabrican esquemas que condicionan la manera de representar (Cabrera, 2004, p. 7). Los imaginarios “crean un mundo propio para la sociedad considerada, son en realidad ese mundo (...). Crean así una ‘representación’ del mundo, incluida la sociedad misma y su lugar en ese mundo” (Castoriadis, 1997, p. 9). Además de aglomerar significaciones también dan sentido.

y a las relaciones de poder (Pardo, 2002, p. 23). Para Theo van Leeuwen, también es necesario mirar al contexto cuando se realiza un ACD, por eso entiende el discurso como una práctica social recontextualizada y, por tanto, “todos los textos, todas las representaciones del mundo y lo que está pasando en él, por abstractas que éstas sean, deberían ser interpretadas como representaciones de prácticas sociales” (van Leeuwen, 2008, p. 5). Una práctica social puede ser representada de diversas maneras según el contexto (recontextualización) y al hacerlo se la resignifica, se la transforma. Metodológicamente, el proceso del ACD propuesto por van Leeuwen plantea la distinción de participantes, acciones, modos de ejecución, entre otros elementos, que permiten involucrarse y comprender la práctica social.

En este artículo realizaré mi análisis desde el enfoque de la violencia simbólica y la marginalidad. Para ello, trataré brevemente los principales conceptos teóricos con los cuales examinaré los resultados de mi tesis. Luego, distinguiré cuáles son los elementos relacionados con la marginalidad que parten del discurso oficial y se reciclan en el discurso de los consumidores. Esto me permitirá esquematizar de manera general, cuál es la representación que se ha naturalizado alrededor de los consumidores y su práctica. Espero, de esta forma, entender cómo los consumidores de PBC son partícipes de la violencia simbólica, expresada y mantenida en la marginalidad en la que se encuentran.

Los textos analizados provienen, como ya he mencionado, de tres fuentes. Una es el CONSEP, con documentos oficiales de prevención, informes estadísticos y una guía escrita para los técnicos de esa institución, todos publicados hasta el año 2013. Elegí estos textos ya que en aquel entonces eran los documentos que mejor permitían acercarse a la manera en la que se ejercía la política sobre consumo de drogas en el Ecuador.² Otra fuente fueron los artículos de prensa, que según van Dijk, “contribuyen [...] a la reproducción del poder en la sociedad” (2007, p. 179).³ Más específicamente, son seis artículos de El Comercio,⁴ publicados entre el 2010 y el 2015, que trataban el tema desde su aspecto social y no relacionado con el narcotráfico. Finalmente, están los textos de vivencias, percepciones y trayectorias del consumo que contienen los discursos de los y las consumidoras de PBC y que crean contraste con los discursos oficiales.⁵

Claves teóricas para comprender el consumo de drogas: cuerpo, *habitus* y violencia simbólica

Como antecedente para estudiar el tema del consumo de drogas es fundamental entenderlo no solo como una dependencia psicológica sino también como una práctica ligada a una serie de factores sociales y estructurales que, por cierto, son los que me interesan en este artículo. Escohotado

2 Durante el gobierno de Lenin Moreno, esta institución que ya se había transformado en la Secretaría General Técnica de Drogas (SETED) fue eliminada. Actualmente, el Ministerio del Interior asumió algunas de sus funciones, sobre todo en temas de control, vigilancia y denuncia. En este ensayo no se tomarán en cuenta estos cambios, sino los documentos que fueron publicados por la institución hasta el 2013. Al respecto, sería muy interesante y queda pendiente analizar diacrónicamente cómo han influido este cambio de instituciones y políticas sobre los discursos de quienes consumen sustancias ilícitas.

3 El autor citado dice que “las estructuras de la sociedad, la postura de las instituciones noticiosas que están dentro del orden dominante y las prácticas periodísticas de elaboración de noticias están todas entrelazadas intrínsecamente” (van Dijk, 2007, p. 179).

4 Aunque este medio en aquel entonces no era el de mayor tiraje, fue elegido porque era el único que tenía artículos que se alejaban de una perspectiva sensacionalista o exclusivamente relacionada con el narcotráfico. Además, tenía una amplia cobertura y trayectoria en Quito. Actualmente, este medio ya no tiene una versión física, estuvo inactivo durante una larga temporada y ha retomado una presencia digital.

5 Estos textos fueron entrevistas grupales y grupos focales (2006, 2012 y 2015) hechas a jóvenes residentes en el norte de Quito, en su mayoría de clase socioeconómica baja, consumidores de pasta base de cocaína de entre aproximadamente 15 y 45 años, que tuvieron o tenían en aquel entonces una relación cercana con esta droga, así como una trayectoria de consumo. Las entrevistas del 2015 las realicé en el barrio de La Mariscal (Quito) con jóvenes que estaban en situación de calle en ese momento o habían estado en el pasado. Los grupos focales y las entrevistas grupales estaban compuestos exclusivamente de hombres cuyas edades variaban entre los 15 y 45 años y se realizaron en centros de rehabilitación (en el año 2006) en el marco de una investigación llevada a cabo por la PUCE y FIUC como prospección para el diseño de un proyecto de investigación. Estos centros tenían un bajo costo y un enfoque religioso como parte del proceso de rehabilitación. Los participantes fueron muy abiertos y fluidos para participar, seguramente por la dinámica terapéutica en la cual estaban involucrados, de ahí que, aunque me refiero a la técnica de investigación usada en general como grupos focales, en muchos casos fueron más entrevistas grupales, conformadas por pocos participantes y en las que hubo tiempo para detenerse en el relato personal de cada participante.

(1995, 2004a, 2004b) por ejemplo, plantea que la relevancia, el uso y la valoración de cada droga están íntimamente atadas a un proceso histórico y cultural y, por lo tanto, varía según el grupo social y su estructura. Este planteamiento da pie a una serie de consideraciones necesarias para este análisis, ya que permite entender este fenómeno situado desde un contexto específico y no desde una generalización en la que se aceptaría que el consumo de una u otra droga es igual para todas las personas. Varios/as autores/as (Álvarez, 2014; Andrade, 1992; Ayerbe & Salao, 2008; Epele, 2010; Guerrero, 1998; Guerrón, 2012; Sepúlveda, 1997; Tenorio, 2002) que han investigado el tema en América latina incluso plantean que el uso de drogas se convierte en un punto de socialización, encuentro y de construcción de cuerpos e identidades al ser sustancias que proveen de sentidos y experiencias comunes a quienes las consumen. Entender el consumo ya no como una acción deliberada, irracional, ni como la mera satisfacción de un deseo, sino como un escenario desde el cual se construye subjetividad permite alejarse de un enfoque que solamente *fetichiza* la sustancia para darle más agencia a quien consume y entender la problemática desde dimensiones múltiples.

Aquí conviene adentrarse en la categoría del cuerpo, considerada no solo desde los aspectos biológicos, sino simbólicos. Como plantea Le Breton, el cuerpo es “el soporte material, el operador de todas las prácticas sociales y de todos los intercambios entre los sujetos” (1995, p. 122), es moldeado también a través de la socialización, de la relación que mantenemos con los otros. De la misma forma se construye su dimensión simbólica: la corporalidad, que engloba los estados emocionales, los sentimientos, las percepciones y autopercepciones, lo que nos permite tener conciencia de sí mismos (Pedraza, 2004, pp. 66-67). El cuerpo entonces es productor de sentido, de discursos, de representaciones e imaginarios que permiten al sujeto interactuar y [a la vez] construir su identidad dentro de un grupo social (Guerrón, 2016, p. 18). Para Epele (2010) la construcción de los cuerpos de consumidores de drogas, su autopercepción y los imaginarios sobre su cuerpo, también está atravesada por cambios económicos, de poder y de políticas específicas (2010, p. 149). Epele dice que en el caso de consumidores de PBC en Buenos Aires, sus cuerpos los excluyen de la mirada de los otros, los vuelven “muertos vivos”: “los jóvenes adolescentes tienen estados corporales y subjetivos que conmueven de tal modo la dignidad y el respeto, que modifican su reconocimiento por parte de otros como seres humanos” (Epele, 2010, p. 251).

Al entrelazar las variables de consumo de drogas y construcción del cuerpo, me parece conveniente usar el concepto de *habitus* de Bourdieu para comprender mejor esta relación, sobre todo porque sintetiza lo planteado. Para él, los *habitus* son “sistemas de *disposiciones* duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predisuestas a funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y de representaciones” (Bourdieu, 2007, p. 86). Los *habitus*, por ejemplo, formas de pensar, de sentir, etc. se van adquiriendo y perduran y, además, reflejan la estructura social en la cual fueron adquiridos, la reproducen y organizan las prácticas y maneras de ver el mundo cotidianas- El *habitus* funciona como una especie de “sentido común” que se forma en condiciones específicas asociadas a una clase social determinada (Bourdieu, 2007, p. 86). Se aprenden, expresan e incorporan a través del cuerpo. Generan nuevas prácticas, pero también reproducen una estructura, son una “matriz de percepciones, de apreciaciones y de acciones” (Bourdieu, 2012, p. 205).

Así, la experiencia del consumo de drogas también se integra al *habitus*, pasa a ser parte del

cuerpo no solo física sino también simbólicamente. Consumir no es una mera reacción a un estímulo, “la acción misma del consumo de drogas no es dada al azar sino que atraviesa [y parte de] subjetividades y materialidades” (Guerrón, 2016, p. 14). Es, además, una experiencia moldeada y legitimada por discursos sociales y ciertas estructuras de poder. Bourdieu plantea que hay discursos “simbólicamente eficientes” (Bourdieu, 1997, p. 114) que son llevados por personas e instituciones con alguna autoridad que exponen y determinan cómo debe ser una realidad social. Este tipo de discursos son significativos ya que constituyen un mecanismo del poder simbólico⁶ para reproducir la violencia simbólica. Según Bourdieu, ésta es una forma de dominación que cuenta con la complicidad del agente social sobre quien se ejerce, “se refiere a las formas sutiles y a menudo inadvertidas en que el poder y el dominio se ejercen a través de medios culturales y simbólicos, en lugar de mediante la fuerza física o el control social directo y coercitivo”⁷ (Elgindy & Sanchez, 2025, p. 436). Este tipo de violencia normaliza la desigualdad como el orden natural del mundo al establecer jerarquías.

Muy relacionada con el tema está la teoría del “abuso lumpen”, pertinente para este caso y que también tiene como base el concepto de violencia simbólica, cuyos mecanismos que operan a “niveles estructurales, simbólicos, cotidianos e íntimos”, llevan a quienes están en una posición de subordinación a “culparse a sí mismos por su ubicación en las jerarquías de la sociedad” (Bourgois & Schonberg, 2009, p. 17). Sin embargo, para Bourgois, el consumo de drogas no es la causa de los problemas de los barrios marginales de Estados Unidos, sino una manifestación de problemas mayores y estructurales. La adicción, dice, “no es más que un medio por el cual las personas en estado de desesperación interiorizan sus frustraciones, su resistencia y su sensación de impotencia” (Bourgois, 2010, p. 334). Tampoco se trata de posicionar como víctimas a quienes consumen, ya que eso sería considerarlos como personas sin agencia y borrar sus trayectorias e historias de vida, sino de entender que la experiencia del consumo problemático muchas veces está enlazada a niveles terribles de angustia en personas que están en riesgo, son desfavorecidos económica y socialmente (Bourgois & Schonberg, 2009, p. 16). Es notable cómo en muchos de los discursos de consumidores/as en Quito también se deslegitima el consumo y a sí mismos cuando se ubican en la posición más baja de la que consideran es la jerarquía en la sociedad ecuatoriana. Cuando a través de discursos estas personas se clasifican como adictas y enfermas, hablan de su forma violenta de relacionarse o incluso de su situación de calle como parte de su adicción, se posicionan en un lugar específico, están reproduciendo y actuando en una realidad que ha sido construida a través de un poder simbólico como algo inalterable. Este poder simbólico establece un orden, lo reproduce y le da un sentido al mundo, pero también, a través de sistemas simbólicos son poderes que se imponen y legitiman realidades (Bourdieu, 2000).

La cuestión del espacio también es importante en este contexto. El *habitus* de las personas consumidoras de PBC está muy ligado al mundo urbano y a la vida de la calle. En este sentido, comparto con Wacquant (2001, p. 179) el que existe un tipo de marginalidad urbana que consolida una pobreza permanente a través de algunas lógicas estructurales. Esto es notable en todos los tipos de discursos analizados, y que enuncian que la adicción termina creando una brecha de desigualdad que es prácticamente imposible de superar. No solo los imaginarios contruidos alrededor de los/as consumidores/as de PBC fortalecen la exclusión social, sino que ésta se da incluso a nivel físico:

⁶ “...el poder simbólico es ese poder invisible que solo puede ejercerse con la complicidad de quienes no quieren saber que están sujetos a él o incluso que ellos mismos lo ejercen” (Bourdieu, 1991, p. 164). Trad. Propia.

⁷ Trad. Propia.

son personas que se agrupan en la calle, en determinados barrios que pasan a convertirse en zonas “prohibidas” de la ciudad, con seres “inhumanos” y peligrosos. Son, como dice Wacquant, lugares de exilio sobre los cuales además recae el peso del estigma de la pobreza relacionada con la criminalidad (2001, p. 179).

Dentro de los textos

La importancia de comparar los tres tipos de discursos es que conseguí distinguir puntos en común y diferencias en cada representación del cuerpo y la corporalidad de una persona joven consumidora de PBC, evitando así definir “verdades inequívocas” en los distintos discursos o caer en determinismos. Según Sepúlveda, alrededor de las drogas ilegales usualmente los discursos giran en torno a tres categorías: “un discurso médico-clínico-sanitario-terapéutico, un discurso jurídico-penal-criminológico, y un discurso policial-represivo” (1997, p. 103). Esto suele ser frecuente ya que muchas veces resulta imposible separar estas categorías al realizar un análisis sobre este tema, probablemente porque en la realidad son ámbitos que suelen estar entrelazados, aunque termina siendo limitante. Sin embargo, en mi tesis busqué analizar los discursos a partir de un enfoque en el consumo de PBC como práctica social para notar cómo, desde dónde y qué recursos se utilizan para construir estas representaciones, así como qué es lo que legitiman o deslegitiman.

Seguí el esquema de ACD que van Leeuwen (2008) propone y que consiste en identificar en los discursos los principales elementos de una práctica: los *actores* y las *acciones sociales*. Los/as actores/as sociales serían los/as participantes de esta práctica⁸ que aparecen representados en cada texto. Identifiqué en esta categoría a: los/as consumidores/as de drogas (en general), los/as consumidores/as de PBC, los/as familiares de consumidores, las instituciones de prevención y control y los/as expertos/as en el tema del uso de drogas (Guerrón, 2016, p. 25). Para el presente artículo, sólo voy a utilizar el análisis sobre el actor “consumidor de PBC”. Luego, identifiqué las acciones sociales que conformaban la práctica del consumo de PBC ya que me interesaba entender cómo estas acciones son transformadas en cada tipo de discurso, cómo se presenta cada acto: como una forma de hacer o de significar, tiene efectos materiales o no, qué actitud se está usando sobre esta acción o si es que es transitiva o no (¿a quién afectan?). Por ejemplo, se tiende a fetichizar a las drogas en discursos en los que la acción de consumo es representada de manera estática (Guerrón, 2016, p. 27). Además, analicé las reacciones de estas acciones, “las respuestas emotivas o eventos interiores que se añaden a la representación de la práctica social” (Guerrón, 2016, p. 26). Según van Leeuwen, las reacciones son tan importantes como las acciones y, “conforme el poder de los actores sociales disminuye, la cantidad de reacciones emotivas que se le atribuyen aumenta” (van Leeuwen, 2008, p. 56).

Textos de El Comercio⁹

Actor social

En el caso de estos textos de prensa, es frecuente que se trate el tema a partir del narcotráfico;¹⁰

8 Usé la definición de práctica social de Bourdieu, según quien ésta es un producto de “la relación dialéctica entre una situación y un habitus” (Bourdieu, 2012, p. 205).

9 En casi todos los artículos de prensa de este medio se explica el fenómeno desde entrevistas, por un lado, realizadas a fuentes expertas y por otro, se usa testimonios de consumidores. Al respecto, conviene citar a van Dijk, para quien “las propias estructuras de las noticias no son totalmente autónomas [...]. Por el contrario, lo que hacen es señalar la postura social del periodista, o las condiciones institucionales y económicas de los periódicos o de los otros medios de difusión” (2007, p. 177).

10 “En la búsqueda en la página web de El Comercio [realizada en el año 2015], se hallaron 29 artículos que mencionaban la “pasta base de cocaína” o “basuco” en relación con el Ecuador, de los cuales, 21 (72,4%) trataban temas de microtráfico, narcotráfico y criminalidad; 4 (13,8%) trataban del tema relacionado con el tratamiento y el consumo, y los otros 4 (13,8%) hablaban de la legislación sobre tenencia de esta droga” (Guerrón, 2016, p. 28).

cuando se trata de la *persona consumidora de drogas* es una persona genérica ("jóvenes drogodependientes") y se representa como una actora pasiva: víctima de circunstancias externas. El "consumidor de PBC" no es mencionado específicamente sino indirectamente luego de exponer cifras sobre microtráfico. Así, quien consume drogas, en estos textos, es una persona vulnerable con un "cuerpo traumatado" o un "cuerpo enfermo", ya sea por una experiencia propia o por causas familiares. En cuanto a sus relaciones sociales, se habla de vínculos familiares rotos (que también pasa a ser la causa del consumo). Usualmente en estas representaciones se asocia al "consumidor/a de drogas" con la pobreza y la marginalidad.

La representación de quienes consumen PBC es mucho más débil en este tipo de textos aún si la droga se nombra mucho cuando se habla de estadísticas, al ser una de las más consumidas (al menos en esos años). Otros textos incluso intercambian libremente el uso del nombre "cocaína" con el de "pasta base de cocaína", confundiéndolas. Un texto que habla sobre centros de rehabilitación presenta los comentarios "expertos", en este caso de un psicólogo y de los datos de la Dirección Nacional Antinarcoóticos. De esta manera, indirectamente se está representando al consumidor de PBC al enlazar ciertos argumentos de manera impersonal, por un lado, se lo asocia con el microtráfico y en seguida, con la adicción:

Las cifras de la Dirección Nacional Antinarcoóticos revelan que los decomisos de droga a microtraficantes (pequeños expendedores de droga) y de cargamentos que habrían estado destinados al microtráfico subieron desde el 2010 [...]

Delgado advierte sobre las consecuencias de un inicio temprano del consumo de drogas, especialmente de aquellas denominadas fuertes. "La adicción más difícil de tratar es la de la pasta base de cocaína, es terriblemente adictiva, e implica un tratamiento más intensivo, más profundo". (El Comercio, 2012).

Luego están los textos en los que la persona consumidora de PBC es representada de manera más empática al contar casos específicos, aunque contradictoria ya que se le asigna un rol pasivo o activo que siempre depende mucho de circunstancias externas:

Nancy llegó hace 40 días. Decidió internarse luego de 16 años de consumo. En el 2012 la apuñalaron en el sur de Quito y desde enero pasado vivía en un bosque. Fumaba pasta base de cocaína y solo salía para conseguir más dosis. No se duchaba y en las noches como cobija tenía un pedazo de plástico. Nada de eso la hizo tocar fondo. Fue su hija de 7 años. [...]

Melisa tiene dos pequeños de 9 y 7 años. El padre de sus hijos -relata- quemaba droga para dormirla. Así, se 'enganchó' inconscientemente. En el tiempo que permanecía bajo los efectos del estupefaciente, su pareja abusaba de los dos menores. (El Comercio, 2014b)

Este texto muestra dos representaciones, una con una agente activa que decide internarse para salvar su relación con su hija. En la segunda, se le asigna un rol pasivo, es literalmente sometida por su pareja y su adicción cuya causa es la influencia social. En estas citas resulta notorio que se "funcionaliza" a las actrices, se resalta que tienen el rol de madres (aunque no lo cumplen como "deberían") además del de consumidoras. Su identidad de consumidoras entonces está ligada y tiene una mayor carga moral cuando se menciona la maternidad. De paso hay que decir que cuando

se habla sobre la familia de aquellos que consumen drogas se le da un rol activo, ya sea la causante de la adicción o responsable de alguna manera, frente al rol pasivo de quien consume.

El Comercio, además de describir la parte psicológica del consumidor de PBC, también crea un retrato con características físicas que lo exponen, por ejemplo, se dice que están demacrados y se ven enfermos. A diferencia de la representación generalizadora del “consumidor de drogas” como enfermos convalecientes, en este caso es más la de una persona consumida por su adicción que ha perdido sus capacidades: “Víctor habla arrastrando levemente las palabras, con frases entrecortadas, como si le costase concentrarse” (El Comercio, 2012).

Luego en el texto se lo representa como delincuente asociando una característica física con este estilo de vida, enunciando así una relación “indiscutible”: “Una cicatriz apenas visible sobre su frente le recuerda aquella etapa de su vida. ‘Caí muy bajo. Empecé a robar para comprar la droga. Dormía bajo los puentes’” (El Comercio, 2012).

En este punto hay que notar cómo se pasa del cuerpo enfermo, pero que tiene alguna agencia a la de una persona antisocial como consecuencia directa del consumo de PBC. Esto es importante ya que se está *fetichizando* a la sustancia, identificándola como la única causa del estilo de vida y las prácticas de quienes la consumen. Esto impide hacer un análisis, por ejemplo, de los aspectos estructurales o de la vulnerabilidad social en la que se encontraba Víctor antes y durante su consumo patológico, “es precisamente allí en donde se radica la deshumanización propia de los discursos clínicos y socio sanitarios” (Guerrón, 2016, p. 36).

Acciones y reacciones sociales

La acción misma del consumo se representa como una que es material (porque modifica el mundo físico) transitiva (se destaca quiénes tienen agencia y quienes son afectados/as). En este caso, quien consume es afectado por otros actores con mayor poder (como la policía, los familiares, etc.), especialmente cuando se habla del primer consumo. La acción entonces es una conducta más en la cual está inmerso quien consume: “Un narco le regaló un paquete en la calle. Se ‘enganchó’ enseguida”. “Su cuñada la ayudó a internarse. Su madre no la acompañó. Ya no creía en ella” (El Comercio, 2014b).

Al hablar de un problema de consumo crónico se representa como transacción instrumental, el adicto se vuelve agente activo de su dependencia: “Con el tiempo empezó a utilizar a otros chicos. Compraba paquetes de droga a USD 2,50 y los vendían a unos centavos más. Así costaba su consumo” (El Comercio, 2014b).

Hay también acciones semióticas, que producen o transmiten significados, construyen un sentido a través del discurso o de imágenes y son muy frecuentes en textos periodísticos, en este caso para representar la trayectoria y en otros casos también se usa como lección preventiva o para demonizar directamente a la droga al asociarla con la delincuencia, la marginalidad y el fracaso.

Dice que junto con los amigos y la depresión de perder a uno llegaron las sustancias ilegales.

En su adolescencia se involucró en el alcohol, la marihuana, la pasta base de cocaína y el éxtasis. (El Comercio, 2013b).

Llegué al fondo -cuenta Efraín, de 33 años-. No pude terminar el colegio, mi familia se alejó, dormía debajo de puentes, era un mendigo... La droga me quitó todo. (El Comercio, 2013a)

En el 2012 la apuñalaron en el sur de Quito y desde enero pasado vivía en un bosque. Fumaba pasta base de cocaína y solo salía para conseguir más dosis. No se duchaba y en las noches como cobija tenía un pedazo de plástico. (El Comercio, 2014b)

Este tipo de representaciones decodificadas se presentan como acciones estáticas, con cualidades permanentes. En esos casos también la sustancia pasa a ser una entidad que está viva. Otro aspecto de este tipo de representación es que muestran una secuencia de acciones de causa-efecto sobre el consumo que no deja espacio para cualquier otro análisis.

En cambio, los textos periodísticos no incluyen muchas reacciones de quienes consumen drogas en los discursos, algo que resulta paradójico ya que son, en teoría, de quienes se habla en estos. En cambio, se incluyen muchas reacciones de expertos (psicólogos/as, médicos/as, policías e instituciones del Estado) que nunca son de tipo afectivo ni emocional, más bien son explicaciones teóricas del consumo, datos, relación con el tráfico de drogas, etc. "En este sentido, se puede decir que las reacciones ante el consumo de drogas en estos textos nos muestran una secuencia de acciones que no permiten incluir otro tipo de racionalidad que no parta desde un discurso psicológico o prohibicionista" (Guerrón, 2016, p. 39):

Guardó ese secreto y sintió que traicionaba a su papá. Los especialistas que lo trataron concluyeron que esa fue la causa de su adicción. (El Comercio, 2011).

Ricardo Loor, jefe de Control de Demanda de Drogas del Consep, considera importante la prevención desde las autoridades educativas y la familia. (El Comercio, 2014a).

Los textos institucionales del CONSEP

Actor social consumidor de PBC

Esta institución fue creada a partir de la puesta en vigencia de una ley según la cual el Estado tenía que proteger a las personas de los peligros del uso de sustancias, mientras contrarrestaba y luchaba contra los efectos del narcotráfico. Hasta el 2015, su misión principal era la de prevenir el consumo de drogas. Si bien la institución publicó varias obras de tipo académico, los documentos que analicé fueron aquellos de divulgación dirigidos a los familiares, empleadores y funcionarios públicos en relación con consumidores de drogas, en general.

En el discurso del CONSEP, que a su vez es la fuente experta de muchos de los artículos de prensa, el actor social que consume drogas también es uno pasivo, pero más que estar vencido por "la droga" (como en El Comercio), es un "sujeto", mero producto de la sociedad de consumo en la que se ha desarrollado y parte del contexto social (como algo inevitable): "Debemos asumir que las personas que desarrollaron una relación conflictiva con las drogas responden al sistema: son como el dolor a la enfermedad, un síntoma de él" (CONSEP, 2013, p. 19).

Se repite también el discurso psicologista pero además se incluyen razones fisiológicas, propias de un discurso científico, que han llevado a la persona a caer en las manos de la adicción: “Cuando un sujeto no produce o no activa natural y satisfactoriamente los neurotransmisores del placer, puede necesitar recurrir a drogas externas, sustancias estimulantes en una intención de equilibrarse (automedicarse)” (CONSEP, s. f.-a, p. 4).

De esta manera, ciertos individuos están predeterminados a sucumbir al consumo abusivo de sustancias, ya que por causas biológicas, psicológicas y sociales son proclives a la dependencia y la única solución es el acompañamiento que se proporciona en la rehabilitación.¹¹ Lo que es interesante es que a diferencia de la prensa esta institución no representa específicamente al consumidor de PBC ya que según su política de acción solo es una dificultad cuando el consumo es problemático y el comportamiento dependiente. Según van Leeuwen, sería una representación de “asimilación” a través de la “agregación”, es decir, se forman grupos de actores y se los trata como una estadística, él mismo resalta lo determinante de estas representaciones al considerar que “en nuestra sociedad, la mayoría manda, no solo en contextos donde se utilizan procedimientos democráticos formales para la toma de decisiones sino también y especialmente en otros” (van Leeuwen, 2008, p. 37). Por un lado, en el CONSEP esto se traducía en una campaña de prevención integral enfocada en poblaciones vulnerables. Por otro lado, el consumidor de PBC sí es incluido en encuestas sobre consumo de drogas, es decir, el actor se convierte en una estadística que forma parte de la fabricación de políticas y de la opinión pública.

De ahí que la representación que se hace en estos textos proviene más de los datos estadísticos del 2012 según los cuales, la persona consumidora de PBC es joven, estudiante y pertenece a un grupo muy reducido en comparación con quienes consumen marihuana. En el caso del género, el consumidor intenso es exclusivamente masculino y mayor a 16 años.

Las acciones y reacciones sociales

En los folletos de divulgación de esta institución, la acción de consumir drogas (no se especifica cuáles) es algo normal en la adolescencia, etapa en la cual básicamente no se tiene criterio alguno y es el deber de los padres y educadores controlar cualquier experimentación con sustancias de la manera más comprensible. En las “Guías de prevención” se encuentran más reacciones representadas, sobre todo las de los padres y empleadores y que son de carácter cognitivo: “Hay que evitar caer en el error de atribuir el conflicto a causas externas”. “Es necesario planear una estrategia de acercamiento. Esto nos servirá para conocer mejor lo que le ocurre a nuestro hijo y apoyarle más eficazmente” (CONSEP, s. f.-b, p. 6).

El discurso es otro en el texto dirigido a los técnicos de la institución que tratan de un uso abusivo de drogas y en el cual quien tiene la agencia es el Estado, ya que el sujeto ha perdido la capacidad de decisión y superación debido a su consumo. Es decir, quien consume está enfermo, es todo lo opuesto a una persona sana, productiva y activa. En estos textos la *desagenciación* es la representación más utilizada para el consumo, como si éste no tuviera ninguna relación con la voluntad de quienes lo realizan. En este sentido, se diferencia entre usuario y consumidor problemático, aunque más que

¹¹ Algo que resulta paradójico teniendo en cuenta el escaso número de centros públicos de rehabilitación para consumidores de drogas que existen en el país. Según el diario “La Hora” sólo existen 15 centros públicos de rehabilitación del consumo de drogas (Diario La Hora, 2013).

hacer referencia a la persona se trata la situación como un fenómeno:

Reconociendo que el fenómeno de las drogas es una más de las manifestaciones de atención posibles sobre los malestares más profundos de una sociedad, debe considerarse también la violencia sistemática intra y extra-hogar, a muchas formas del crimen, a la invisibilidad de los sujetos y su falta de oportunidades educativas y culturales. (CONSEP, 2013, p. 18)

El ser humano tiende a probar y descubrir nuevas experiencias, y obviamente esto no es ajeno a la adolescencia. (CONSEP, s. f.-b, p. 3).

Estos textos se enfocaban en la identidad de los consumidores, pero a través de la categorización en el grupo de usuarios de drogas de acuerdo con su edad, género y etnia¹², como ya se mencionó, solo a través de estadísticas, por lo que sería según van Leeuwen una acción no transitiva, tanto la acción y el actor social son significados a través de porcentajes.

Otra cuestión que llama la atención es que en estos textos no se habla directamente de la acción del consumo de drogas sino solo de “consumo” o “conflicto”, se usa nominalizaciones que hacen del concepto uno impersonal, lo alejan de la realidad concreta al convertir la acción en algo vago o indefinido:

La sociedad compulsivamente calla, al igual que lo haría un sujeto en adicción, evade su realidad, esa que hay que resolver, adicta a mantener un orden en medio de tanto desorden, consume cosas para calmar la ansiedad que produce el no poder enfrentar lo que le preocupa de verdad. (CONSEP, 2013, p. 25)

Está claro que este tipo de representaciones modelaba también los planes de acción de la institución, la misma que tenía una campaña de “lucha contra las drogas” en general. En este sentido, el Estado posicionaba a cualquier persona con un consumo abusivo de drogas como vulnerable: este sujeto adicto necesita de atención, de rehabilitación, necesita ser asistido y para ello tiene que acudir a un centro público que lo haga. El problema está en que una vez desligado de su contexto específico, el consumidor se vuelve invisible. Se evitaba la estigmatización, pero se generalizaba el problema. No interesa entonces la cuestión de la marginalidad en la que viven los consumidores de PBC, porque de ésta se pasa a encargar la Policía. Una vez que se es marginal, el consumo de drogas deja de interesarle al Estado como un problema de salud y pasa en seguida al campo de la delincuencia.

Lo que dicen los y las consumidores/as de PBC

Sobre sí mismos/as

En los textos de los consumidores la representación específica de su grupo está muy clara, sobre todo a nivel de cuerpo e identidad, de cómo su experiencia sensorial del consumo los construye y modela también su corporalidad. Se reconocen entre consumidores de PBC incluso al ver la manera de caminar del otro. Sin embargo, cuando hablan de “consumidores de drogas” en general, está muy presente el mismo elemento de los otros tipos de discursos que aluden como causante principal del consumo a traumas psicológicos, aunque no se entra en gran detalle. Esto cambia cuando se

¹² Por ejemplo, se hace una distinción con los pueblos indígenas, en cuyo caso el uso de plantas alucinógenas está justificado a través de la “ancestralidad”

refieren específicamente a la representación de la corporalidad de los consumidores de PBC, ya que tiene muchos más pormenores:

Nosotros tenemos una forma de hablar en coba, tenemos una forma de caminar, se podría decir con una maldad, yo era una de las personas que caminaba con maldad, tirando parada, como que se me subían los paquetes, o una persona que está escondiendo algo, que no quiere dejarse descubrir. (Grupo focal 2 2006).

Resalta claramente la centralidad que tiene la descripción del cuerpo y la corporalidad en estos discursos y cómo siempre se conecta con su identidad. Esto se manifiesta en dos aspectos principales: la autoimagen y los efectos fisiológicos. Comparto con Z. Pedraza, para quien la imagen corporal no se construye de manera racional, más bien sensorial y “cobra vida en la interacción de miradas y reacciones –la autopercepción, el reflejo especular, la mirada ajena, la propia reacción a ellas, la percepción de los otros-, en el ir y venir incesantes que perfilan activamente la propia imagen del cuerpo. Se trata sin duda de un fenómeno estético” (Pedraza, 2004, p. 63). Esta autopercepción está marcada por lo social pero también por lo emocional, los sentidos, lo físico, por clasificaciones identitarias, etc. Y en el caso de quienes consumen PBC también está determinada por esta práctica. En este punto, surge una gran contradicción para los/as consumidores/as: de cierta forma, han tomado la decisión de consumir y autodestruirse, pero, por otro lado, guardan la esperanza de dejar de hacerlo algún día y de que su cuerpo aguante hasta ese entonces.

Entonces, está la parte de su autoimagen relacionada con los aspectos psicológicos y emocionales. Se representan, por ejemplo, como personas egoístas, manipuladoras, sin una brújula moral, con ansiedad:

...yo era una persona bien chantajista, una persona manipuladora con mi forma de hablar yo cogía y sacaba lo que yo quería no, que era plata para poder consumir [...] vivía sólo en paranoia, asustado de que mi madre me vaya a ver, veía alucinaciones [...] sinceramente como que me comenzó a coger la locura. (Grupo focal 2 2006)

...es una droga sólida, altera el estado de ánimo, se esconden, están herméticos. (Entrevista 3 2015).

Luego, está el aspecto más corporal-físico-biológico, de representaciones con características físicas, efectos biológicos, corporalidad, gestos, etc. En este tema los discursos coinciden con los de El Comercio, por ejemplo, se acerca a la categoría del “cuerpo enfermo”, personas desmejoradas. Sin embargo, sus características físicas no solo son las de verse flacos y demacrados, son unas más específicas, vienen de la experiencia sensorial del consumo que literalmente los absorbe. Estos discursos además transmiten significados mediante los cuales se da el reconocimiento entre personas que consumen PBC: “Se me ve puro hueso, [...] es algo que le chupa a uno, le consume”. “Imagínese, con los pómulos salidos, los ojos hundidos, ojeras grandes, el pelo se le cae, se le ve más viejo” (Grupo focal 1 2006).

También están las auto representaciones de tipo más biológico que incluyen referencias a sus capacidades cognitivas con miedo de daños irreversibles, es decir, se proyectan los efectos posteriores, un rasgo que también formaría parte de su corporalidad:

...con el basuco tienes una cuestión de que es hijue puta para el cuerpo. Sí te saca la madre. O sea, eso es algo latente. Yo siempre voy a pensar de que en algún momento me puedo volver loco o solo quedarme colgado. (Entrevista 4 2015).

Al final de cuentas se van acabando neuronas del cerebro, que poco a poco el cuerpo le sigue pidiendo más químico y el cerebro se sigue atrofiando. (Grupo focal 1, 2006).

Constantemente se habla de la ansiedad, de la tristeza, de la soledad y el arrepentimiento como parte de este cuerpo enfermo frente al cual la mirada de desprecio del Otro es determinante y se manifiesta en cualquier espacio en el que se encuentren: "...porque una gente que nos ve dice: 'mira, mira, por ahí va ese muchacho que siempre pasa fumando, ese es el que sabe estar tomando', entonces se aleja de uno porque le da miedo de pegarse a eso" (Grupo focal 1 2006).

A diferencia del CONSEP, la adicción más que representarse como una relación conflictiva con la sustancia, está basada en cuestiones sensoriales y afectivas (necesidades, sentimientos y deseos específicos), muy relacionadas con la corporalidad, por un lado, pero también con el poder simbólico que ya los ha posicionado en un lugar muy específico de la sociedad:

Somos, como quien dice, el excremento de la sociedad, ¿no?, o sea somos seres muy poco valorados. (Grupo focal 2 2006).

...llegué aparte de mendigar en las calles, llegué a fondos como prostituirme en las calles y con homosexuales. (Grupo focal 1 2006).

Para Bourgois es un error pensar en los consumidores de drogas marginados como actores pasivos. Su acción de consumo debería ser entendida desde "la experiencia individual de niveles intolerables de sufrimiento entre las personas socialmente vulnerables (que a menudo se manifiesta en forma de violencia interpersonal y la autodestrucción) establecida en el contexto de las fuerzas estructurales [...] y encarnada en manifestaciones de angustia" (Bourgois & Schonberg, 2009, p. 16).

Extendiendo esta temática, se encuentra en estos discursos una relación tácita entre cómo este consumo específico tiene efectos sobre la corporalidad y la identidad que les permiten adaptarse a la vida callejera. Al consumir dicen afinar sus sentidos, inapetencia, no sentir frío y estar más agresivos, aspectos necesarios para soportar este tipo de situación. De esta manera, el espacio de calle se vuelve un componente muy asociado a la auto representación de persona consumidora de PBC:

Cuando fumo, mi organismo trabaja más, estoy más atenta, escucho más y cuando estoy histérica, me calma. (Entrevista 3, 2015).

Y vos tienes la generalidad del uso el basuco que se dan situaciones de calle por una lógica que es bastante clara. Una, es barato; aparte el basuco te quita el hambre, te quita el frío y te pone un poco más atento. Entonces si vos eres una persona en situación de calle y es de noche, entonces es mejor no tener frío y estar alerta porque reconoces todos los peligros que te involucra la ciudad, que te involucra la noche en la ciudad. (Entrevista 4, 2015)

Cada relato suele tener una especificación muy personal del conflicto interno en el que viven y que para ellos es la verdadera causa de su adicción:

Porque mi madre era una de las personas que no pasaba en la casa, yo pasaba solo, botado en la casa y para llamar la atención yo salía a consumir, para decir: 'mamá estoy aquí, quiero que me presten atención, quiero que me den un abrazo', decía eso, eso pensaba yo. (Grupo focal 2 2006)

Sin embargo, también se reciclan discursos al hablar de su práctica de consumo, en especial aquellos que la vinculan con la vida callejera: "Te lleva [el consumo] de una u otra forma, te lleva a estar en las calles, mendigando, aparte de comida, plata, robando para sustentar tu consumo" (Grupo focal 1, 2006).

Conjuntamente su auto imagen, su situación material, su experiencia de vida, la mirada de los demás, compone esta auto representación que termina profundizando la violencia simbólica, manteniendo un ciclo de aislamiento y de marginalización:

...al principio cuando consumía, con otro compañero que estaba sentado al lado decíamos: 've, ese man es fumón' decíamos, o 'ese man viene consumiendo', pero luego ya no era eso sino venían y me decían: 'habla, drogadicto fumón', me gritaban en la cara. (Grupo focal 1 2006)

Como propone Epele, son personas en quienes se ha incorporado "la fragilidad, precariedad y violencia cotidiana que los procesos económicos, políticos e institucionales han normalizado como expectativa de vida en estas poblaciones" (Epele, 2010, p. 253).

Acciones y reacciones sociales de la práctica de consumo de PBC

En estos textos se resaltaron muchas reacciones emocionales, cognitivas y corporales, así como acciones individuales con impacto colectivo. En estas secuencias de acciones y reacciones sobresalen las contradicciones que viven estas personas entre autodestrucción y resistencia, marginalidad y solidaridad, por ejemplo. Su cuerpo e identidad es el principal territorio de conflicto subjetivo, pero también muy real.

En cuanto a las acciones, están las transitivas y las no transitivas. Las primeras ubican a la sustancia como agente social, como entidad viva que de cierta manera resulta una compañía también. Al contrario, las acciones no transitivas tienen como actor social a sí mismos y se representan desde los efectos que tiene el consumo en ellos, una acción que resulta terriblemente dañina por sus consecuencias corporales y morales: "...cuando fumo, solo soy violenta cuando me desesperan" (Entrevista 4 2015). "...uno cuando está consumiendo bastante, uno mismo se está acabando por dentro" (Grupo focal 1 2006).

Las representaciones de acciones semióticas se encuentran cuando se describe el momento mismo del consumo y el significado que se le asigna, o cuando se habla de cómo otras personas reaccionan a su consumo:

...a uno no le importa, puede hacer lo que sea, no le importa, pero después de un rato le da

una paranoia. (Grupo focal 1 2006).

...porque una gente que nos ve dice: 'mira, mira, por ahí va ese muchacho que siempre pasa fumando, ese es el que sabe estar tomando', entonces se aleja de uno porque le da miedo de pegarse a eso. (Grupo focal 1 2006).

Sepúlveda, al respecto, que quien consume PBC "no encuentra una posibilidad de resignificación que le permita enfrentarse al objeto de consumo en forma apropiatoria [...]. La pasta desborda al 'pastero' no solo por sus efectos fisiológicos sino sobre todo porque el 'pastero' asimila las imágenes culturales que cargan de un significado el consumo de pasta base" (Sepúlveda, 1997, pp. 103-112). La acción en estos textos, al igual que en los del CONSEP, es nominalizada y no tratada directamente, se refieren a ella como "el vicio", "el consumo", etc.

Otra manera de representar la acción del consumo es a través de la naturalización o existencialización del mismo. Como si es natural hacerlo, es una tendencia normal. En este sentido, se quitan agencia, se eventualiza la acción, como si formara parte inevitable de la sociedad en la que viven o de su situación económica: "También por la situación económica que vive este país, los fracasos, los divorcios, las idas a España, todo eso, las personas adultas últimamente están cayendo en ese vicio de las drogas, alcohol y drogas, se ven muy deteriorados" (Grupo focal 1 2006).

Al igual que sucede con los textos de la prensa, este tipo de eventualizaciones puede convertirse en generalizaciones, por ejemplo, cuando se dice que el consumo de PBC lleva a la delincuencia. Aún más cuando están en una situación de calle, se normaliza la delincuencia como forma de sobrevivencia, especialmente para sustentar su consumo:

...la base de cocaína es una droga que nos lleva a la delincuencia porque uno no sabe de dónde sacar más dinero. (Grupo focal 1 2006).

...que uno se coja una cosa de la casa ya es delincuente en su propia casa. (Grupo focal 1 2006)

La otra cara de la eventualización de la delincuencia es la representación de la solidaridad entre consumidores, a la que se suele hacer referencia en los discursos que topan el tema de la vida callejera. Dado que quienes consumen tienen el objetivo común de buscar dinero para comprar más, se forman relaciones sociales que constituyen una compañía y una manera de facilitar la vida de la calle mencionan, por ejemplo, la importancia del compartir comida y espacios, relaciones que de todas maneras no están libres de una multitud de conflictos y violencias. Detrás de este proceso se está escondiendo, según Bourgois, "un fenómeno políticamente estructurado que engloba múltiples relaciones abusivas, tanto estructurales como personales" (Bourgois & Schonberg, 2009, p. 16). Son posicionados, tanto en los discursos oficiales como en su propia autopercepción, como seres que no merecen ni tienen muchas más opciones en su vida. Esta marginalidad también se expresa tanto a nivel espacial como económico. Como plantea Wacquant (2001), están en el polo de la pobreza, que los excluye determinadamente en la calle, incapaces de acceder a otro contexto, como por ejemplo, el laboral. Tan solo aptos para el consumo. Su destino ha sido ya definido.

En estos textos también resaltaron muchas reacciones emocionales, cognitivas y corporales. Se

puede generalizar y decir que el consumo de PBC se representa en estos textos como una reacción afectiva, muy relacionada con la familia y su código ético. Su *habitus* familiar se enfrenta con el *habitus* de consumidor de PBC:

...por eso nos metemos en el alcohol y las drogas, porque supuestamente no nos quieren en la familia. (Grupo focal 1 2006).

...cuando uno está así le da una depresión que se quiere suicidar, a veces no le importa, con cualquier tipo de droga. (Grupo focal 1 2006).

Yo creo que es para tratar de llenar un vacío que siento, que sentía yo, y llamar la atención de mis padres. (Grupo focal 2 2006)

Hay también reacciones cognitivas o racionalizaciones que dan como explicación motivos estructurales como el desempleo, aspectos de la “sociedad moderna” o cuestiones psicológicas:

Yo pensaba que ya no servía para nada. (Grupo focal 2 2006)

Yo pienso que, en la desocupación, bastante sí se ha dado un auge de la drogadicción. (Grupo focal 2 2006)

Yo creo que más bien las drogas son una consecuencia de la sociedad moderna y... porque son tantos factores. (Grupo focal 2 2006)

Las reacciones perceptivas aparecen al hablar del momento propio del consumo y están relacionadas con el cuerpo y la corporalidad. Suelen ser representadas como algo muy íntimo y personal que tiene implicaciones emocionales, físicas y psicológicas.

Conclusión

En los tres tipos de discursos es usual entender la situación de marginalidad como una consecuencia directa de la adicción que es causada, a su vez, por traumas psicológicos. Se nota de esta manera un reciclaje de discursos oficiales en los discursos de los consumidores, que da cuenta de un orden establecido en el cual quienes consumen PBC terminan ineludiblemente en las calles, como marginales y delincuentes.

En los discursos oficiales esta situación de marginalidad no es analizada ni cuestionada, sino planteada como un desarrollo “natural” de la adicción. De esta manera, se dejan de lado todos los aspectos sociales y afectivos que, al contrario, sí se encuentran, aunque a veces de manera tímida, en los discursos de los consumidores, que solo al hablar de sus casos personales ya dan cuenta de que el conflicto de estas personas, al igual que su cuerpo y corporalidad, está íntimamente relacionado tanto con sus vivencias y experiencias internas como con factores externos y estructurales.

En los artículos de prensa, se refuerza la conexión entre delincuencia y marginalidad. Todos los adictos, en especial aquellos que consumen PBC y son pobres, son personas enfermas, cuerpos traumatizados que pierden su valor social. “La droga”, entonces, se convierte en representación simbólica que enfrenta a los ‘normales’ y los ‘desviados’ en una dicotomía perversa” (Sepúlveda, 1997, pp. 103-104). De esta forma se crea una polarización en la cual se fortalecen aquellas valoraciones. No hay cabida

para cuestionarse, por ejemplo, qué sucede con quienes consumen PBC, pero tienen un trabajo o una posición social que les permite no ser marginados ni tener que recluirse en la calle para consumir, es decir, consumidores de PBC que no están insertos en este ciclo de violencia simbólica.

El caso de los textos del CONSEP es muy significativo, ya que muestra desde dónde se fabricaban las políticas públicas. Al posicionar a los consumidores de PBC como jóvenes desviados o sujetos dependientes, se los *pasiviza* y a su vez, se invisibiliza el problema de la marginalidad. El Estado entonces, opera bajo una lógica que en teoría busca solucionar un problema psicológico, pero sin acompañarlo con una estructura e infraestructura que permita hacerlo. Más bien se establecen políticas que penalizan todo tipo de consumo, sin atender a la realidad de cada contexto. Al no relacionar el tema de la marginalidad asociada al consumo de PBC, los y las consumidores/as solo se convierten en parias, se relacionan con la pobreza, la delincuencia y la criminalidad, cuestiones frente a las cuales el Estado actúa mediante otro tipo de violencia (a través de la Policía).

En los discursos de los y las consumidores/as, en cambio, se nota como son “cognoscentes” de las realidades que sobre ellos se han construido. Para Bourgois, posiblemente su comportamiento es una reacción a la exclusión: “quizá por eso actúan en una relación destructiva con la sociedad y consigo mismos, drogándose compulsivamente, maltratando sus cuerpos de modo antihigiénico, causando violencia, dolor y gastos económicos a la sociedad que los excluye, hiriéndose a sí mismos y a quienes los rodean” (Bourgois, 2013, p. 19). Son un grupo en el que sus miembros se reconocen a sí mismos como personas enfermas y atravesadas por conflictos tanto personales como externos.

Precisamente al aceptar como un determinismo su situación marginal los consumidores de PBC son agentes cognoscentes que “contribuyen a producir la eficacia de aquello que los determina en la medida en que lo estructuran” (Bourdieu & Wacquant, 2005, p. 240). Su puesto de “excluidos” en la jerarquía social ya ha sido naturalizado y continúan reproduciéndolo a través de la delincuencia, de la violencia y de esa pérdida de cualquier esperanza en la que se hallan sumidos. Es decir, están insertos en un ciclo de violencia simbólica. Cargan con su culpa que se vuelve aún más pesada ante la mirada del Otro. Esta culpa se convierte en un obstáculo para llegar a conocer realmente los mecanismos que operan no solo en su adicción, sino en la situación de marginalidad en la que permanecen.

Referencias

- Álvarez, W. (2014). *Sobreviviendo con la pipa: Drogas, violencia y conflictos interétnicos en El Paraíso* [Tesis para obtener el título de Maestría en Antropología, FLACSO sede Ecuador]. <http://hdl.handle.net/10469/6723>
- Andrade, X. (1992). *Atrás de los perversos: Para una crítica antropológica de las drogas* [Tesis para obtener la Licenciatura en Antropología Social]. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Ayerbe, D., & Salao, E. (2008). *El sujeto entre el goce y el deseo en la adicción a drogas* [Disertación previa a la obtención del título de Psicólogo/a Clínico/a]. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Bourdieu, P. (1991). *Language and symbolic power*. Polity Press.
- Bourdieu, P. (1997). *Razones prácticas: Sobre la teoría de la acción*. Anagrama.
- Bourdieu, P. (2000). Sobre el poder simbólico. En *Intelectuales, política y poder* (pp. 65-73). UBA/

Eudeba.

Bourdieu, P. (2007). *El sentido práctico*. Siglo XXI.

Bourdieu, P. (2012). *Bosquejo de una teoría de la práctica*. Prometeo Libros.

Bourdieu, P., & Wacquant, L. J. D. (2005). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Siglo XXI.

Bourgois, P. (2010). *En busca de respeto. Vendiendo crack en Harlem*. Siglo XXI.

Bourgois, P. (2013). Las contradicciones entre la guerra contra las drogas y la salud pública: Una perspectiva antropológica del universo toxicómano de las calles estadounidenses. En R. Tenorio (Ed.), *Drogas, usos y prevenciones* (pp. 13-21). CONSEP, El Conejo.

Bourgois, P., & Schonberg, J. (2009). *Righteous dopefiend*. University of California Press.

CONSEP. (s. f.-a). *Guía sobre dependencia de las drogas*. Folleto informativo.

CONSEP. (s. f.-b). *Guía sobre orientación preventiva*. Folleto informativo.

CONSEP. (2013). *Usos, consumos de drogas y prevenciones*. CONSEP.

Diario La Hora. (2013, diciembre 1). Rehabilitación, sólo hay 15 centros públicos. <https://lahora.com.ec/noticia/1101599765/rehabilitacion-solo-hay-15-centros-publicos>

El Comercio. (2011, septiembre 4). Alerta a los signos del consumo de droga. *El Comercio*. <http://www.elcomercio.com/actualidad/seguridad/alerta-a-signos-del-consumo.html>

El Comercio. (2012, agosto 26). El adicto a las drogas, sin tratamiento. *El Comercio*. <http://www.elcomercio.com/actualidad/seguridad/adicto-a-drogas-tratamiento.html>

El Comercio. (2013a, septiembre 8). Un tratamiento de seis meses para alejarse de la adicción a las drogas. *El Comercio*. <http://www.elcomercio.com/tendencias/tratamiento-seis-meses-alejarse-adiccion.html>

El Comercio. (2013b, octubre 27). Alumnos que consumen droga, con poca ayuda. *El Comercio*. <http://www.elcomercio.com/actualidad/seguridad/alumnos-que-consumen-droga-ayuda.html>

El Comercio. (2014a, junio 29). El drama de los jóvenes con adicción a las drogas. *El Comercio*. http://www.elcomercio.com/app_public_pro.php/actualidad/jovenes-superan-adiccion-drogas.html

El Comercio. (2014b, octubre 10). El único centro público para tratar la adicción a la droga está al límite. *El Comercio*. <http://www.elcomercio.com/actualidad/unico-centro-publico-tratar-adiccion.html>

Elgindy, A., & Sanchez, M. (2025). Recognising the Misrecognised: Unmasking Symbolic Violence in our Social World and the Role of Translation. *Söylem Filoloji Dergisi*, 10, 434-448. <https://doi.org/10.29110/soylemdergi.1601430>

Epele, M. (2010). *Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Paidós.

Escohotado, A. (1995). *Aprendiendo de las drogas. Usos y abusos, prejuicios y desafíos*. Anagrama.

Escohotado, A. (2004a). *Historia de las drogas: Vol. I*. Alianza.

Escohotado, A. (2004b). *Historia de las drogas: Vol. II*. Alianza.

Guerrero, B. (1998). *Hasta que el cuerpo aguante. La dinámica socio-cultural del consumo de drogas*. El Jota Errante.

Guerrón, A. (2012). *Jóvenes en Quito: Nuevas identidades urbanas*. Fondo Editorial Ministerio de Cultura del Ecuador.

- Guerrón, A. (2016). *Discursos en torno al cuerpo de los jóvenes consumidores de pasta base de cocaína en Quito* [Tesis de disertación de grado para la Maestría en Estudios de la Cultura. Mención en Comunicación]. Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador. Área de Letras.
- Le Breton, D. (1995). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Ediciones Nueva Visión.
- Pardo, N. G. (2002). Introducción. El análisis del discurso en las Ciencias Sociales. *Curso Internacional: Análisis del discurso en las ciencias sociales, la cultura y el territorio. Memorias*, 11-29.
- Pedraza, Z. (2004). Intervenciones estéticas del yo sobre estético-política, subjetividad y corporalidad. En C. Laverde, G. Daza, & Zuleta (Eds.), *Debates sobre el sujeto. Perspectivas contemporáneas* (pp. 61-72). Siglo del Hombre Editores, Departamento de Investigaciones de la Universidad Central.
- Sepúlveda, M. (1997). El silencio de los angustiados: Contextos discursivos en el consumo de la pasta base de cocaína. En M. Hopenhayn (Ed.), *La grieta de las drogas. Desintegración social y políticas públicas en América Latina* (pp. 103-112). Naciones Unidas.
- Tenorio, R. (2002). *Drogas. Usos, lenguajes y metáforas*. Abya-Yala.
- van Dijk, T. A. (2007). *Estructuras y funciones del discurso. Una introducción interdisciplinaria a la lingüística del texto y a los estudios del discurso*. Siglo XXI.
- van Leeuwen, T. (2008). *Discourse and practice. New tools for critical discourse analysis*. Oxford University Press.
- Wacquant, L. J. D. (2001). *Parias urbanos: Marginalidad en la ciudad a comienzos del milenio*. Manantial.

Agentes de propaganda médica, saberes y poder colonial: Jerarquías de producción y reproducción en la industria farmacéutica

Medical propaganda agents, knowledge, and colonial power: Hierarchies of production and reproduction in the pharmaceutical industry

Verónica Trelleira¹  

¹ Universidad Nacional de Lanús - ARGENTINA

DOI: <https://doi.org/10.26807/raci.V31.2025.365> | Páginas: 42-56

Fecha de envío: 05-09-2025 | Fecha de aceptación: 22-10-2025 | Fecha de publicación: 31-12-2025

Resumen

En este artículo analizo las significaciones que las y los Agentes de Propaganda Médica (APM) otorgan a los laboratorios, fármacos y medicamentos que cada uno de ellos produce, en un entramado donde se articulan jerarquías simbólicas, epistémicas y materiales. A partir de una aproximación decolonial, examino cómo la industria farmacéutica en Argentina se organiza en torno a diferentes tipos de laboratorios, aquellos que investigan y aquellos que copian y, en consecuencia, a la distinción entre medicamentos originales y genéricos revelando las asimetrías de legitimidad en la producción de conocimiento biomédico. Asimismo, indago en el rol de los *speakers* como mediadores autorizados que transmiten a las y los médicos el conocimiento sobre nuevos medicamentos producidos en Europa, conocimiento que es internalizado como verdad científica pero que se encuentra profundamente atravesado por los intereses de la industria farmacéutica. Sostengo que las y los APM no solo reproducen, sino que también encarnan el saber médico legitimado por la industria, invisibilizando y desplazando otros saberes posibles. Esta perspectiva de análisis muestra cómo la matriz colonial de poder capitalista global opera de manera persistente en la producción y circulación de medicamentos, reforzando desigualdades en el campo farmacéutico argentino.

Palabras clave: agentes de propaganda médica, industria farmacéutica, matriz colonial, medicamentos, conocimiento biomédico, Argentina.

Abstract

In this article, I analyze the meanings that Medical Sales Representatives (APM) attribute to laboratories, drugs, and the medicines each of them produces, within a framework where symbolic, epistemic, and material hierarchies are intertwined. Drawing on a decolonial approach, I examine how the pharmaceutical industry in Argentina is organized around different types of laboratories—those that conduct research and those that replicate—and, consequently, the distinction between original and generic medicines, revealing asymmetries in the legitimacy of biomedical knowledge production. I also explore the role of “speakers” as authorized mediators who transmit to physicians the knowledge about new drugs produced in Europe, knowledge that is internalized as scientific truth but is deeply shaped by the interests of the pharmaceutical industry. I argue that APM not only reproduce but also embody the medical knowledge legitimized by the industry, thereby rendering

other possible forms of knowledge invisible and marginal. This analytical perspective demonstrates how the global capitalist colonial matrix of power continues to operate persistently in the production and circulation of medicines, reinforcing inequalities within the Argentine pharmaceutical field.

Keywords: medical sales representatives, pharmaceutical industry, colonial matrix of power, medicines, biomedical knowledge, Argentina.

Introducción

Las y los Agentes de Propaganda Médica (APM) o visitadoras y visitadores médicos representan a las compañías farmacéuticas (laboratorios) constituyen un eslabón clave en la circulación del conocimiento y de los productos dentro del campo biomédico. Son las personas encargadas de “visitar” a las y los médicos en los Hospitales Públicos y Privados y en los consultorios con el fin de informar, promocionar y convencer a las y los médicos acerca de los efectos positivos de los nuevos medicamentos que se han desarrollado en la industria farmacéutica y reforzar la permanencia de los ya instituidos. Son la conexión entre el laboratorio farmacéutico y las y los médicos de las diferentes áreas. La promoción de los medicamentos se realiza, principalmente, a través de la entrega de muestras médicas, las cuales se entregan a las y los profesionales de la salud sin costo con el fin de generar en ellos el hábito de prescribir la marca del laboratorio para el cual cada APM trabaja.

Durante el trabajo de campo etnográfico realizado en distintos hospitales públicos observé diversas instancias de interacción entre APM, médicas y médicos, entre ellas los denominados Ateneos. Estas actividades, organizadas por los laboratorios, consisten en charlas impartidas por médicas o médicos contratados por la empresa para presentar las propiedades terapéuticas de un nuevo medicamento. En una de estas jornadas, acompañando a Sergio —APM de un laboratorio nacional con veinte años de experiencia—, presencié un Ateneo sobre probióticos y prebióticos, dictado por un médico reconocido de un hospital privado de alta reputación a sus colegas. La intención es que el expositor instruya a las y los asistentes acerca de las bondades que tiene el medicamento sobre el cual está hablando. Tuve la posibilidad de participar de uno en el Hospital Público N°1¹ durante una jornada en la que acompañaba a Sergio, quien trabaja para un laboratorio nacional y tiene 20 años en la profesión. Nos encontramos en la puerta de entrada y juntos fuimos a “la salita”². Allí, nos dispusimos a armar bolsas con muestras de medicamentos para distribuir entre las y los médicos asistentes al encuentro. Terminamos esa tarea y nos dirigimos al primer piso. La actividad se desarrolló en una sala donde había sillas y un pizarrón. Además de Sergio y yo, participaron siete médicas y dos médicos que ya se encontraban en su sitio cuando llegamos. Sergio se ubica al frente y yo me siento junto a un médico a escuchar al *speaker*.

En un principio me costó comprender nuestra presencia en esa actividad, pero con el transcurso de la exposición y las intervenciones de Sergio pude notar que la charla no estaba orientada a la mera formación de las y los médicos, sino a la promoción positiva del medicamento que Sergio distribuye: una forma de legitimación del producto del laboratorio ante las y los médicos.

¹ A fin de resguardar el anonimato de mis interlocutores tanto los nombres de las personas como de las instituciones en las que realicé trabajo etnográfico tienen nombres ficticios. El Hospital Público N°1 es un Hospital General de Agudos, nivel III de alta complejidad ubicado en la zona sur de CABA.

² Espacio del cual las y los APM disponen al interior de algunos hospitales públicos y utilizan a manera de depósito para guardar sus muestras médicas. Allí confluyen APM de diferentes laboratorios, por lo tanto, también funciona como un espacio de socialización.

Al terminar el Ateneo, repartimos las bolsas entre las y los asistentes y acompañamos al médico que impartió la charla a la puerta del hospital. Luego de despedirlo Sergio me dice refiriéndose al tema del Ateneo: “Esto de los probióticos y prebióticos es muy nuevo, los médicos todavía no saben un porongo, por eso el laboratorio contrató a este médico que es un grosso del Italiano para que les explique. Es speaker del laboratorio”.

La figura del *speaker* —médico o médica contratado/a para disertar sobre los beneficios de un fármaco— ocupa un lugar central en este entramado. En tanto “palabra autorizada”, legitimada por su capital simbólico y remunerada por el laboratorio, encarna la autoridad epistémica necesaria para dotar de credibilidad científica a la promoción comercial. Estas instancias de capacitación funcionan, en consecuencia, como espacios de articulación entre conocimiento, mercado y poder, donde el saber médico se actualiza bajo la lógica de la industria farmacéutica.

“Los médicos son muy celosos de su conocimiento” – me había dicho Sergio – “Nosotros (los laboratorios) ya tenemos productos que están instalados hace años, el médico ya sabe cómo funcionan. Ahora, cuando se saca un producto nuevo no tienen ni idea, entonces la capacitación es muy importante y esta es una forma de hacerlo” – me contaba Sergio mientras se desarrollaba el Ateneo.

El objetivo de este artículo es analizar cómo las y los APM participan en la reproducción, circulación y legitimación del conocimiento biomédico dentro del campo farmacéutico argentino, evidenciando las formas en que se configuran y reproducen jerarquías simbólicas, epistémicas y materiales entre laboratorios internacionales y nacionales. Desde una perspectiva antropológica y decolonial, el trabajo busca comprender cómo estas jerarquías se inscriben en los discursos y prácticas cotidianas de las y los APM y en los significados que estos atribuyen a los medicamentos y a los laboratorios que los producen. Desde la perspectiva de estas y estos APM, la propuesta es desplegar una mirada etnográfica sobre la industria farmacéutica, un ámbito habitualmente abordado desde disciplinas técnicas o económicas, para intentar dar cuenta de cómo las desigualdades globales en la producción del conocimiento científico se reproducen en la trama local tanto en las relaciones laborales y comerciales como en las simbólicas. Al centrar el análisis en las perspectivas nativas y las experiencias de las y los APM, la investigación aporta a la antropología de la salud una comprensión situada de cómo la matriz colonial de poder se reproduce y actualiza en el ámbito contemporáneo del capitalismo farmacéutico. A la vez, permite comprender cómo los laboratorios se posicionan como productores y difusores de conocimiento dentro del campo médico, desplazando parcialmente el rol tradicional de los profesionales de la salud como autoridades epistémicas. En este contexto, las y los APM se convierten en mediadores de un saber biomédico que se presenta como supremo, científico y neutral, pero que se encuentra profundamente atravesado por intereses corporativos y lógicas de mercado.

Es a través de la figura del *speaker*, palabra autorizada, legitimada y remunerada por cada laboratorio, que las y los médicos son “instruidos” sobre los nuevos fármacos y productos desarrollados que se comercializarán en el mercado. Ese conocimiento nuevo se incorporará al saber médico y será reforzado a posteriori por el discurso promocional de las y los APM durante “la visita”.

Desde la teoría decolonial, esta dinámica puede interpretarse a la luz de los conceptos de colonialidad del poder (Quijano, 2000) y colonialidad del saber (Lander, 2000). Según Quijano, la estructura global de la industria farmacéutica reproduce la división internacional del trabajo propia del sistema-mundo colonial-moderno: los laboratorios multinacionales, ubicados en los centros hegemónicos del Norte Global, concentran la investigación (generación de conocimiento), la innovación y el control de patentes, mientras los laboratorios nacionales ocupan posiciones subordinadas dedicadas a la copia, es decir, reproducción y comercialización de ese conocimiento ya legitimado. Esta jerarquía no solo genera dependencia económica, sino que establece un orden simbólico donde el valor científico y la autoridad epistémica se concentran en los centros de poder global. Por su parte, la colonialidad del saber de Lander (2000) permite entender cómo esta estructura económica se traduce en una jerarquía cognitiva: el conocimiento biomédico producido en Europa o Estados Unidos se asume como universal, objetivo y verdadero, mientras que el desarrollado en el contexto local se considera derivado o carente de rigor. Así, la distinción entre medicamentos “originales” y “copias” se convierte en un signo de estatus epistémico, donde el fármaco “original” simboliza el conocimiento legítimo y el “genérico” encarna un saber subordinado.

Este trabajo se inscribe en diálogo con los Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología (STS), particularmente con Bruno Latour (1987), quien analiza la construcción en red de la autoridad científica y los procesos de traducción que estabilizan los hechos. Desde esta perspectiva, las y los APM y las y los *speakers* operan como mediadores que traducen y legitiman el conocimiento científico, reforzando los circuitos de autoridad. Asimismo, la noción de biocapital desarrollada por Kaushik Sunder Rajan (2006) permite situar la industria farmacéutica dentro de una economía política global del conocimiento, donde los medicamentos condensan valor científico, simbólico y económico. Finalmente, las contribuciones de Annemarie Mol (2002) sobre la ontología situada de la práctica médica ofrecen un marco para pensar cómo los fármacos adquieren significado y autoridad en contextos específicos de interacción.

En conjunto, esta introducción propone un abordaje etnográfico y decolonial del campo farmacéutico argentino, que permita visibilizar cómo las desigualdades globales en la producción y circulación de saberes biomédicos se materializan en las prácticas cotidianas de las y los APM, en la jerarquización tanto de laboratorios como de medicamentos, y en la legitimación de ciertos conocimientos como verdaderos, confiables y universales en detrimento de otros.

Laboratorios nacionales y extranjeros o “multis”

El panorama de la industria farmacéutica en Argentina presenta algunas complejidades. En primera instancia, existe una división entre los laboratorios nacionales y los laboratorios extranjeros, transnacionales o multinacionales conocidos por los APM como “multis”. Los primeros constituyen empresas familiares constituidas, en su mayoría, a fines del s. XIX por inmigrantes europeos del sur. La relevancia de estos como impulsores de la industria farmacéutica en nuestro país puede vincularse con su formación científica en los campos de la química y la salud, conocimientos que trajeron desde su tierra natal. Fusiones, compras y ventas mediante laboratorios nacionales como Bagó, Roemmers y Andrómaco, fundados en las primeras décadas del S. XX, prolongaron su carácter familiar hasta nuestros días. (Campins & Pfeiffer, 2011)

En sus comienzos, la producción de medicamentos era llevada adelante por los boticarios³, profesionales que, siguiendo las prescripciones médicas, preparaban medicamentos combinando, de manera artesanal, extractos vegetales, animales y minerales. Con la aparición de las especialidades farmacéuticas y la producción estandarizada y masiva, esta práctica artesanal fue paulatinamente reemplazada hasta llegar a lo que hoy conocemos como compañías farmacéuticas (Campins & Pfeiffer, 2011).

Los laboratorios extranjeros son filiales de compañías farmacéuticas que tienen sus sedes centrales en países foráneos como Estados Unidos, Inglaterra, Alemania, Suiza o Japón. Estos últimos, en su gran mayoría, son laboratorios que realizan investigación y desarrollo tecnológico (I+D). Esto significa que investigan, desarrollan y someten a aprobación nuevos fármacos o principios activos a partir de los cuales luego sintetizan y elaboran nuevos medicamentos o mejoran los ya existentes. Por ser producto de dicho proceso, a estos nuevos fármacos se los denomina “originales”. La compañía farmacéutica desarrolladora les pone su marca y, gracias a la Ley N° 24.481, tiene la exclusividad de su comercialización durante 20 años (Gligo, Peres & Plottier, 2023). Estas investigaciones no se realizan en Argentina. Mientras cada compañía farmacéutica multinacional o “multi” investiga en su país de origen, donde se encuentra su casa matriz, aquellas compañías farmacéuticas nacionales que cuentan con las instalaciones correspondientes se dedican solamente a la producción. Hacia el año 2020, nuestro país contaba con 354 laboratorios nacionales de los cuales 229 contaban con plantas manufactureras orientadas a la elaboración de medicamentos (Gligo, Peres & Plottier, 2023).

El proceso de investigación abarca entre diez y veinte años. Una vez concluido, el fármaco original, transformado en medicamento, sale al mercado. En este punto se diferencia el fármaco o principio activo propiamente dicho del producto terminado. Todo medicamento contiene un determinado porcentaje de principio activo combinado con cierto porcentaje de excipientes. Este se comercializa con el nombre de fantasía y la marca, es decir, el nombre del laboratorio que realizó la investigación, o con el nombre del fármaco y la marca. Pasado el período de veinte años durante el cual el laboratorio que realizó la investigación conserva el derecho de la propiedad intelectual del medicamento, la patente se vence o, como me comentaron los APM, “se cae”. A partir de entonces, todo laboratorio se encuentra habilitado para “copiar” el producto original y lanzarlo al mercado con su propio nombre o marca. Desde el discurso nativos, a ese producto se lo denomina “copia”, “genérico con marca” o, simplemente, “genérico”. Es también el momento en que los laboratorios multinacionales comienzan a investigar una nueva molécula o a mejorar las ya existentes.

Según las y los APM con los que he conversado, los laboratorios multinacionales que realizan investigación sostienen la exclusividad del fármaco original durante el tiempo que consideran que les es rentable.

“Las multis son las dueñas de las patentes porque son los que investigaron la droga y es producida nada más que por ellos. Esa droga es 100% confiable porque es la molécula original” –me explicó Javier, APM de un laboratorio nacional con 40 años en la profesión.

“[...] la droga tiene distintos orígenes también. Vos podés comprar la droga directamente al laboratorio original, que tiene otro valor, acá se compra mucho a la India a China, y es digamos una droga de

³ Antecesores de los farmacéuticos modernos, trabajaban en las boticas, locales similares a las actuales farmacias durante el S. XIX.

menor calidad, nos guste o no nos guste no es la misma calidad que un laboratorio europeo o norteamericano” –me contó Nicolás, APM de un laboratorio multinacional con 18 años en la profesión, estudiante de medicina.

En el primer relato, Javier enfatiza que solo las “multis” producen la droga original, por lo cual sus drogas se consideran “100% confiables”. Esto refleja la colonialidad del poder ya que establece un orden jerárquico global: los laboratorios centrales que investigan y desarrollan los fármacos ocupan posiciones de autoridad y control sobre los productos, mientras que los laboratorios nacionales quedan subordinados, limitados a reproducir o comercializar copias. De esta manera, se expresa la naturalización de la confianza hacia la “molécula original” y la consolidación de la dependencia tecnológica y económica de los laboratorios locales frente a los extranjeros.

En el segundo relato, Nicolás diferencia entre drogas provenientes de laboratorios originales y aquellas compradas en India o China, percibiendo estas últimas como de “menor calidad”. Aquí se evidencia fuertemente la colonialidad del saber, pues se asigna mayor valor epistemológico y legitimidad científica a los fármacos producidos en el Norte Global, mientras que los producidos en los laboratorios periféricos son vistos como inferiores, aun cuando cumplan con regulaciones locales. La percepción de calidad se convierte así en un marcador simbólico que reproduce la subordinación de los saberes locales frente a los eurocéntricos.

Ambos relatos, observados desde una perspectiva antropológica decolonial, muestran que las jerarquías entre medicamentos y laboratorios no son únicamente técnicas o comerciales, sino que consolidan una matriz colonial global heredada de poder y conocimiento, donde los APM actúan como mediadores que internalizan, reproducen y, en algunos casos, encarnan estas asimetrías estructurales en sus prácticas cotidianas.

“Los genéricos no son lo mismo. Son de otra calidad. Los medicamentos genéricos no se hacen en laboratorios de investigación, se hacen con drogas que se compran a Pakistán, Turquía, Rusia, Asia. Son copias. La droga madre, la del investigador, es la droga más confiable. Hay laboratorios que compran la droga en Pakistán, no se la compran a Pfizer sino a droguerías que hacen una copia, pero más trucha” – me comentó Javier, APM de un laboratorio nacional.

En el relato de Joaquín aparece con claridad y contundencia la idea de “calidad”. En su argumento expresa cómo las jerarquías que estructuran la industria farmacéutica reproducen lo que Aníbal Quijano (2000) denomina la colonialidad del poder y lo que Edgardo Lander (2000) conceptualiza como colonialidad del saber. En el discurso del APM, la distinción entre los laboratorios “padres de la droga” —ubicados en el Norte Global y asociados a la investigación y la innovación— y aquellos que “copian” o “compran la droga en Pakistán” reproduce una jerarquía global de legitimidad científica que coloca a los saberes y tecnologías del Sur en una posición subordinada. La referencia a Pfizer como “el padre de la droga” no solo traduce una metáfora de filiación y autoridad, sino que naturaliza una estructura de poder donde el conocimiento biomédico legítimo se origina en los centros hegemónicos —Estados Unidos, Europa— mientras los países periféricos se limitan a replicar, adaptar o comercializar sus descubrimientos. Esta narrativa refuerza, en términos de Lander, la idea de que la ciencia moderna occidental opera como un régimen de verdad universal que descalifica otras

formas de producción de saber.

A su vez, el relato de Julia, APM de un laboratorio multinacional con 15 años de profesión, nos permite analizar de manera clara cómo operan simultáneamente la colonialidad del poder (Quijano, 2000) y la colonialidad del saber (Lander, 2000) en la industria farmacéutica y en la construcción de confianza sobre los medicamentos.

“[...] si Novartis te dice “esto tiene 150 mgs. de valsartán” tiene 150 mgs. de valsartán. Si Argentina te dice “esto tiene 150 mgs. de valsartán” no sabés si los tiene o no lo tiene”

La distinción que Julia establece entre Novartis (multinacional) y Argentina (laboratorio nacional) refleja la jerarquía global de autoridad y control sobre la producción de conocimiento científico y tecnológico. Las multinacionales, al ser las propietarias de la investigación y las patentes, detentan el monopolio sobre la veracidad de la información técnica: “si Novartis te dice [...] tiene 150 mgs, tiene 150 mgs”. Esta afirmación no es neutral; reproduce una relación de dependencia en la que los laboratorios locales quedan subordinados, situando sus productos y su saber como menos confiables, naturalizando así, la legitimidad y autoridad de los saberes de los centros de producción del Norte global.

Desde la colonialidad del saber, el relato evidencia cómo se asigna legitimidad epistemológica al conocimiento producido por los laboratorios multinacionales y se desvaloriza el producido localmente. La idea de que un medicamento de laboratorio nacional “no sabés si lo tiene o no lo tiene” refleja una percepción de inferioridad cognitiva y científica, donde el saber local es percibido como inferior frente a los estándares internacionales.

Antropológicamente, este relato muestra cómo las jerarquías globales se incorporan en la práctica diaria de las y los APM, quienes internalizan y reproducen estos criterios con lo que contribuyen con sus prácticas y discursos a mantener la matriz colonial de poder y saber dentro del campo farmacéutico argentino.

En tanto los fármacos y medicamentos originales son considerados 100% efectivos y cuentan con la total confianza por parte de todas y todos los APM, las “copias” o “genéricos con marca” cargan con la desconfianza acerca de la pureza, calidad y porcentaje de miligramos de droga y excipientes que se incluyen durante su elaboración. A la vez, se manifiestan con una notable contundencia al referirse negativamente a los “genéricos sin marca”, medicamentos producidos por laboratorios que no contratan APM para su distribución. La distinción entre multinacionales, laboratorios nacionales y “genéricos sin marca”, refleja una jerarquización que responde a dinámicas históricas heredadas del colonialismo donde los sistemas de conocimiento occidentales han sido impuestos como los únicos válidos. Así, la superioridad de los laboratorios extranjeros refuerza una lógica en la que ciertos actores dominan el mercado y establecen los criterios de calidad y legitimidad de los productos. En este sentido, la confianza en los laboratorios más poderosos no es solo un fenómeno económico, sino también simbólico y discursivo. Las y los APM asocian con una confiabilidad incuestionable a todos los laboratorios internacionales (en su mayoría provenientes de Europa y Estados Unidos), con una confianza tímida a los laboratorios nacionales de renombre, mientras

que el resto de los laboratorios nacionales son sistemáticamente cuestionados. De esta manera, la construcción de la “calidad” y la “efectividad” de los medicamentos responde a narrativas impuestas desde centros de poder que legitiman ciertas formas de conocimiento y deslegitiman otras. El cuestionamiento selectivo de la calidad de los medicamentos y la jerarquización de los laboratorios responde a una matriz de poder y una lógica eurocéntrica que tiene raíces coloniales y perpetúa y reproduce desigualdades dentro de la industria farmacéutica.

En la industria farmacéutica, los laboratorios, a través de la capacitación y formación que proporcionan a las y los APM, establecen discursos, con carácter de verdad incuestionable que determinan la calidad y efectividad de ciertos fármacos y medicamentos en detrimento de otros según sus propios intereses. Ensayos clínicos e investigaciones científicas son presentados por las compañías farmacéuticas como verdades objetivas que las y los visitantes médicos internalizan como tales mediante procesos de subjetivación. Las y los APM, a través de su formación y prácticas discursivas, reproducen y refuerzan los discursos de verdad establecidos por las compañías farmacéuticas en sus interacciones con las y los profesionales de la salud. Considero importante destacar que los discursos que las y los APM reproducen, si bien ponderan los fármacos y medicamentos originales por sobre los genéricos, enaltecen a la vez, los productos de los laboratorios nacionales más importantes. A partir de esos discursos que reproducen ese conocimiento acerca de la superioridad de algunos fármacos y medicamentos sobre otros, las y los APM refuerzan el poder de las compañías farmacéuticas más preponderantes que comercializan sus productos en nuestro país. Esto da cuenta de cómo los discursos de las y los visitantes médicos operan dentro de una lógica capitalista que refuerza el poder de los grandes laboratorios sin cuestionar su posición, lo que es un claro reflejo de la hegemonía y reproducción ideológica dentro del mercado farmacéutico. Así, la distinción entre medicamento “original” y “genérico” se convierte en una extensión de esta geopolítica del conocimiento. El “original” condensa legitimidad, innovación y calidad, mientras que el “genérico” aparece bajo sospecha de ser una “copia rebajada”. Más allá de las cuestiones técnicas, lo que se pone en evidencia es una jerarquía simbólica donde se valoriza el medicamento según tanto su procedencia geográfica como la autoridad epistémica de quien lo produjo.

Hasta aquí he explicado las concepciones que las y los APM tienen sobre las drogas y medicamentos que denominan “originales”, producto de largas investigaciones llevadas adelante por los laboratorios multinacionales y las que denominan “copias”, aquellas drogas y medicamentos que son réplicas de los primeros. Esta distinción, que en apariencia remite a diferencias técnico-químicas o de procedimiento, en realidad reproduce una jerarquía epistémica que puede comprenderse desde la perspectiva decolonial. Esta clasificación no solo organiza la economía del mercado farmacéutico, sino que también produce y refuerza jerarquías simbólicas y epistémicas entre quienes investigan, prescriben, distribuyen y consumen medicamentos, reproduciendo en el campo farmacéutico argentino la matriz colonial de poder-saber que atraviesa históricamente la producción global del conocimiento.

Saberes en disputa: el poder de los laboratorios en la construcción del conocimiento médico

En el entramado de relaciones que configuran la industria farmacéutica argentina, las y los APM no son parte de la comunidad médica ni del cuerpo científico que investiga y desarrolla nuevos

fármacos, pero tampoco son simples intermediarios comerciales. Su trabajo cotidiano consiste en la distribución de muestras médicas y en la circulación de saberes biomédicos que provienen de los laboratorios y se dirigen hacia las y los médicos, en un proceso de transmisión y legitimación de conocimiento. Sin embargo, existe en esta red de relaciones, un actor social sumamente relevante: el farmacéutico.

En nuestro país, se encuentra vigente una ley de prescripción de medicamentos que, entre otros requisitos, induce al médico a recetar por nombre de la droga tanto en hospitales públicos como en hospitales y consultorios privados. De acuerdo con dicha ley, la 25.649, las y los médicos deben prescribir siempre por el nombre genérico, es decir, el nombre del fármaco sin marca. Sin embargo, según el Decreto Reglamentario 9897/03, las y los profesionales tienen la facultad de poder sugerir en la receta, junto al nombre genérico, el nombre comercial del medicamento con la debida justificación.

"[...] para los nuestros (medicamentos) que son "genéricos con marca" normalmente disponés del servicio del médico que éticamente... No te lo dio un almacenero en un papel, lo ético es la receta profesional. DCI se llama [...] Existe una ley que le sugiere al médico recetar no por marca sino por nombre de la droga. [...] Entonces...ahí...la última palabra la tiene el farmacéutico" –me explicó Héctor, APM de un laboratorio nacional.

Al subrayar que lo "ético" es que la prescripción provenga de un médico y no de un almacenero, Héctor asigna autoridad y legitimidad al saber biomédico profesional, consolidando la centralidad de los médicos como portadores de saberes legitimados y mediadores autorizados entre los laboratorios y los pacientes. La referencia a la receta por DCI (denominación común internacional) muestra cómo, aun en contextos normativos donde es posible sustituir una marca por otra, persisten mecanismos de control simbólico: la última decisión sobre qué medicamento se dispensa sigue dependiendo de la jerarquía institucional y profesional, lo cual reproduce la jerarquía de ciertos saberes sobre otros.

Desde la perspectiva antropológica, este relato revela que la circulación de medicamentos no es solo un proceso técnico, sino un entramado social donde normas, autoridad médica y APM como intermediarios refuerzan desigualdades epistémicas y simbólicas, consolidando la dependencia de los consumidores y farmacéuticos respecto de los centros de conocimiento y producción farmacéutica legítimos, en línea con la matriz colonial de poder y saber.

En el relato de Héctor es posible identificar la importancia que le otorga a la prescripción del médico. Haciendo hincapié en el hecho de que el papel "no te lo da un almacenero" sienta su posición con respecto a quién debe tener la potestad de prescribir. En la Industria Farmacéutica se denomina "mercado ético" al mercado de medicamentos que requieren receta médica. Es decir, se trata de aquellos productos medicinales que solo pueden adquirirse con la prescripción de un médico o médica (Rodríguez Malina, A., 2009) Llamativamente, se vincula estrechamente el carácter de "ético" a la receta. Lo que está escrito en ese papel es lo ético, lo correcto, lo que deber ser dispensado por la o el farmacéutico sin cuestionamientos. "La prescripción del profesional médico debe ser respetada en su totalidad y sin sustituciones por los farmacéuticos que dispensan la medicación" (Rodríguez, 2009, p.16)

“Esta ley, la verdad, le dio al farmacéutico la posibilidad de manejar él el tema porque tiene poder de decisión. Ahora el farmacéutico te cambia la receta y te vende lo que tiene más stock y lo que le da más rentabilidad. Con anuencia del paciente. En realidad, el que decide sería el paciente, pero te imaginás que el farmacéutico te lo maneja” –afirmó con contundencia Sergio.

“El negocio se lo dejaron en manos al farmacéutico, ese es el problema. Vos sos farmacéutica y hacés tu negocio, no el del laboratorio” –comentó Nicolás.

Tanto en el discurso de Sergio como en el de Nicolás, se evidencia una tensión en torno a la legitimidad del saber biomédico y a quién le corresponde detentarlo. En ambos, el farmacéutico aparece como una figura que “interfiere” en el poder de decisión que, desde la perspectiva de los APM, debería residir exclusivamente en el médico y, por extensión, en el laboratorio productor del medicamento. Esta visión jerarquiza los lugares de saber dentro del campo farmacéutico, ubicando a los laboratorios —particularmente aquellos del Norte Global— como el origen legítimo del conocimiento científico legítimo, al médico como su depositario autorizado, y al farmacéutico como un actor secundario cuya intervención comercial “distorsiona” el sentido técnico y científico del medicamento.

Desde una perspectiva decolonial, esta jerarquía reproduce las lógicas de la colonialidad del saber (Lander, 2000), en tanto se establece una estructura epistémica vertical que define dónde se produce el conocimiento válido (los laboratorios multinacionales del Norte Global) y quiénes están habilitados a reproducirlo o aplicarlo (los médicos locales). El farmacéutico, al asumir un rol de intermediación entre el medicamento y el paciente —sustituyendo la prescripción— es percibido por los APM como una amenaza al orden jerárquico de circulación del saber biomédico, en el que solo ciertos actores tienen la legitimidad de hablar en nombre de la ciencia. A su vez, la colonialidad del poder (Quijano, 2000) se expresa en la manera en que los APM naturalizan la autoridad del laboratorio transnacional como fuente de verdad científica, reforzando la dependencia epistémica y material de los saberes locales respecto de los centros hegemónicos.

En este sentido, la disputa entre médicos, farmacéuticos y APM no se limita al plano comercial, sino que remite a un conflicto por la autoridad del saber y su control dentro de una estructura global jerarquizada. Los APM, al defender el lugar del médico y del laboratorio como portadores del conocimiento legítimo, contribuyen a reproducir un orden epistémico eurocentrado, donde la ciencia —y por tanto la verdad— continúa asociada a los polos de producción del Norte Global. Esta perspectiva permite entender cómo, incluso en los debates locales sobre la receta médica o la intermediación farmacéutica, se reactivan los fundamentos coloniales que sostienen la legitimidad del saber biomédico contemporáneo.

Tradicionalmente, el rol del farmacéutico ha sido asociado al del profesional que únicamente dispensa a las y los pacientes el medicamento prescrito por “el médico”. Esto supone la invisibilización de muchas de sus competencias, entre ellas, el conocimiento sobre los fármacos y sus interacciones. Al contar con un amplio conocimiento sobre medicamentos, enfermedades y tratamientos, las y los farmacéuticos, están capacitados para brindar asesoramiento a los pacientes sobre el proceso correcto de uso de los medicamentos, sus contraindicaciones y la detección y corrección de los posibles efectos secundarios que pudieran surgir derivados de su utilización. Además, cuentan con

información detallada acerca de los diferentes sistemas de dosificación, como tabletas, cápsulas y jarabes.

Con el transcurso del tiempo y, debido a la mayor demanda social sobre cuestiones relacionadas con la promoción y prevención de la salud, la profesión farmacéutica ha ido adaptando sus prácticas basadas exclusivamente en la dispensa y venta de medicamentos a una más centrada en el paciente. Las y los farmacéuticos tienen una interacción continua con las y los pacientes que muchas veces deviene en un vínculo más estrecho del que éstos logran desarrollar con médicas y médicos. Esto tiene su explicación en el hecho de que la mayoría de las personas concurren a consultas con médicas y médicos de diversas especialidades, pero, por lo general, compran los medicamentos prescritos en la farmacia más cercana a su domicilio, donde se encuentran siempre con el mismo farmacéutico o farmacéutica. Es entonces donde el ejercicio de la dispensa activa adquiere relevancia. Esta, consiste en una actitud activa por parte de la o el farmacéutico que implique un diálogo con las y los pacientes, a fin de brindarles una correcta explicación sobre el medicamento más adecuado para cada situación particular, así como las dosis correctas para cada paciente (López & Aparisi, 2006; Lorenzati & Bertoldo, 2012; Puras & Sáenz, 2014)

Estas habilidades de las y los farmacéuticos que van más allá del conocimiento técnico y trascienden la mera entrega física de medicamentos se encuentran totalmente ausentes en los relatos de las y los APM. Poniendo énfasis en el rédito económico que, según ellos, las y los farmacéuticos intentan sacar de la dispensa de medicamentos, invisibilizan los conocimientos farmacológicos y la función social que cumplen. No sólo los caracterizan como comerciantes, sino también, les confieren un rol pasivo de simples vendedoras y vendedores de medicamentos y, sobre todo, sugieren en sus relatos, la falta de “ética” con que desempeñan su actividad en tanto tienen “el poder” de “cambiarte la receta”, lo que implica sustituir el medicamento prescrito por la o el médico por otro. Contrariamente a lo que han expresado sobre la calidad de las drogas y excipientes, las perspectivas de las y los APM sobre la dispensa de recetas en las farmacias son unánimes. Nuevamente se pone de manifiesto cómo las y los APM han internalizado los discursos transmitidos por las compañías farmacéuticas. Notablemente, este discurso es reproducido tanto por APM de laboratorios nacionales como por APM de laboratorios multinacionales. En sus relatos las y los APM realzan el rol del médico como actor fundamental que prescribe en función del bienestar del paciente y como palabra autorizada en contraposición al farmacéutico que carece de conocimientos clínicos y dispensa priorizando su propio beneficio económico. Sin embargo, esta visión pasa por alto un factor muy importante: la influencia de la industria farmacéutica en la prescripción médica. El argumento acerca de que “el médico receta lo que le parece más conveniente para el paciente” encubre la manera en que las y los APM inciden en las decisiones de médicas y médicos a la hora de prescribir, principalmente, a través de la entrega de muestras médicas. En este sentido, “lo más conveniente para el paciente” no siempre parece ser una decisión puramente terapéutica, sino que suele estar mediada por una conveniencia comercial que involucra tanto a profesionales de la salud como a las y los AMPs. En síntesis, estos relatos reafirman el propio rol de las y los APM dentro del sistema de salud como representantes de la industria farmacéutica y legitiman el rol de médicas y médicos, que son quienes prescriben sus marcas, en detrimento de las y los farmacéuticos, que son quienes pueden intervenir y modificar la decisión de compra de los medicamentos de las y los pacientes. Pero lo más importante en estos discursos no es quién tiene el poder de decisión sobre qué medicamento finalmente compra el

paciente. Lo que revelan es cómo los intereses económicos se ponen en juego en el entramado de relaciones que implica a la industria farmacéutica, APM, médicas y médicos y farmacéuticos. Según los discursos, con el argumento de que “no les importa” si el medicamento que dispensan “es conveniente para el paciente”, las y los APM sostienen que “el poder debe volver al médico”. Bajo esta frase subyacen tanto sus propios intereses económicos como los de los laboratorios nacionales y multinacionales para los cuales trabajan. La convergencia en las narrativas de las y los APM de laboratorios nacionales y multinacionales sugiere que, más allá de sus diferencias, comparten el interés fundamental de mantener determinados canales de influencia sobre la prescripción médica, que podrían verse amenazados por una mayor participación de las y los farmacéuticos en las decisiones sobre qué medicamentos las y los pacientes finalmente adquieren. Cuando la o el farmacéutico ofrece alternativas al medicamento prescrito, desafía no solo la autoridad médica sino, fundamentalmente, la efectividad de las estrategias comerciales de los laboratorios. De esta manera, la aparente preocupación por la autonomía médica enmascara un interés esencialmente económico que atraviesa a toda la industria farmacéutica.

Como he expresado ampliamente, en los discursos de las y los APM la figura de “el médico” adquiere una relevancia preponderante. Según lo dicho por visitadoras y visitantes, es el médico quien porta un saber certero e indiscutible sobre qué medicamento es conveniente para tratar a cada paciente en particular. Sin embargo, en sus relatos, a menudo surge una aparente contradicción, ya que, en muchas ocasiones, las y los APM expresan que son ellas y ellos quienes poseen el mayor conocimiento sobre los medicamentos.

“La visitadora anterior se le ponía de igual a igual a los médicos –me había contado Sergio durante un almuerzo que compartimos con Javier– por eso la cambiaron. Vos podés saber más que el médico, pero si se lo hacés notar, no te receta más nada” –concluyó.

“Nunca hay que demostrar que se tiene más conocimiento que el médico del producto –interviene Javier– Te voy a contar una cosa. Una vez yo a un médico le di una lección catedrática de un producto, le expliqué todo lo que tenía el medicamento, todos los componentes y cuando terminé me dijo ‘la verdad que vos, lo que me dijiste está fantástico, pero no vengas más, el médico soy yo’”. A partir de ahí digo, ‘Le averiguo y le contesto la próxima’”.

Tanto Sergio como Javier exponen claramente que existe una jerarquía establecida donde el médico debe mantener una posición dominante de conocimiento independientemente del saber real. La visitadora puede “saber más”, pero debe subordinarse a las estructuras de poder existentes. El ejercicio del saber legítimo lo tienen las y los médicos.

Situaciones como estas obstaculizan el objetivo principal que es la prescripción del medicamento que cada APM promociona. La no prescripción de la propia marca puede derivar en consecuencias económicas perjudiciales para los laboratorios y, por consiguiente, para las y los APM. Por tanto, las y los visitantes con quienes he conversado aconsejan no desafiar ese “saber médico” en el ámbito de “la visita médica”.

La frase “nunca paso por encima del médico” se hizo presente en diferentes momentos en boca de

diversos APM de todo tipo de laboratorios, tanto nacionales como multinacionales. Sin embargo, la situación descripta más arriba sólo representa la punta del iceberg. Según lo expresado durante este trabajo, son los laboratorios quienes imparten los conocimientos sobre los medicamentos a las y los médicos. Así, cuando “sacan” al mercado un producto nuevo, apelan a ese “saber médico” para transmitir a otras y otros médicos información acerca del nuevo fármaco o medicamento.

Desde una mirada antropológica, este análisis permite evidenciar cómo las y los Agentes de Propaganda Médica se convierten en mediadores que, al difundir el discurso de la industria, encarnan y reproducen esta matriz colonial de poder y saber. En sus prácticas cotidianas, los APM legitiman los saberes eurocéntricos y desvalorizan los nacionales, reproduciendo así las fronteras epistémicas y simbólicas que sostienen la desigualdad estructural del campo farmacéutico argentino.

De este modo, el artículo se inscribe en una línea de reflexión que, al igual que la propuesta de Quijano y Lander, busca desnaturalizar la idea de neutralidad científica y poner en evidencia cómo el conocimiento biomédico circula dentro de un orden global profundamente colonial.

Conclusiones

El análisis de las prácticas y discursos de las y los Agentes de Propaganda Médica (APM) en hospitales argentinos me ha permitido dar cuenta de cómo la industria farmacéutica organiza y reproduce jerarquías de saber, poder y legitimidad dentro del campo médico. A través de la entrega de muestras, la mediación de los *speakers* y la circulación de información sobre fármacos originales y genéricos, las y los APM no solo transmiten conocimientos biomédicos, sino que también consolidan un orden epistémico que privilegia a los laboratorios multinacionales del Norte Global como productores legítimos del saber científico.

Desde la perspectiva de la colonialidad del poder (Quijano, 2000), se observa que estas jerarquías estructuran las relaciones entre laboratorios, médicas y médicos, farmacéuticos y pacientes, estableciendo un esquema de dependencia y subordinación de los actores locales frente a los centros hegemónicos de producción científica. A su vez, la colonialidad del saber (Lander, 2000) permite comprender cómo se naturaliza la autoridad de los laboratorios transnacionales, se construyen los medicamentos “originales” como productos del conocimiento legítimo y, por tanto, de mejor calidad, mientras se perciben las “copias” o productos nacionales inferiores tanto en calidad como epistemológicamente. Este orden epistémico jerárquico también se refleja en la percepción de las y los APM sobre las y los médicos y farmacéuticos: los primeros son depositarios del saber autorizado, proveniente de los laboratorios del Norte Global, mientras que los segundos, al modificar la prescripción o priorizar intereses comerciales, son vistos como actores secundarios que vulneran la autoridad científica de médicas y médicos.

El enfoque etnográfico de este trabajo contribuye a la antropología médica al mostrar cómo los discursos y prácticas locales están imbricados en una matriz colonial global de desigualdades epistemológicas y económicas. Asimismo, al dialogar con estudios de ciencia, tecnología y sociedad (Latour, 1987), biocapital (Sunder, 2006) y etnografías de fármacos (Mol, 2002; Petryna, 2009), se evidencia que los medicamentos y el saber médico se configuran de manera situada, atravesados

por relaciones de poder, confianza y legitimidad que exceden el plano técnico o económico.

Por último, la investigación revela que las y los APM no son meros intermediarios comerciales, sino sujetos activos en la producción, circulación y legitimación del conocimiento biomédico, articulando una jerarquía de saberes que reproduce la colonialidad del poder y del saber en el campo farmacéutico argentino hasta el día de hoy.

Referencias

- Abrutzky, R., Bortz, G., & Kosacoff, B. (2015). El perfil de la industria farmacéutica de la Argentina: Interrogantes a mediano plazo. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 26(51), 102-130. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-17162015000200004&lng=es&tlng=es
- Abrutzky, R., Bortz, G., & Kosacoff, B. (2017). Industria farmacéutica en la Argentina. *Anuario CEEED*, 9(9).
- Aranda, M., & Rosasco, M. A. (2019). La farmacia de los medicamentos genéricos. *Revista Colombiana de Ciencias Químico-Farmacéuticas*, 48(2), 357-371. <https://doi.org/10.15446/rcciquifa.v48n2.82714>
- Campins, M., & Pfeiffer, A. (2011). La importancia de las redes sociales en los orígenes de la industria farmacéutica argentina: El caso de los catalanes en Argentina. *Revista de Historia Industrial*, 20(47), 117-144.
- Castro-Gómez, S. (2005). *La hybris del punto cero: Ciencia, raza e ilustración en la Nueva Granada (1750-1816)*. Editorial Pontificia Universidad Javeriana.
- Glilo, N., Peres, W., & Plottier, P. (Eds.). (2023). *Industria farmacéutica y sistemas de salud en Argentina, Brasil, Chile, México y Uruguay: Estructura, desempeño y políticas*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Grosfoguel, R. (2008). Hacia un pluri-versalismo transmoderno. *Tabula Rasa*, 9, 199-215.
- Lander, E. (comp.) (2000). *La colonialidad del saber: Eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas*. CLACSO.
- Lorenzati, N. E., & Bertoldo, P. (2012). Evaluación del tipo de dispensaciones realizadas en oficinas de farmacia de la ciudad de Córdoba. *Pharm Care Esp*, 14(1), 266-270.
- López Guzmán, J., & Aparisi Miralles, A. (2006). La intervención de farmacéuticos y enfermeros en la prescripción: Una aproximación ético-legal. *Derecho y Salud*, 14(2), 1-25.
- Menéndez, E. L. (2003). *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas*. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 8(1), 185-208. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>
- Mignolo, W. D. (2005). *La idea de América Latina. La herida colonial y la opción decolonial*. Gedisa.
- Mignolo, W. D. (2010). *Desobediencia epistémica: Retórica de la modernidad, lógica de la colonialidad y gramática de la decolonialidad*. Ediciones del Signo.
- Mol, A. (2002). *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Duke University Press.
- Peidro, R. (2012). *Informe de análisis: Proceso de fusiones nacional-multinacionales, concentración económica e impacto en fuentes de trabajo en la industria farmacéutica*. Instituto de Estudios sobre Políticas de Salud / Asociación de Agentes de Propaganda Médica de la República Argentina / Sindicato de Visitadores Médicos. https://www.aapmra.com/informes/12-08-01_Informe-de-analisis.pdf
- Petryna, A. (2009). *When experiments travel: Clinical trials and the global search for human subjects*.

Princeton University Press.

- Puras, G., & Saenz del Burgo, L. (2014). Atención farmacéutica: Tema 8. Dispensación activa de medicamentos. En *Atención farmacéutica (OCW-2014)*. UPV/EHU. https://ocw.ehu.eus/pluginfile.php/45190/mod_resource/content/1/Tema_8OCW_Dispensacion_activa_de_medicamentos.pdf
- Quijano, A. (2000). Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. En E. Lander (comp.), *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas* (pp. 201-246). CLACSO.
- Reátegui Valdiviezo, M. (2016). Derecho farmacéutico: Muestras médicas y muestras gratuitas: Análisis de la legislación comparada y peruana. *Anuario Dominicano de Propiedad Intelectual*, 3, 117-141.
- Rodríguez Molina, A. (2009). *Análisis del impacto de la ley de genéricos en el valor de las empresas farmacéuticas*. [Tesis de Maestría, Universidad de Buenos Aires]. http://bibliotecadigital.econ.uba.ar/download/tpos/1502-0136_RodriguezMolinaA.pdf
- Shapin, S. (1994). *A social history of truth: Civility and science in seventeenth-century England*. University of Chicago Press.
- Sunder Rajan, K. (2006). *Biocapital: The constitution of postgenomic life*. Duke University Press.
- Walsh, C. (2009). Interculturalidad, Estado, sociedad. Luchas (de)coloniales de nuestra época. *Revista Andina de Letras*, 47, 25-45.

Antropología del sufrimiento dental: una aproximación teórica al dolor, trauma, miedo y vergüenza

Anthropology of dental suffering: A theoretical approach to pain, trauma, fear, and shame

Roberto Narváez-Collaguazo¹  

¹ Universidad Tecnológica Equinoccial - ECUADOR

DOI: <https://doi.org/10.26807/raci.V31.2025.366> | Páginas: 57-73

Fecha de envío: 22-10-2025 | Fecha de aceptación: 27-10-2025 | Fecha de publicación: 31-12-2025

Resumen

Este artículo analiza la crisis epistemológica de la odontología en Ecuador, donde el modelo biomédico hegemónico ha ignorado las dimensiones culturales del sufrimiento bucal. El dolor, el trauma y la vergüenza emergen como fenómenos complejos que trascienden lo biológico. Se examina cómo las construcciones de género, clase y etnicidad configuran estas experiencias: los mandatos de masculinidad normalizan el silencio ante el dolor, la pobreza estigmatiza las condiciones bucales como “fracaso personal”, y las cosmovisiones indígenas ofrecen lecturas alternativas del sufrimiento. El trauma dental, transmitido de forma intergeneracional como memoria corporal, se ve agravado por prácticas clínicas autoritarias y por la imposición de estándares estéticos eurocéntricos que convierten la sonrisa en capital social excluyente.

Desde la bioética narrativa, se propone descolonizar la práctica odontológica mediante herramientas interculturales: historias de vida en el diagnóstico, lenguaje clínico no violento, creación de rituales para el manejo del miedo y reformas curriculares que incluyen rotaciones comunitarias. Estas transformaciones enfrentan barreras estructurales, como la resistencia institucional y la mercantilización neoliberal de la salud bucal.

Concluimos que humanizar la odontología requiere más que sensibilidad cultural: exige reconocer el sufrimiento bucal como expresión de desigualdades estructurales y avanzar hacia una práctica genuinamente intercultural que restituya la dignidad de pacientes históricamente invisibilizados.

Palabras clave: antropología médica, dolor dental, interculturalidad, bioética narrativa, desigualdad en salud.

Abstract

This article examines the epistemological crisis within dentistry in Ecuador, where the hegemonic biomedical model has systematically overlooked the cultural dimensions of oral suffering. Pain, trauma, and shame emerge as complex phenomena that extend beyond biological aspects. The article analyzes how gender, class, and ethnicity shape these experiences: hegemonic masculinities normalize silence in the face of pain, poverty stigmatizes oral conditions as “personal failure,” and Indigenous cosmovisions offer alternative interpretations of suffering. Dental trauma, transmitted intergenerationally as bodily memory, is exacerbated by authoritarian clinical practices and the

imposition of Eurocentric aesthetic standards that transform the smile into a form of exclusive social capital.

Drawing on narrative bioethics, we propose decolonizing dental practice through intercultural tools: life histories in diagnosis, non-violent clinical language, the creation of rituals for fear management, and curricular reforms that include community rotations. These transformations face structural barriers, such as institutional resistance and the neoliberal commodification of oral health.

We conclude that humanizing dentistry requires more than cultural sensitivity: it demands recognizing oral suffering as an expression of structural inequalities and advancing toward a genuinely intercultural practice that restores the dignity of historically marginalized patients.

Keywords: medical anthropology, dental pain, interculturality, narrative bioethics, health inequality.

Introducción

La práctica odontológica en Ecuador enfrenta una profunda contradicción epistemológica que revela los límites del modelo biomédico hegemónico en contextos interculturales. Anclada en paradigmas universalistas y biologicistas, la odontología contemporánea ha generado una brecha insalvable entre los saberes técnicos especializados y las experiencias culturalmente situadas del sufrimiento bucal.

En Ecuador, la odontología opera bajo un paradigma reduccionista que se limita a una atención de respuesta al dolor y de medicalización del sufrimiento bucal, ignorando sus circunstancias, contexto y significados culturales profundos. Esta mirada estrecha ha derivado en tres problemáticas fundamentales: primero, la invalidación sistemática de las experiencias subjetivas del dolor, convertido en mero síntoma cuantificable (Kleinman, 1988); segundo, el ejercicio de prácticas clínicas traumatizantes y retraumatizantes, por las mismas características de la atención; y tercero, la reproducción de desigualdades estructurales en el acceso a servicios de salud bucal, donde factores como etnicidad, género y clase social determinan diferencias abismales en calidad de atención (Breilh, 2013). Estas problemáticas exigen un abordaje interdisciplinario que combine los aportes de la antropología médica crítica, los estudios culturales del dolor y la bioética narrativa.

Este artículo integra sistemáticamente los conceptos de dolor, sufrimiento, trauma y vergüenza al análisis de la atención odontológica, proponiendo un giro antropológico que centra las experiencias de los pacientes como fundamento para una práctica clínica ética e intercultural.

Nuestro análisis emerge de manera particular en el marco de la difusión académica en la cátedra de Antropología sociocultural e Historia de la Odontología que el autor imparte en la Universidad UTE de Quito desde 2024, donde el diálogo constante con estudiantes de odontología ha permitido analizar las tensiones entre el paradigma técnico-clínico y las realidades socioculturales de los pacientes.

Los objetivos de este trabajo, que reflejan el proceso de construcción colectiva de conocimiento en actividades en el aula, y se articulan en tres niveles analíticos: el primero, la deconstrucción del paradigma biomédico que ha sido particularmente debatido en clases a través del análisis crítico de casos y del análisis de la realidad intercultural que los estudiantes llevan a cabo. El segundo objetivo,

analizar las dimensiones culturales del sufrimiento, desde una perspectiva comparativa y analítica con eventos de dolor propios. El tercer objetivo, proponer lineamientos interculturales, como resultado de mesas de trabajo donde conjugamos teoría antropológica con experiencias clínicas concretas.

Nuestro marco teórico se sustenta en tres pilares conceptuales de la antropología médica; el primero concibe el dolor como experiencia encarnada mediada por factores como género, donde las construcciones hegemónicas de masculinidad inhiben la expresión del sufrimiento, además, el acceso diferencial a atención odontológica, e interculturalidad y saberes tradicionales sobre manejo del dolor. El segundo pilar analiza el trauma dental como construcción social que se transmite de manera intergeneracional a través de memorias corporales (Das, 2007), prácticas clínicas autoritarias y ausencia de consentimiento informado culturalmente adaptado, entre otras. El tercer pilar examina la vergüenza como mecanismo de exclusión que opera mediante la estigmatización de condiciones bucales, la cosificación de la sonrisa como capital social (Bourdieu, 1979) y la culpabilización individual de los pacientes por sus padecimientos.

Metodológicamente, nos inspiramos en el enfoque de bioética narrativa (Charon, 2006) para proponer varias líneas de acción transformadoras, como la de una reforma curricular en la formación odontológica que incorpore: antropología médica crítica, talleres de comunicación intercultural y análisis sistemático de narrativas de sufrimiento; otra que desarrolle protocolos clínicos interculturales con consentimiento informado culturalmente adaptado, espacios rituales para el manejo del miedo y participación activa de terapeutas tradicionales en procesos de atención. Por último, promover investigaciones acción participativa mediante: etnografías críticas, cartografías sociales del sufrimiento bucal y diseño colaborativo de intervenciones con comunidades históricamente excluidas.

La implementación de este enfoque enfrenta importantes desafíos que serán analizados críticamente en nuestra discusión, como la resistencia institucional al cambio, las tensiones epistemológicas entre saberes tradicionales y conocimiento biomédico hegemónico (Menéndez, 2005), o la existencia de desigualdades estructurales que perpetúan inequidades en salud bucal, particularmente en contextos rurales e indígenas.

Este artículo pretende contribuir al emergente campo de la antropología odontológica en Ecuador, ofreciendo tanto un marco analítico riguroso como propuestas concretas para humanizar la práctica clínica. Aspiramos a que este trabajo incentive reflexiones y prácticas transformadoras que acerquen la odontología a su misión social, particularmente en un país plurinacional, donde la interculturalidad en salud sigue siendo más un discurso que una realidad.

Construcciones culturales del sufrimiento bucal

Dolor como experiencia personal y social

La realidad sociocultural particular constriñe las formas de expresión del dolor, y es allí donde este trasciende su dimensión fisiológica para constituirse en una experiencia profundamente encarnada y culturalmente mediada. Desde la antropología médica, autores proponen el concepto de *embodiment* para entender cómo el cuerpo no es simplemente un objeto biológico, sino un

fenómeno existencial que se constituye a través de la experiencia culturalmente situada (Csordas, 1993). Un aporte importante desde un enfoque antropológico respecto al dolor, ha sido desarrollado por Le Breton (1995), quien describe al mismo como la experiencia dolorosa que se inscribe en un continuum entre lo somático y lo social, desbordando los marcos puramente biomédicos. Para este autor:

La manera en que el hombre se apropia de la cultura, de unos valores que son los suyos, de su relación con el mundo, suponen un entramado decisivo para su aprehensión. Porque el dolor es, en primer lugar, un hecho situacional. La experiencia nos muestra, por ejemplo, la importancia del miedo, incluso del puramente profesional, para el alivio y la tranquilidad del enfermo. (Le Breton, 1995, p. 9).

En el contexto ecuatoriano, esta perspectiva se enriquece con los aportes de Rivas (2022) quien analiza los sistemas médicos hegemónicos como transformadores del dolor en un dispositivo de control corporal, en un marco de ejercicio de biopolítica del sufrimiento. Esta dinámica adquiere matices particulares cuando analizamos cómo el modelo flexneriano descrito por Trujillo (2025) en un proceso de investigación desarrollado en la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, que identifica cómo el énfasis en la especialización y fragmentación del cuerpo, ha medicalizado el sufrimiento, despojándolo de sus significados culturales; esto implica, en lo particular, reconocer que el dolor dental no se experimenta de manera universal, sino a través de complejos filtros culturales que dan forma a su percepción, expresión y significación. Así, las narrativas del sufrimiento bucal revelan no solo una condición patológica, sino todo un entramado de significados sociales.

Las construcciones de género emergen también como un factor determinante en esta experiencia encarnada del dolor. Y es que las masculinidades hegemónicas frecuentemente normalizan la resistencia al dolor como demostración de fortaleza, lo que se traduce en pacientes varones que postergan tratamientos o minimizan sus síntomas (Kleinman, 1988). Por el contrario, en los roles femeninos tradicionales se permite mayor expresión del sufrimiento, aunque esto puede derivar en una medicalización excesiva (Lock & Nguyen, 2010). Esta diferencia se evidencia en análisis desarrollados en aula, donde la participación de los estudiantes señala que los hombres suelen describir el dolor dental con metáforas bélicas ("aguanté como soldado"), o desde una masculinidad violenta ("aguanta como varón"), mientras las mujeres emplean términos que aluden a vulnerabilidad ("me sentí desprotegida"), de la misma manera como expresiones de un contexto social y cultural (Viteri et al., 2017).

La clase social constituye otro eje fundamental en la configuración cultural del sufrimiento bucal, y es que las desigualdades estructurales transforman la experiencia del dolor, que en contextos de pobreza suele asociarse con castigo o fracaso personal (Farmer, 2003). El análisis desarrollado en aula, indica como común encontrar pacientes que relacionan sus problemas dentales o su acercamiento a experiencias de dolor dental con su condición socioeconómica ("esto me pasa por pobre"), internalizando así un discurso que vincula salud bucal y dolor con estatus social. Esta percepción contrasta con la de clases medias-altas, donde el dolor dental se interpreta más bien como un obstáculo técnico superable mediante recursos económicos, ya sea con acceso a medicamentos o a

atenciones oportunas.

La intersección entre etnicidad y dolor revela aún mayor complejidad. Entre pueblos indígenas, por su parte, el sufrimiento bucal frecuentemente se entiende dentro de cosmovisiones holísticas donde lo físico y lo espiritual se entrelazan. El concepto de *llaqui* (dolor en kichwa) ayuda a comprender cómo el dolor dental puede interpretarse como manifestación de desarmonías que trascienden lo meramente orgánico. Estas diferencias epistemológicas plantean importantes desafíos a la odontología convencional, que suele operar bajo paradigmas biologicistas incapaces de captar estas dimensiones culturales del sufrimiento.

El lenguaje mismo del dolor revela su naturaleza culturalmente construida. En casos identificados, las metáforas utilizadas para describir experiencias dolorosas varían significativamente entre grupos culturales (Good, 2003). Mientras pacientes jóvenes urbanos pueden describir una caries como “un hueco por comer dulce” o “me rompí una muela”, comunidades emplean frecuentemente analogías cercanas a su realidad “surco”, “hueco”, reflejando así sus contextos vitales (Cardoso de Oliveira, 1996). Estas diferencias lingüísticas no son meramente anecdóticas, sino que señalan distintos modos de experimentar y significar el sufrimiento bucal, pero también destacan una relación con el entorno.

El sufrimiento bucal adquiere significados particulares cuando se analiza a través del lente de las cosmovisiones religiosas predominantes en Ecuador, donde la visión católica vincula el dolor y en el caso particular el dolor dental dentro del marco de práctica teológica que vincula sufrimiento con redención (Menéndez, 2005), siguiendo la tradición religiosa de la población practicante que tiende a comparar la vida diaria con las enseñanzas bíblicas, aplicándolas a su existencia, en una reflexión sobre la naturaleza y el propósito de Dios en su vida cotidiana: “completar en la carne lo que falta a los padecimientos de Cristo” (Biblia, Colosenses 1:24). Esta perspectiva se manifiesta en narrativas que se expresaron en las discusiones colectivas en aula, que describían el dolor como “castigo por las culpas” o “prueba que Dios envía”, lo que expone la persistencia de la religiosidad popular y su fuerte influencia. La problemática surge de que estas interpretaciones pueden llevar a la resignación pasiva ante problemas dentales, retrasando la búsqueda de tratamiento profesional.

Por otro lado, la asociación entre salud bucal y pureza moral, derivada de lecturas alegóricas de textos bíblicos sobre la boca como órgano de verdad y pecado (Biblia, Mateo 15:11), genera en algunos grupos la percepción de que las enfermedades dentales reflejan fallas espirituales. Estas concepciones, aunque no forman parte del dogma católico oficial, emergen del sincretismo entre enseñanzas eclesíásticas y saberes populares, configurando experiencias del dolor donde lo físico y lo moral se entrelazan inextricablemente (García Canclini, 2005).

Además, la experiencia encarnada del dolor dental debe entenderse como proceso dinámico y relacional. El sufrimiento ha sido planteado como una manifestación que nunca es puramente individual, sino que se teje en redes de significación compartidas, y esto es frecuente en sociedades con principios comunitarios (Le Breton, 1995). Además, en el contexto de análisis, esto se manifiesta en cómo las narrativas familiares sobre experiencias odontológicas (“a mi abuelo le sacaron las muelas sin anestesia”) moldean las expectativas y percepciones del dolor en generaciones posteriores, creando verdaderas genealogías del sufrimiento bucal que la antropología médica está llamada a explorar.

Trauma dental y memoria corporal

El trauma dental constituye un fenómeno psicosocial complejo que trasciende la mera experiencia clínica para inscribirse en la memoria corporal de los individuos y comunidades. Desde la antropología médica, el concepto de “memoria encarnada” (Connerton, 1989) nos permite comprender cómo las experiencias dolorosas en la infancia se graban no solo en la psique, sino en el propio cuerpo, generando respuestas fisiológicas y emocionales automáticas ante estímulos similares en la vida adulta. Así, es frecuente la asociación de dolor o reacciones ante sonidos, como los de las turbinas utilizadas en atención odontológica, que remiten a memorias pasadas y las vinculan con sensaciones. A este tipo de relación se lo conoce como un proceso de sedimentación corporal del trauma (Young, 1995), donde el consultorio dental se transforma en un espacio cargado de significados amenazantes que activan mecanismos de evitación profundamente arraigados, incidiendo también en la brecha en la atención odontológica oportuna.

La violencia simbólica ejercida a través de prácticas y discursos médicos autoritarios (Bordieu, 1998) desempeña un papel crucial en la configuración de estos traumas dentales. El lenguaje clínico que objetualiza al paciente (“prepárenlo para la extracción”), la invalidación del dolor (“no puede doler, ya está anestesiado”) y la negación de agencia (“quédese quieto y no se queje”) constituyen formas de violencia estructural que generan la visión médica hegemónica construye supremacías médicas sobre cuerpos dóciles (Scheper-Hughes & Lock, 1987). Estas formas de violencia cotidianas en el espacio odontológico se internalizan como marcas corporales que condicionan futuras interacciones con los servicios de salud bucal.

De esta manera, existen indicios de la transmisión intergeneracional del miedo al dentista, como una expresión de una dimensión colectiva y cultural del trauma dental. Los relatos familiares sobre experiencias dolorosas (“en mi época no había anestesia”) funcionan como narrativas performativas que actualizan el trauma en cada repetición (Das, 2007). Con ello, se construye una pedagogía del sufrimiento desde la vivencia de la violencia cotidiana (Fassin, 2008) que configura verdaderas genealogías del miedo dental que se transmiten entre generaciones, lo que normaliza la evasión de la odontología preventiva.

Las experiencias traumáticas se incorporan como disposiciones corporales duraderas, y se manifiestan en tensión muscular, sudoración y taquicardia, que muchos pacientes experimentan al ingresar a un consultorio odontológico, y no son simples respuestas fisiológicas, sino la manifestación corporal de un trauma culturalmente mediado. Estas reacciones reflejan lo que Csordas (1993) denomina modelos somáticos de atención, formas culturalmente específicas de atender y responder a estímulos potencialmente amenazantes.

Ante ello, la bioética del dolor propuesta por Le Breton (1995) ofrece herramientas cruciales para abordar este trauma desde una perspectiva decolonial. Su enfoque coincide con las observaciones de Trujillo et al. (2025) sobre la necesidad de un modelo biopsicosocial en salud, que en el caso odontológico implicaría: reconocer las dimensiones históricas del trauma, en este caso dental, incorporar saberes tradicionales sobre manejo del dolor, y desarrollar protocolos clínicos que eviten la reexperimentación de un trauma pasado; es decir el ejercicio de una atención humanizada y humanizante.

Desde una perspectiva decolonial, es crucial reconocer que el trauma dental en nuestro contexto, Ecuador, está marcado por jerarquías étnicas y colonialidades del poder (Quijano, 2020). Las experiencias de pacientes de diversidad cultural en servicios de salud públicos y privados frecuentemente replican estructuras de dominación colonial, donde el dolor dental se intersecta con discriminación lingüística y cultural. Esta interseccionalidad del trauma requiere aproximaciones analíticas que consideren tanto las dimensiones psicológicas individuales como las estructuras sociales que las producen y mantienen (Kirmayer et al., 2007).

Otro de los parámetros considerados para este análisis, se relaciona con los parámetros socioculturales de belleza dental, que ejercen una poderosa influencia en la construcción del sufrimiento bucal contemporáneo. En la sociedad moderna, la sonrisa se ha convertido en un capital social simbólico que refleja y reproduce desigualdades sociales, construyendo una visión de cuerpos dóciles, cuerpos adaptados a las exigencias sociales (Bourdieu, 1998). Los estándares globalizados de “sonrisa perfecta”, promovidos por la industria cosmética dental y los medios masivos (Mamani et al., 2018), generan nuevas formas de trauma cuando los pacientes no pueden alcanzar estos ideales estéticos.

Para el caso de Ecuador, donde el acceso a ortodoncia y prótesis estéticas sigue siendo limitado para amplios sectores populares, esta brecha entre el ideal y la realidad corporal produce lo que Goffman (2022) denominaría “identidades deterioradas”, particularmente en adolescentes y jóvenes adultos que internalizan estos estándares como mandatos sociales ineludibles.

La intersección entre estética dental, estigma y sufrimiento se manifiesta con particular crudeza en poblaciones indígenas y mestizas rurales. En comunidades andinas, es frecuente identificar la pérdida prematura de piezas dentales, asociada en muchos casos con pobreza y falta de acceso a cuidados preventivos, lo cual no solo implica problemas funcionales, sino que vulnera profundamente la autoestima al confrontarse con los patrones hegemónicos de belleza. La antropología visual ha demostrado cómo estos complejos dentales se traducen en prácticas de ocultamiento (sonrisas con la mano, evitación de fotografías o limitar espacios de socialización) que refuerzan circuitos de exclusión social, configurando así lo que podríamos denominar una “cultura del silencio bucal” donde convergen trauma, estigma y desigualdad estructural.

Vergüenza como barrera cultural

La boca constituye una frontera simbólica entre lo íntimo y lo social, un espacio cargado de significados culturales que trascienden su función biológica. Desde la antropología médica, podemos analizar cómo este órgano se convierte en locus de vergüenza cuando no cumple con los estándares sociales de salud y estética. Como señala Douglas (1966) en su análisis sobre la pureza y el peligro, la boca, al igual que otras “zonas liminales del cuerpo”, es particularmente susceptible a generar sentimientos de vergüenza cuando transgrede las normas culturales de presentación corporal. Esta vulnerabilidad se acentúa en el contexto odontológico, donde el paciente debe exponer este espacio íntimo a la mirada y manipulación de un profesional.

El estigma asociado a las enfermedades bucales opera frecuentemente bajo una lógica de culpabilización individual que medicaliza las condiciones sociales. La caries dental es percibida no

solo como una patología, sino como un marcador de “falla moral” vinculada a hábitos de higiene deficientes. Esta narrativa dominante ignora los determinantes sociales de la salud bucal, como el acceso desigual a agua limpia, educación nutricional o atención preventiva, y genera lo que García Hernández & Alvear Galindo (2020) denomina violencia estructural medicalizada. En comunidades urbanas el análisis colectivo realizado, muestran cómo madres de familia experimentan profunda vergüenza cuando sus hijos presentan caries, interpretándolo como reflejo de su mala maternidad, evidenciando así la internalización de estos discursos biomédicos moralizantes.

En la sociedad occidental, la sonrisa funciona como un capital social que media en las relaciones de poder cotidianas. Su valor simbólico varía según el campo social: mientras en contextos urbanos se privilegia la sonrisa “perfecta” (blanca, alineada), en otros espacios sociales pueden valorarse diferentes configuraciones dentales. Sin embargo, la globalización de estándares estéticos ha homogenizado progresivamente estos ideales, generando incluso una exclusión sonriente, un mecanismo mediante el cual las desigualdades en salud bucal se traducen en barreras para la movilidad social. Este fenómeno es particularmente evidente en las relaciones sociales, e incluso laborales, cuando estas pueden vincularse con oportunidades laborales se ven frecuentemente limitadas por condiciones dentales estigmatizadas.

La vergüenza dental adquiere matices particulares en contextos interculturales. Entre pueblos indígenas ecuatorianos, donde tradicionalmente existían concepciones alternativas de salud bucal, la imposición de estándares biomédicos ha generado lo que Walsh (2012) denomina una colonialidad que atraviesa las relaciones sociales, y en este caso, que incide en el ámbito de la salud y salud bucal. Así, puede identificarse una relación entre la vergüenza, y cómo esta opera como mecanismo de aculturación y control social.

Desde la perspectiva de la antropología médica crítica, es fundamental desnaturalizar estas emociones aparentemente individuales para revelar sus fundamentos socioculturales, de manera que se entienda la vergüenza dental como sufrimiento socialmente mediado; producto de intersecciones entre desigualdades estructurales, discursos médicos moralizantes y dinámicas de exclusión cultural.

Por ello, se requiere una comprensión holística que podrá desarrollar prácticas odontológicas verdaderamente interculturales que transformen la vergüenza en agencia, reconociendo la diversidad de significados y valores que diferentes grupos culturales atribuyen a la salud bucal.

La figura del odontólogo en el imaginario popular

Representaciones sociales

La construcción social del odontólogo como figura de autoridad médica revela profundas contradicciones culturales que merecen un análisis antropológico riguroso. En su estudio sobre las narrativas médicas, la práctica médica construye representaciones en la sociedad (Good, 2003), la representación del dentista oscila entre el arquetipo del sanador y la del verdugo, dualidad que se manifiesta en expresiones populares como “sacamuélas” o “arregla sonrisas”. Esta ambivalencia refleja lo que Turner (1980) conceptualiza como “liminalidad profesional”, donde el odontólogo ocupa un espacio liminar entre el alivio del dolor y su inevitable provocación durante los tratamientos.

En el contexto ecuatoriano, esta paradoja se intensifica por las desigualdades estructurales que condicionan el acceso a servicios de calidad.

La asimetría de poder en la relación clínica odontológica constituye un fenómeno complejo que trasciende la mera diferencia de conocimientos técnicos. Siguiendo a Foucault (2004) en su análisis de la clínica como espacio de poder, el sillón dental se transforma en un microcosmos donde se reproducen jerarquías sociales más amplias. El paciente, en posición supina y con la boca imposibilitada para hablar, encarna literalmente lo que Bourdieu (1998) denomina “violencia simbólica”: una dominación que no se percibe como tal porque se ha naturalizado. Esta dinámica adquiere matices particulares en Ecuador, donde las diferencias étnicas y de clase entre profesionales y pacientes frecuentemente refuerzan estas asimetrías (De Sousa Santos, 2010; Díaz Polanco, 1981).

La desconfianza hacia los sistemas públicos de salud dental contrasta marcadamente con la creciente mercantilización de la odontología privada, fenómeno que requiere una lectura desde la economía política de la salud. En relación con la manifestación actual de la prestación de los servicios de salud, la neoliberalización de esta prestación de salud transforma al paciente en cliente y al tratamiento en mercancía (Breilh, 2023). En Ecuador, esta transición ha generado dos condiciones de atención; por un lado, una atención pública precarizada, con pocos recursos, insumos y asociadas a experiencias traumáticas; por otro, consultorios privados que ofrecen “sonrisas de diseño” como bienes de consumo suntuario (Le Bretón, 2004). Esta bifurcación reproduce y amplifica las desigualdades sociales existentes. En un espacio intermedio se encuentran los centros de atención privada prestadores de salud dental, a entidades como el seguro social, en donde la atención se dirige a lograr mayor número de atenciones (Canchari, 2018; Murillo & Morales, 2018) en el sentido de un interés por ingresos que puedan ser reportados para reembolso de la entidad de aseguramiento público.

Como se mencionó, las representaciones populares del odontólogo como figura temible tienen raíces históricas profundas que la antropología médica puede deconstruir. Como muestra la historia, las generaciones mayores asociaban al dentista con el “sacamuelas”, figura que operaba más como artesano del dolor que como profesional sanitario. Estas representaciones persisten en el imaginario colectivo a través de una memoria corporal, que se transmite de forma intergeneracional a pesar de los avances tecnológicos y éticos en la profesión odontológica; y es que el susto, el miedo, el trauma y la vergüenza se construyen y reconstruyen en un entorno social.

Desde la perspectiva de la medicina narrativa, estas representaciones sociales no son meras distorsiones cognitivas, sino construcciones culturales cargadas de significado que deben ser entendidas y abordadas en la práctica clínica (Charon, 2006). Las metáforas bélicas (“combatir las caries”), los eufemismos (“molestia” por dolor) y los silencios cómplices en la comunicación clínica revelan lo que Kleinman (1988) identifica como modelos explicativos en conflicto entre profesionales y pacientes. Una odontología culturalmente sensible requiere reconocer y trabajar con estas narrativas populares, no contra ellas.

Finalmente, la antropología médica crítica nos invita a cuestionar los fundamentos epistemológicos de estas representaciones, el modelo médico hegemónico genera sus propias resistencias culturales, que se manifiestan en estas imágenes ambivalentes del profesional de salud.

En Ecuador, se identifica la persistencia de sistemas tradicionales para el manejo del dolor bucal y la desconfianza hacia la odontología formal no deben leerse como simple ignorancia. Desde una mirada antropológica, estas prácticas pueden interpretarse como formas de resistencia cultural cotidiana. Esta resistencia se dirige contra la imposición de un modelo biomédico hegemónico que prioriza la condición médica abstracta del paciente por sobre sus sensibilidades humanas y contextos culturales. Este modelo biomédico, al centrarse exclusivamente en la patología, suele marginar las dimensiones humanas del padecimiento: el dolor subjetivo, el contexto social y la necesidad de un trato empático. Ahí es cuando dicha resistencia adquiere especial relevancia en una sociedad como la ecuatoriana, caracterizada por la expresividad y la centralidad de las relaciones interpersonales cercanas, aspectos que el modelo formal frecuentemente deja de lado.

Antropología de las emociones en la consulta

El miedo en el contexto odontológico representa mucho más que una simple respuesta fisiológica; constituye una emoción culturalmente mediada que debe analizarse desde su doble dimensión epistemológica. En su antropología de las emociones, Lutz (1988) argumenta que las emociones no son universales, biológicas o puramente individuales, sino profundamente construidas social y culturalmente. Desde esta perspectiva, la medicina occidental comete un error al tratar las emociones como entidades biomédicas discretas y disfuncionales que deben ser gestionadas o medicadas

En odontología, el temor al dentista oscila entre el miedo a lo desconocido (en pacientes sin experiencia previa) y el terror a lo conocido (en quienes han vivido procedimientos traumáticos o ha escuchado de los mismo). La conceptualización del consultorio dental como un “espacio de muerte simbólica” revela su naturaleza dual y liminal. Este ámbito se erige como un *limen* o umbral crítico donde se desdibujan las fronteras entre lo cotidiano y lo excepcional, lo familiar y lo profundamente amenazante. Dentro de este espacio ritualizado, el paciente experimenta una disolución temporal de su identidad y autonomía, sometiénose a una autoridad experta que opera en la intimidad de su cuerpo, suele desencadenar una vulnerabilidad existencial.

En el contexto sociocultural ecuatoriano, esta experiencia de muerte simbólica se intensifica y adquiere matices particulares. La ansiedad dental no es únicamente una respuesta individual, sino que está socialmente construida y amplificada por narrativas populares persistentes. Estas narrativas, transmitidas de forma intergeneracional tanto en comunidades urbanas como rurales, caricaturizan y refuerzan la figura del odontólogo no solo como un sanador, sino también como un agente sancionador y castigador. Esta representación cultural, arraigada en la memoria colectiva, transforma la práctica clínica en un encuentro cargado de significados que trascienden lo meramente médico, explicando en parte la desconfianza y la evitación de los servicios odontológicos formales.

La vergüenza corporal durante procedimientos invasivos revela la intersección entre emociones, cultura y relaciones de poder en el espacio clínico. En este contexto, las posiciones del cuerpo, la boca abierta y expuesta representa una “apertura corporal” que vulnera normas culturales de privacidad y decoro (Scheper-Hughes, 1992), particularmente en sociedades donde la cavidad oral tiene fuertes connotaciones sexuales o morales. Esta vergüenza se intensifica cuando existen diferencias de género, clase o etnia entre profesional y paciente, generando lo que se señaló como “cuerpos

vergonzantes”, sujetos que experimentan su corporalidad como defectuosa o inaceptable según estándares hegemónicos. Este fenómeno explica por qué muchos pacientes postergan tratamientos necesarios, priorizando la preservación de su individualidad, dignidad sobre su salud bucal.

La forma en que manejamos las emociones dentro del consultorio es un desafío mucho más profundo de lo que parece. La odontología convencional suele ver emociones como el miedo, la vergüenza o la rabia como un problema a eliminar, algo que interfiere con el tratamiento. Sin embargo, desde una mirada antropológica, estas emociones no son un estorbo, sino una respuesta comprensible y cargada de significado (Le Breton, 1995; Trujillo, 2025). Son, como bien se ha dicho, una forma que tiene el cuerpo de hablar, de expresar malestares que a veces son personales y otras veces reflejan tensiones sociales más amplias.

Por ello, repensar la consulta odontológica significa dejar de intentar silenciar estas emociones para empezar a escucharlas. El desafío es convertir el espacio clínico en un escenario de encuentro humano, donde el miedo o la desconfianza del paciente no se medicalicen, sino que se acojan como una pieza clave para entender su experiencia, y desde allí iniciar un manejo que incluya también las emociones. Solo así, integrando esta escucha sensible, la odontología puede volverse un acto de cuidado no solo técnico, sino profundamente humano y culturalmente conectado con la realidad de quien solicita ayuda.

Bioética narrativa para una odontología intercultural y descolonizadora de la práctica clínica

Acceso a cuidados culturalmente pertinentes

La bioética es un paradigma fundamental para repensar la atención odontológica desde una perspectiva intercultural y decolonial. Este enfoque, que integra los aportes de la antropología médica crítica, cuestiona la aplicación universalista de los principios bioéticos tradicionales en contextos marcados por profundas asimetrías sociales y culturales. El principio de autonomía, entendido clásicamente como capacidad individual de decisión, requiere ser replanteado a través de la autonomía relacional, particularmente en sociedades como la ecuatoriana donde muchas comunidades indígenas y campesinas toman decisiones de salud de manera familiar y colectiva. Un consentimiento informado verdaderamente intercultural debería incorporar no solo la traducción lingüística (Trujillo Montalvo & Narváez Collaguazo, 2021) sino la mediación cosmológica, reconociendo que conceptos como riesgo o beneficio poseen significados radicalmente distintos en diferentes sistemas médicos.

La no maleficencia adquiere dimensiones particulares cuando se analiza desde la intersección entre trauma histórico y prácticas odontológicas contemporáneas; ciertos procedimientos dentales (especialmente aquellos que implican inmovilización o invasión de la cavidad bucal) pueden reactivar memorias corporales de tortura o abuso. Esta perspectiva exige comprender el dolor dental no como fenómeno aislado sino como parte de constelaciones más amplias de sufrimiento social. La bioética narrativa propone transformar el espacio clínico en un terreno moral, donde el profesional desarrolle competencias para reconocer e interpretar estas historias de trauma sin reducirlas a meras patologías individuales, pero sobre todo para manejarlas.

En el contexto ecuatoriano, esto implica reconocer que el acceso a cuidados “culturalmente pertinentes” va más allá de la mera disponibilidad geográfica de servicios, sino que exige, como señala Walsh (2012), una descolonización radical de los saberes, en lo particular, odontológicos.

La bioética narrativa, desde esta perspectiva, debe cuestionar la imposición de estándares estéticos dentales eurocéntricos, como el blanqueamiento dental, y la determinación de qué cuerpos y qué sonrisas son consideradas normales o deseables en diferentes contextos culturales.

La dimensión de género introduce capas adicionales de complejidad a este análisis bioético. Los procedimientos dentales frecuentemente reactivan experiencias de violencia gineco-obstétrica, en el caso de mujeres, particularmente cuando son realizados por profesionales varones. Esta intersección entre trauma ginecológico y dental revela la necesidad de protocolos clínicos con perspectiva de género que reconozcan estas conexiones corporales (Cabral & Samudio, 2005; Segato, 2013; Viteri et al., 2017).

En el mismo sentido, los hombres enfrentan sus propias barreras culturales al buscar atención odontológica, producto de mandatos de masculinidad que asocian la resistencia al dolor con virilidad, evidenciando cómo el género estructura diferencialmente las experiencias de salud bucal.

La implementación de esta odontología intercultural basada en bioética narrativa exige transformaciones estructurales profundas. Como plantea Breilh (2013), no basta con incorporar elementos culturales a prácticas clínicas que siguen siendo fundamentalmente coloniales. Se requiere, siguiendo a Walsh (2012), una interculturalidad crítica que cuestione las bases mismas del conocimiento odontológico hegemónico. Esto implica desvincular la práctica clínica de la matriz colonial del poder para construir alternativas verdaderamente plurinacionales e interculturales, pero sobre todo en un marco de un ejercicio de medicina humanista (Rivas Toledo, 2022; Trujillo, 2025).

Herramientas antropológicas

La incorporación de historias de vida en el proceso diagnóstico representa una innovación radical en la práctica odontológica, fundamentada en el enfoque narrativo de la medicina (Charon, 2006). Esta herramienta antropológica trasciende el modelo clínico tradicional al reconocer que, como señala Kleinman (1988), el padecimiento no existe fuera de las historias que lo describen. En el contexto ecuatoriano, donde coexisten múltiples sistemas médicos, la recolección sistemática de narrativas biográficas permite identificar no solo la etiología de las condiciones bucales, sino sus significados culturales específicos.

El desarrollo de un lenguaje clínico no violento exige una deconstrucción antropológica de los discursos biomédicos hegemónicos. Ya desde los años 60, Foucault (1976) planteaba que el poder médico se ejerce en gran medida a través de regímenes discursivos que objetualizan el cuerpo del paciente. Frente a esto, proponemos una lingüística clínica intercultural, que incluye la sustitución de términos bélicos (“combatir la caries”) por metáforas de cuidado; de la misma manera, la eliminación de imperativos en la relación médico paciente (“debe”, “tiene que”) por formulaciones colaborativas que integren y empaticen la acción médica; por último, se identifica necesario la incorporación de

léxico culturalmente pertinente en los espacios de atención de salud.

La creación de espacios rituales para el manejo del miedo constituye otra herramienta clave, particularmente relevante en sociedades como la ecuatoriana donde persisten ricas tradiciones de medicina ritual. Como plantea Turner (1980) en su análisis de los ritos de paso, los procedimientos odontológicos pueden reestructurarse como rituales terapéuticos que ayuden a los pacientes a transitar simbólicamente del miedo al alivio. Esto implica, siguiendo a Menéndez (2005), reconocer la eficacia simbólica de prácticas, que en el caso de la atención a la diversidad cultural debe considerar marcos culturales particulares, como ceremonias, el uso de objetos de transición; o el diseño arquitectónico de consultorios que incorporen elementos culturalmente significativos; esto para espacios de relacionamiento intercultural.

Por su parte, para población mestiza, el manejo de un discurso de cuidado activo, la activación de acciones colaborativas, el trato empático, y un léxico de cuidado en los procedimientos vienen a ser acciones que integren al paciente a la atención, y rompan con una relación vinculada a procesos traumáticos pasados, de dolor o de subordinación.

Estas herramientas antropológicas deben complementarse con protocolos de formación profesional que, como sugiere Walsh (2012), descolonicen el conocimiento odontológico. Proponemos un modelo formativo que incluya el acercamiento a etnografías clínicas obligatorias, donde los estudiantes documenten y analicen narrativas de sufrimiento bucal en diferentes contextos culturales; talleres de simulación intercultural, con juegos de roles para representar pacientes de diversos orígenes, basados en conocimiento previo de la diversidad cultural; y rotaciones supervisadas para una relación con comunidades indígenas y afrodescendientes, y espacios de colaboración y coordinación con terapeutas tradicionales. De esta manera, una formación en salud, interactiva con la diversidad cultural, transforma significativamente las competencias interculturales de los futuros profesionales.

La implementación sistemática de estas herramientas requiere, sin embargo, superar importantes barreras institucionales. En general, el modelo neoliberal de atención en salud privilegia la eficiencia sobre la calidad humana de los cuidados. Frente a esto, proponemos como fundamental el desarrollo de procesos de investigación activa de los estudiantes, que permitan un acercamiento a la diversidad cultural y motiven unas dinámicas interculturales, donde se recojan historias de vida; se conozca de las particularidades culturales, y su relación con concepciones y percepciones sobre los espacios físicos; y la participación comunitaria en el desarrollo, diseño y validación de protocolos.

Estas propuestas concretas se enmarcan en lo que Breilh (2023) desarrolla como una epidemiología crítica del sufrimiento, que reconoce, en este caso, los determinantes sociales y culturales de la salud bucal. Su implementación progresiva en Ecuador podría transformar radicalmente la odontología, pasando de un modelo mecánico-reparador a una práctica genuinamente intercultural y centrada en las personas.

Es importante construir en los estudiantes un conocimiento alrededor de la diversidad cultural y la necesidad de manejar instrumentos para un relacionamiento intercultural, que se aplican con sensibilidad cultural y compromiso ético, para construir una nueva relación entre profesionales y

pacientes, basada en el respeto mutuo y la comprensión profunda de los significados culturales del sufrimiento bucal.

Además, la construcción de una comunicación asertiva y cercana en la práctica odontológica trasciende lo meramente instrumental para convertirse en un acto político-terapéutico fundamental. La escucha activa y la validación del dolor ajeno constituyen prácticas clínicas tan esenciales como cualquier procedimiento técnico. En el contexto ecuatoriano, marcado por profundas desigualdades en salud bucal, esta comunicación empática adquiere dimensiones reparadoras, permitiendo reconstruir la confianza en sistemas médicos históricamente excluyentes.

El odontólogo que reconoce verbalmente el sufrimiento (“entiendo que esto puede ser doloroso”), que explica procedimientos con metáforas culturalmente pertinentes y que respeta los tiempos emocionales del paciente, está ejerciendo una “praxis contrahegemónica”, una práctica que desmonta jerarquías tradicionales y humaniza la atención. Este enfoque comunicacional, cuando es auténtico y sistemático, transforma la consulta dental de espacio de temor a territorio de cuidado mutuo.

La dimensión social de la salud bucal sólo puede cumplirse mediante esta aproximación dialógica que centre las vivencias de los pacientes. Como argumenta Farmer (2003), la misión social de la medicina se concreta cuando el profesional logra “ver el sufrimiento y responder a él” de manera integral. En odontología, esto implica desarrollar lo que hemos denominado competencia narrativa intercultural, que viene a ser la capacidad para interpretar las historias de dolor bucal dentro de sus contextos socioculturales específicos y responder con protocolos clínicos que respeten tanto la evidencia científica como las cosmovisiones locales. De esta manera, se construye una comunicación clínica sensible no como un adorno humanista, sino como el cimiento mismo de una odontología socialmente relevante y culturalmente pertinente.

Conclusiones

La odontología en Ecuador enfrenta una crisis epistemológica que demanda un giro antropológico urgente. El modelo biomédico hegemónico, al reducir el dolor bucal a un mero síntoma cuantificable, ha invisibilizado su profunda dimensión cultural, social y política. Este artículo evidencia cómo el sufrimiento dental trasciende lo biológico para convertirse en una experiencia encarnada, es decir la vivencia del dolor, donde se interceptan jerarquías de género, como los mandatos de masculinidad que normalizan el silencio ante el dolor; desigualdades de clase, que vinculan caries con fracaso personal; y colonialismos persistentes, en la estigmatización de sonrisas en población diversa.

De la misma manera, lejos de ser una vivencia individual, el trauma dental se transmite en un sentido intergeneracional como memoria corporal, reforzado por prácticas clínicas autoritarias que reproducen las mismas violencias estructurales que pretenden curar. La vergüenza emerge, así como un mecanismo de exclusión perverso; al internalizar estándares eurocéntricos de belleza dental, los pacientes marginados convierten su boca en un territorio de silencio y autocensura, perpetuando círculos de evitación y desatención.

Frente a este panorama, la bioética narrativa se erige como herramienta decolonial imprescindible. Al centrar las historias de vida de los pacientes, especialmente aquellos históricamente vulnerabilizados, revela cómo el principio de autonomía debe redefinirse en contextos interculturales, donde las decisiones sobre salud son colectivas y están impregnadas de cosmovisiones no occidentales. Esto exige protocolos clínicos que reemplacen el lenguaje bélico y agresivo por metáforas de cuidado, incorporen rituales culturalmente pertinentes para manejar el miedo, y reconozcan la eficacia simbólica de prácticas tradicionales. Sin embargo, estas transformaciones chocan con barreras estructurales: desde currículos odontológicos que privilegian lo técnico sobre lo humano, hasta sistemas de salud neoliberalizados que mercantilizan la sonrisa como producto suntuario.

La antropología del dolor no es aquí un adorno teórico, sino un imperativo ético; demuestra que humanizar la odontología requiere más que “sensibilidad cultural”: exige desmontar las colonialidades incrustadas en sus protocolos, desde el diseño de consultorios hasta los criterios de “normalidad” estética. Los análisis colectivos a los que se llegó en las discusiones se interpelaron a los estudiantes a repensar su rol social. El camino es claro: formar odontólogos con competencia narrativa para interpretar sufrimientos situados, y diseñar políticas públicas que reconozcan la salud bucal como derecho culturalmente mediado. Solo así la sonrisa dejará de ser un capital simbólico de privilegio para convertirse en testimonio de justicia epistémica y dignidad encarnada.

Referencias

- Bourdieu, P. (1979). *La distinción: Criterio y bases sociales del gusto*. Taurus.
- Bourdieu, P. (1998). *La dominación masculina*. Anagrama.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1), 13-27.
- Breilh, J. (2023). *Epidemiología crítica y la salud de los pueblos*. Universidad Andina Simón Bolívar.
- Cabral, B. E., & Samudio, E. (2005). El género, una categoría de análisis crítico que nos cuenta otra historia. *Trocadero*, 17, 239-247.
- Canchari, A. (2018). Prevalencia, experiencia y significado de caries dentales en escolares de Cutervo, Perú. *Odontología Activa Revista Científica*, 3(2), 21-24.
- Cardoso de Oliveira, R. (1996). La antropología latinoamericana y la crisis de los modelos explicativos: Paradigmas y perspectivas. *Maguaré, Revista del Departamento de Antropología, Universidad Nacional de Colombia*, 11(12), 9-23.
- Charon, R. (2006). *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. Oxford University Press.
- Csordas, T. (1993). *Embodiment and Experience: The Existential Ground of Culture and Self*. Cambridge University Press.
- Das, V. (2007). *Life and Words: Violence and the Descent into the Ordinary*. University of California Press.
- De Sousa Santos, B. (2010). *Descolonizar el saber, reinventar el poder*. Trilce Extensión Universitaria.
- Díaz Polanco, H. (1981). Etnia, clase y cuestión nacional. *Cuadernos Políticos*, 30, 53-65.
- Douglas, M. (1966). *Purity and Danger: An Analysis of Concepts of Pollution and Taboo*. Routledge.

- Farmer, P. (2003). *Pathologies of Power: Health, human rights, and the new war on the poor*. University of California Press.
- Fassin, D. (2008). *Faire de la santé publique*. Hors collection.
- Foucault, M. (1976). *Vigilar y castigar*. Siglo XXI.
- Foucault, M. (2004). *El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI.
- GarcíaHernández, H., & Alvear Galindo, G. (2020). Violencia en la formación médica. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 63(2), 46-55. <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2020.63.2.07>
- Goffman, E. (2022). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Penguin Classics.
- Good, B. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia*. Edicions Bellaterra.
- Kirmayer, L., Lemelson, R., & Barad, M. (2007). *Understanding trauma: Integrating biological, clinical, and cultural perspectives*. Cambridge University Press.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. Basic Books.
- Le Breton, D. (1995). *Antropología del dolor*. Métailié.
- Le Bretón, D. (2004). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Nueva Visión.
- Lock, M., & Nguyen, V.-K. (2010). *An anthropology of biomedicine*. Editorial Offices.
- Lutz, C. (1988). *Unnatural emotions: Everyday sentiments on a Micronesian Atoll*. University of Chicago Press.
- Mamani, L., Mercado, S., Mercado, J., & Ríos, K. (2018). Parámetros estéticos y análisis de la sonrisa, *KIRU*, 1(15), 48-54.
- Menéndez, E. (2005). El modelo médico hegemónico: Transacciones y alternativas. *Salud Colectiva*, 1(1), 9-32.
- Murillo, Á., & Morales, C. (2018). Expectativa y percepción de calidad de atención odontológica en la comunidad del cantón Junín. *Revista San Gregorio*, 1(21), 66-73.
- Quijano, A. (2020). Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. En E. Lander (Ed.), *La colonialidad del saber: Eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas* (pp. 201-246). CLACSO.
- Rivas Toledo, A. (2022). Más allá de lo biomédico: Salud, enfermedad, atención y cuidado (un estudio de caso). En T. González R., C. Campo I., J. E. Juncosa B., F. García S. (eds.), *Antropologías hechas en Ecuador: El quehacer antropológico, volumen IV* (pp. 210-230). Asociación Latinoamericana de Antropología, Abya Yala, FLACSO.
- Scheper-Hughes, N. (1992). *Death without weeping: The violence of everyday life in Brazil*. University of California Press.
- Scheper-Hughes, N., & Lock, M. (1987). The mindful body: A prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 1(1), 6-41.
- Segato, R. (2013). *Indagaciones sobre violencia y género*. Focus. <http://www.alsurdetodo.com/?p=336>
- Trujillo Montalvo, P., & Narváez Collaguazo, R. (2021). Multiculturalismo y la subordinación de justicia indígena en Ecuador: El discurso seductor del otro. *Revista Sarance*, 47, 40-63.
- Trujillo, P. (2025). Experiencia Pontificia Universidad Católica del Ecuador. En A. Florencia & P. Junge (eds.), *Medicina humanista: Importancia e impacto de la educación y la formación médica con enfoque sociocultural*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Turner, V. (1980). Social dramas and stories about them. *Critical Inquiry*, 7(1), 141-168.

Viteri, M. A., Ceja, I., & Yépez, C. (2017). *Corpografías: Género y fronteras en América Latina*. FLACSO, IDRC/CRDI.

Walsh, C. (2012). *Interculturalidad crítica y (de)colonialidad*. Abya Yala.

Young, A. (1995). *The harmony of illusions: Inventing post-traumatic stress disorder*. Princeton University Press.

Desigualdades en salud desde una etnografía en “farmacias de barrio” en Argentina

Health inequalities from an ethnography of Argentina’s “neighborhood pharmacies”

María Pozzio^{1,2}  

¹ Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas - ARGENTINA

² Universidad Nacional Arturo Jauretche - ARGENTINA

DOI: <https://doi.org/10.26807/raci.V31.2025.367> | Páginas: 74-87

Fecha de envío: 15-09-2025 | Fecha de aceptación: 22-10-2025 | Fecha de publicación: 31-12-2025

Resumen

En el marco de una investigación sobre profesión farmacéutica en la Provincia de Buenos Aires, Argentina, este artículo busca poner de relieve la centralidad de la “farmacia de barrio” como puerta de entrada a la comprensión de las desigualdades en salud. A partir de un trabajo de campo etnográfico realizado en “farmacias de barrio”, pudimos dar cuenta de las características de la atención farmacéutica en relación a las particularidades de cada población, de las interacciones cotidianas a través del mostrador entre “pacientes/clientes” y personal farmacéutico y el modo en que ese cotidiano se convierte en un espacio de atención y cuidados sanitarios. La propuesta es mostrar el modo en que las desigualdades sociales “entran” en la farmacia como consumos diferenciados de medicamentos y artículos médicos, cobertura social y tipo de demandas de atención de acuerdo con el perfil socio-sanitario del “barrio”. El material de análisis proviene del trabajo de campo realizado en tres ciudades: Ensenada, Florencio Varela y Mar del Plata, situadas en la Provincia de Buenos Aires.

Palabras clave: farmacias, barrio, desigualdades, salud, pacientes/clientes.

Abstract

In the framework of research on the pharmaceutical profession in Buenos Aires province (Argentina), this article highlights the centrality of “farmacias de barrio” (neighborhood pharmacies) as an entry point to understanding health inequalities. From ethnographic fieldwork developed in “farmacias de barrio” of Buenos Aires province, we were able to realize the characteristics of pharmaceutical care linked with the particularities of each population, the everyday interactions through the counter between “patients/clients” and pharmaceuticals employees; and the way that these everyday interactions become a place of healthcare. The proposal is to show the way in which social inequalities enter in pharmacies like differentiated consumption of medicine and medical products, social assurance and demands of healthcare. The material of analysis came from a fieldwork done in three cities of Buenos Aires province, the most populated in the country, these cities are: Ensenada, Florencio Varela y Mar del Plata.

Keywords: pharmacies, neighborhoods, inequalities, health, patients/clients.

Introducción

América Latina es considerada una de las regiones más desiguales del mundo, una región donde el 10% más rico de la población tiene en promedio ingresos 12 veces mayores que el 10% más pobre y donde uno de cada cinco habitantes es clasificado como pobre (BID, 2024). Esta desigualdad impacta en el acceso a la salud y en la expectativa de vida de la población, como lo muestra el último informe mundial sobre los determinantes sociales de la equidad en salud de la Organización Mundial de la Salud-OMS (WHO, 2025). Sobre la contribución de la salud a la desigualdad, existen importantes análisis que plantean cómo influye disponer o no de un sistema público y universal de acceso a la salud en las condiciones de vida de los sectores más vulnerables (Abramo, Cecchini & Hullmann, 2020); pero también, la forma en que los distintos sub-sistemas de atención médica (contributivos o no contributivos) reproducen las diferencias en los resultados en salud (Stampini, Medellín & Ibarrarán, 2023). Existen pocos datos disponibles sobre la desigualdad con relación al acceso a farmacias y consumo de medicamentos.

Considero importante partir de estos diagnósticos generales para problematizarlos, como han hecho algunos análisis de las ciencias sociales latinoamericanas al plantear la necesidad de considerar las desigualdades en plural. Esto significa que no existe una sola desigualdad, sino múltiples y es muy importante en la comprensión de la diversidad del fenómeno distinguir el lugar de las desigualdades heredadas y el peso de los distintos procesos histórico-políticos que la han configurado. Se insiste con firmeza en la importancia de no subsumir la desigualdad a la pobreza ni reducir ambas a lo exclusivamente económico (Jelin, Motta & Costa, 2020). Estos análisis, a su vez, han permitido la incorporación de múltiples categorías para conceptualizar la desigualdad, produciendo una diversificación metodológica de sus abordajes. En este marco, el presente artículo buscará comprender una de estas desigualdades, la desigualdad en salud, a partir de una investigación etnográfica realizada en "farmacias de barrio" de la provincia de Buenos Aires (PBA), en Argentina. Ahora bien ¿qué es una farmacia de barrio? ¿Cómo es posible desde allí captar algunos aspectos de la desigualdad en salud? A continuación, buscaremos ir dando respuesta a estos interrogantes.

En Argentina, la ley nacional 17565¹ establece que "La preparación de recetas, la dispensa de drogas, medicamentos, incluidos los denominados de venta libre y de especialidades farmacéuticas, cualquiera sea su condición de expendio, sólo podrán ser efectuadas en todo el territorio de la Nación, en farmacias habilitadas" (Infoleg, S/F). De acuerdo con esta normativa, será luego cada provincia la encargada de constituir una autoridad competente para hacer efectiva dicha habilitación. En el caso de la PBA, es su Ministerio de Salud quien tiene a cargo la función de habilitar y auditar el funcionamiento de las farmacias y quien delega en el Colegio de Farmacéuticos (organismo de los profesionales) la regulación de la actividad, otorgando matrícula a quienes dispongan de un título de farmacéutica/o brindado por una Universidad. Queda establecido así que cada farmacia del amplio territorio provincial debe estar regida de manera obligatoria por la dirección técnica (o co-dirección) de un/a farmacéutico/a matriculado/a. La PBA está dividida en 134 distritos distribuidos en 307 mil kilómetros cuadrados, donde vive casi el 40% de la población del país. En este territorio existen 4500 farmacias, las cuales son consideradas como un servicio de utilidad pública. En ese amplio universo de farmacias, existen algunas de un tamaño pequeño, localizadas en localidades chicas o en

¹ La ley citada sigue vigente con sucesivas modificaciones, incluidas las propuestas por el llamado "megaDNU", decreto de necesidad y urgencia dictado por el presidente Milei al inicio de su gestión y que busca des-regular la dispensa de medicamentos, quitándole injerencia profesional al colectivo farmacéutico.

zonas residenciales –barrios– de ciudades medianas y/o grandes, donde el farmacéutico/a dueño/a de la farmacia es quien está por lo general presente “detrás del mostrador”. En estas farmacias, “el mostrador” puede ser considerado como el espacio que divide el salón donde las personas acceden a la farmacia del lugar donde están quienes trabajan allí: en esta perspectiva el mostrador se constituye en la línea divisoria entre el espacio público y el espacio más privado de la farmacia² (donde se depositan y custodian los productos médicos y medicamentos, etcétera).

En las “farmacias de barrio”, las personas que asisten reciben un tratamiento de “pacientes”, priorizándose un abordaje sanitario, lo cual implica conocer a la persona, su familia, su situación social, su padecimiento, etcétera. A través del mostrador, predominan relaciones de confianza y proximidad y eso posibilita el despliegue de lo que se conoce como “atención farmacéutica”, donde no sólo se dispensa el medicamento o producto médico solicitado, sino que se brinda conserjería, contención y cuidados. Las farmacias de este tipo son las que suelen llamarse en término de los actores como “farmacias de barrio” por oposición a las “farmacias del centro” que son aquellas donde predominan relaciones anónimas, más comerciales y efímeras, donde las personas son consideradas básicamente como “clientes”. En este artículo, entonces, “farmacias de barrio” hace referencia a una forma “nativa”, propia de los actores sociales, para aludir a esa farmacia de cercanía, donde predominan las relaciones de confianza y donde el o la farmacéutica, director/a técnico del lugar, es una persona conocida por sus pacientes.

Este artículo se basa en un trabajo de campo etnográfico realizado en “farmacias de barrio” de la PBA en sucesivas etapas desde 2020: dicha investigación me ha permitido identificar las relaciones que se dan a través del mostrador, a saber, relaciones de intercambio entre farmacéuticas/cos, empleados de farmacia, pacientes/clientes³, agentes de propaganda médica de laboratorios, trabajadores de droguerías, etcétera. En esas relaciones e intercambios, a uno y otro lado del mostrador pasan: dinero, conocimiento, medicamentos, confianza. Es por ello que considero que dichas relaciones actualizan una de las tensiones más estructurales de este ámbito, que es la tensión entre el modelo sanitario de farmacia –donde predomina un *ethos* profesional de brindar un servicio de salud y “resolver” el problema de la persona, considerada como “paciente”–; con el modelo comercial, donde la farmacia es considerada como un negocio que debe subsistir, donde la o el farmacéutico debe desarrollar múltiples habilidades comerciales y financieras y las personas son consideradas como “clientes”. De este modo, la comprensión de esas relaciones en escala microsociológica y cotidiana también permiten entenderlas como relaciones asimétricas. Es esa asimetría la que hace posible, desde la perspectiva de observar lo que sucede a través del mostrador, captar la reproducción de algunas desigualdades, especialmente, las desigualdades en salud.

Desigualdades en salud: algunas precisiones

Si como planteamos más arriba, la premisa es partir de una noción plural de las desigualdades, también es necesario hacer algunas precisiones sobre cómo este concepto es pensado en el

² Por lo general, el espacio “privado” de la farmacia contempla: una oficina administrativa, depósitos, un pequeño laboratorio para preparación de magistrales, gabinete de atención (para inyecciones, etc.) baño y muchas veces, un espacio de descanso para quien realiza el turno (obligación de permanecer abiertos y brindar atención durante 24 horas) que, dependiendo del distrito, puede tener cada farmacia, una o dos veces por mes.

³ Si bien desde las ciencias sociales se ha criticado la noción de “paciente”, por verla asociada a un lugar pasivo y hasta sumiso en relación con el personal médico, en el contexto de este trabajo, “paciente” alude a la forma en que los farmacéuticos acentúan su rol de trabajo sanitario en el trato con las personas; está en tensión con la idea de “cliente”, también presente, y que remarca el aspecto comercial de las relaciones establecidas.

campo de la salud. Al respecto, los especialistas en el tema plantean que se trata de una de las desigualdades más estructurales y persistentes de América Latina (Martich, 2021). Por ello, al analizarla, proponen pensarla en dos aspectos: como desigualdad en el acceso a los servicios de salud y como desigualdad en los resultados de salud. La primera (desigualdad en el acceso) se operacionaliza considerando como unidad de análisis al individuo que accede o no a los servicios de salud; la segunda, enfoca más en una escala poblacional, por cuanto es aprehensible a partir de datos como la morbilidad y mortalidad de las poblaciones. Tanto en una como en otra, es importante entender la desigualdad en salud en su necesaria interrelación con otros ejes, lo que en términos del pensamiento sanitario ha sido conceptualizado como la determinación social de los procesos de salud-enfermedad-atención (PSEA). A su vez, esta noción de la determinación social ha generado un debate interesante, que, aunque brevemente, es importante mencionar.

La epidemiología clásica, basada en modelos estadísticos y matemáticos, fue criticada entre otras cosas por su ceguera ante el peso de las cuestiones socio-políticas y sus consecuencias en términos de salud, especialmente a partir de la Asamblea Mundial de la Salud en 1977 y la declaración de Alma Ata en 1978 (Castellanos, 2025). Los primeros planteos latinoamericanos en este sentido pueden ser identificados a partir de la llegada de Pedro Luis Castellanos a la Organización Panamericana de la Salud y los esbozos de incorporar el proceso salud-enfermedad a los análisis más cuantitativos, a partir de los esbozos de una "epidemiología social" (Menéndez, 2023). El surgimiento de una crítica a la epidemiología clásica en perspectiva latinoamericana se fue consolidando a partir de los trabajos de varios autores y escuelas, enrolados principalmente en la medicina social y la salud colectiva (Almeida Filho, 1992). No es mi intención aquí profundizar en esta rica tradición, pero sí me interesa reponer algunos planteamientos de uno de los autores más renombrados de esta epidemiología crítica y social, el ecuatoriano Jaime Breihl, cuyo análisis permite enriquecer la perspectiva de la captación, medición y reflexión de las desigualdades en salud. La cuestión de lo social, convertido en "determinante" o "factor" fue enriquecido con el planteamiento de Breihl, quien, de la mano de autores clásicos del norte global como Rawls y Sen, buscó poder poner en relación las nociones de diversidad, desigualdad y justicia (2023). Con ello, distingue la equidad de su opuesto, la inequidad; y la justicia de su opuesto, la iniquidad. Esto es importante para pensar las consecuencias de la inequidad y la iniquidad respecto al acceso a los servicios de salud y el estado de salud de las poblaciones.

El debate del lugar de los PSEA y sus vínculos con la desigualdad no pertenecen exclusivamente al campo del pensamiento epidemiológico. Para los fines de este artículo, considero importante mencionar un aporte enriquecedor producido desde la antropología médica latinoamericana, como es el del antropólogo argenmex⁴, Eduardo Menéndez. Menéndez criticará la idea "fuerte" de determinación: no hay algo, un hecho, un conjunto de variables cuya existencia o no, es determinante en términos absolutos. Más bien, señala el autor, es importante conocer las formas en que lo económico, lo social y lo político van condicionando los PSEA, pero no desde una visión apriorística sino desde un análisis social sustantivo que articule teoría y etnografía.

En resumidas cuentas, estos aportes brevemente presentados aquí, buscan poner de relieve la forma en que las desigualdades sociales permean, producen y reproducen las desigualdades en salud. Es

⁴ "Argenmex" es una expresión nativa, que puede ser entendida como gentilicio, y referencia sobre todo al exilio argentino desembarcado en México, especialmente en el mundo universitario y académico. Eduardo Menéndez, argentino radicado en México desde su exilio en dicho país de los años setenta, es un buen ejemplo de "argenmex".

a partir de esta idea que el presente artículo buscará, desde un trabajo de campo situado en la PBA, Argentina, y en perspectiva etnográfica, conocer y analizar un proceso concreto de manifestación de esas desigualdades en salud, posibles de ser captadas en el cotidiano de “farmacias de barrio”.

Al respecto, es importante realizar algunas aclaraciones. En el trabajo de campo en las farmacias quedó claro que las mismas forman parte de los servicios de salud, no sólo porque para muchas personas, son la “puerta de entrada” para recibir atención médica, sino porque en Argentina, la dispensa de medicamentos prescritos por el personal de salud autorizado (médicos, odontólogos, veterinarios exclusivamente) se realiza de manera masiva desde las farmacias comunitarias u oficinales (que aquí denominé como “farmacias de barrio”, precisando sus características). Así, en una articulación compleja, los profesionales de alguno de los subsistemas de salud del país (coexisten 3 subsistemas, más adelante se amplía esta cuestión) otorgan una receta al paciente, que concurre a la farmacia para obtenerlo: en el mostrador se produce la validación de la receta mediante la aprobación del descuento o cobertura total de parte del prestador sanitario y luego de eso, se realiza la dispensa efectiva del medicamento o producto médico. Entonces, si bien estamos en un espacio de salud privado (donde el farmacéutico puede ser dueño o director técnico del lugar) en las relaciones que cruzan el mostrador se pone en acto la cobertura social y el acceso al medicamento; ambas cuestiones constituyen aspectos centrales del funcionamiento de los subsistemas de salud vigentes en el país (incluso del público donde la persona puede obtener una receta, pero no siempre el medicamento). De esta forma, tomar como punto de partida a las farmacias supone dar relevancia a las relaciones que se dan a través del mostrador, desde donde es factible captar las desigualdades en salud en términos de acceso. En este sentido, se podría entender el acceso como “acceder a una farmacia” -acceso que no siempre se da- o como será analizado en este artículo- como “acceso al medicamento en la farmacia”. Al mismo tiempo, la perspectiva desde una “farmacia de barrio” también implicará ver la escala poblacional: las características socio-sanitarias de los barrios donde están situadas las farmacias son aprehendidas desde lo que sucede en el mostrador: quiénes son las personas que concurren allí, cuáles sus características en términos de estratificación social, lo cual es posible captar a partir de sus consumos realizados en la farmacia y de disponer o no de cobertura sanitaria.

La cobertura sanitaria de las personas en Argentina puede darse en algunos de los 3 subsistemas que existen y no son excluyentes entre sí⁵. Estos 3 subsistemas son el privado, el de obras sociales y el público. El primero suele ser llamado “medicina prepaga” y se trata de un sistema de seguro completamente privado, elegido por las personas de mayores ingresos. Las obras sociales son entidades sindicales vinculadas al sector laboral de las personas y es lo que se conoce como sistema contributivo, donde son las contribuciones del empleador y del empleado las que financian el sistema. Entre ellas, por la extensión poblacional de su cobertura destacan las obras sociales públicas como PAMI (es el Instituto Nacional de Servicios Sociales para jubilados y pensionados creado en 1971 y más conocido por las siglas de Programa de Asistencia Médica Integral) e IOMA (Instituto de Obra Médica Asistencial, obra social pública de la PBA, creada en 1957). Por último, el sistema público, universal, que puede ser administrado por el gobierno nacional, el provincial o municipal y que en los hechos es mayormente utilizado por las personas que no tienen ninguna otra cobertura; usar servicios públicos de salud no siempre implica, sobre todo para tratamientos

⁵ Esto significa que una persona puede tener una obra social obligatoria por su empleo, pagar además una medicina pre-paga y hacer uso de los servicios públicos de salud.

crónicos, tener acceso a los medicamentos (aunque hubo épocas en que esto sí se garantizó, como con la creación en 2002 del Plan Remediar). En los casos de personas que no tienen empleo formal, el gasto de los medicamentos es un gasto que sale enteramente de su bolsillo e implica una carga importante en el presupuesto familiar.

Etnografía en la farmacia

"Te forjás en el mostrador", "A mí me encanta el mostrador, soy charlatana y me encanta", "Es un termómetro de lo que pasa", "El mostrador es nuestra trinchera". Estas son algunas de las frases recogidas al azar en mis conversaciones con las y los farmacéuticos de la PBA. De muy diversas formas, ellas y ellos recogen la centralidad del mostrador como un espacio de intercambio y, sobre todo, como una forma de ver y entender esas relaciones y lo que sucede más allá de ellas. Por eso, en este artículo propongo dos elecciones metodológicas concomitantes: la primera es que las farmacias son una puerta de entrada a la comprensión de las desigualdades en salud; la segunda, que la forma de captar estas desigualdades se desarrolla *en el* mostrador o *desde* el mostrador, esto es, en las relaciones cotidianas, a escala microsociológica, a ras del suelo (Abèlés, 1997), que se dan allí. El campo, como espacio de interacciones a analizar, va más allá del mostrador; no obstante, para este artículo, he elegido partir desde la perspectiva de las y los farmacéuticos que están en el mostrador, que allí charlan con la gente, que allí se "forjan", para quienes ese lugar es una forma de ver lo que sucede más allá y es por eso, también, "una trinchera".

El material de análisis de este artículo forma parte de una investigación de más largo alcance sobre la profesión farmacéutica en la PBA.⁶ Como parte de la misma, se decidió profundizar en lo que se llama "farmacia de oficina" o "farmacia comunitaria", que es la práctica profesional de quienes ejercen en "farmacias de barrio". He realizado sucesivas estancias de trabajo de campo en farmacias de diferentes localidades de la PBA, en los años 2020, 2022 y 2024. En este artículo he elegido los siguientes materiales del trabajo de campo: Farmacia 1, realizado en la primavera austral de 2022 en un barrio elegante y residencial de la ciudad balnearia de Mar del Plata; Farmacia 2 entre febrero y mayo de 2024 en una ciudad pequeña e industrial cercana a la capital provincial; Farmacia 3, a lo largo de 2024, en una localidad periurbana de una ciudad situada en el sudeste del Área Metropolitana de Buenos Aires. En cada una de estas farmacias, como veremos, predomina la asistencia de un tipo de paciente diferente, con cobertura de salud diferente y eso permite, a grandes rasgos, plantear que a la primera asisten mayormente personas que tienen "medicina prepaga", en la segunda predominan personas con obra social pública (IOMA y PAMI) y en la última, personas que no tienen ningún tipo de cobertura social para medicamentos.

El trabajo etnográfico es considerado aquí en tanto una técnica de investigación cualitativa y un enfoque de análisis. Como técnica de recolección de datos implicó observación en las farmacias y conversaciones en profundidad con farmacéuticos/cos y empleadas/dos de farmacia durante la jornada de trabajo. El lugar de la observación fue del lado del mostrador que ocupan profesionales y empleados, lo cual implica no sólo una perspectiva de espacio de las interacciones sino también, la elección de una perspectiva de los actores sociales. Entender a la etnografía como enfoque de análisis supone que buscaré poner a dialogar las categorías de los actores con las categorías analíticas: en

⁶ Una versión preliminar de este artículo fue presentada en las IV Jornadas de Democracia y Desigualdades desarrolladas en la Universidad Nacional de José C. Paz, Argentina, en septiembre de 2024.

este caso, el marco teórico de las desigualdades.

Farmacia 1: Barrio Los Troncos, Mar Del Plata.

Situada en la mitad del litoral atlántico de la provincia, Mar del Plata es la ciudad balnearia más importante y conocida de la Argentina. En sus orígenes pasaban allí los veranos los sectores más acaudalados del país y en el transcurso del siglo XX, especialmente a partir de los gobiernos del peronismo clásico, se convirtió en una de las principales sedes del turismo sindical. Según el último censo (2022) viven allí 667.082 personas.

La farmacia P⁷ es "casi" una farmacia de cadena: las farmacias de cadena, grandes tiendas donde se ofrecen tanto medicamentos como diversos productos de cosmética, higiene, etcétera, no están permitidas en la PBA, pues las farmacias no pueden estar bajo la forma de sociedades anónimas. Pero existe un formato permitido, el de sociedad en comandita, que permite la sociedad de un administrador capitalista que puede tener más de una farmacia, siendo obligatorio que en cada una de ellas haya un farmacéutico como director técnico. De este modo, la farmacia P tiene varias sucursales en Mar del Plata y cada una de ellas tiene su propio director técnico. Hay una misma administración, un mismo logo, ofertas, empleados que rotan, pero cada sucursal es distinta. La del barrio Los Troncos, es un local amplio, nuevo, luminoso, con pisos de porcelanato y amplias góndolas con productos cosméticos. Las empleadas dicen que es una "farmacia de barrio" porque está donde estaba "la vieja farmacia del barrio", el farmacéutico (DT) es el mismo de antes y ellas, las empleadas, conocen a los vecinos. Al rato de que la empleada me contara eso, llegó Eugenio, un señor muy mayor: lo recibieron con un pastelito y una velita encendida porque sabían que era su cumpleaños. Eugenio va todos los días a la farmacia así que el recibimiento fue muy cálido. La empleada que le cantó el feliz cumpleaños me contó que ella atiende por las mañanas en esta farmacia y por las tardes en otra, que está en un barrio más popular, cercano al puerto. Ella nota las diferencias entre un barrio y otro, una farmacia y otra, y mientras mira hacia afuera por el amplio ventanal me cuenta: "allá se consume un montón por tiras, viste. la gente es más de clase baja y te pide *buscapina*,⁸ la tira está \$800⁹ y entonces te piden media tira... y te piden un montón de *buscapina*, porque la gente come peor, menos vegetales, más porquerías, entonces tienen más problemas estomacales". Entonces va y busca las barritas de azufre, le cuesta encontrarlas y me explica: "acá ni se venden, pero allá salen un montón. Allá hay mucha creencia, mucha automedicación, en cambio acá la gente no compra tanto esas cosas... acá ves mucho OSDE, MEDIFÉ¹⁰..." En estas palabras podemos ver varias claves que, en términos de la empleada de farmacia, dan cuenta de las desigualdades: en el consumo, el tipo de consumo, los hábitos alimentarios y el tipo de cobertura médica. Al mismo tiempo, la cuestión de la automedicación y las "creencias" es considerada como algo de las "clases bajas", que sólo sucede en la otra farmacia, la cercana al puerto, no en la de aquí, un barrio elegante, de grandes chalets normandos típicos de la arquitectura histórica de la ciudad. Al rato, entra una señora mayor a quien conoce y con quien se quedan charlando. La señora le cuenta que está tratando de cambiar el tratamiento de la diabetes por uno más basado "en lo natural y el ayurveda". Cuando ella se va, me cuentan que hay mucha demanda de productos naturales, de suplementos dietarios y productos

⁷ Siguiendo el consentimiento informado acordado con mis informantes, he anonimizado o modificado todo tipo de referencias (nombre de la farmacia, nombres de las personas)

⁸ Es el nombre comercial de un conocido antiespasmódico abdominal.

⁹ Todos los precios que se mencionan son en pesos argentinos con valores de septiembre de 2022.

¹⁰ Nombres de Medicina prepaga

vinculados al mercado de lo “saludable”, probióticos, dermocosmética, etcétera: “es un barrio con varios geriátricos, de los buenos, viste...y vienen los hijos y los nietos y si bien todos tienen PAMI, compran más cosas de este tipo, que no te las cubre ninguna obra social”. A la mañana siguiente, una de esas personas, un hombre de unos 40 años, mientras charlaba en el mostrador con una de las empleadas, contó el monto que pagaba por la cobertura social de su familia, que es una cifra abultada equivalente casi a un salario mínimo, sin embargo, no lo contaba jactándose sino con un tono de ironía, pues “además de eso”, estaba pagando por otros productos -vitaminas y gotas para los ojos. Una señora mayor, con bastón, el cabello rubio y la piel bronceada, muy elegante, compró *tafirol* (una marca de paracetamol) y una crema cosmética de 7 mil pesos. Otra persona entró y pidió *diclofenac*¹¹, pero pidió especialmente el de un laboratorio (Denver) considerado como un buen laboratorio y no uno de los que vende “genéricos”; subrayo esta elección del laboratorio pues en otras farmacias donde he realizado observación, se suele pedir *diclofenac* y sólo se distingue entre sódico y potásico si el empleado o farmacéutico pregunta y en casi todos los casos, se lleva el más barato. Está muy extendida la idea de que el “genérico” (o medicamento que no lleva la marca del laboratorio más conocido o dueño de la patente) por ser barato no es tan bueno como el original. Esta es una narrativa sostenida y reproducida por los laboratorios y los agentes de propaganda médica, que cala profundo, sobre todo en los sectores que pueden y eligen comprar por marca.

En esta farmacia, las empleadas hablan de los “clientes” para referirse a las personas que asisten: pero esa idea de cliente no es exclusivamente comercial, sino que implica matizar el lucro por una idea de que son clientes a los que hay que resolverles un problema. Esta breve descripción nos permite ver no sólo el modo en que la empleada de la farmacia describe las poblaciones diferenciales de una y otra farmacia, de uno y otro barrio, sino también cómo esa descripción se ve reforzada por los consumos -tipo, volumen, valor de compra- de quienes asistieron los días que realicé observación allí.

Farmacia 2: Barrio Mosconi, Ensenada

Ensenada es una ciudad que forma parte de lo que se conoce como el Gran La Plata, que es el área urbana en torno de la capital de la provincia. Está ubicada sobre la costa este del Río de la Plata y allí se ubica la principal refinería de petróleo de la empresa argentina YPF, el Astillero público Río Santiago y parte del puerto local. Es una zona que, junto a la ciudad vecina de Berisso, conformaron un importante polo industrial conocido en términos políticos por ser de donde salieron las primeras columnas de trabajadores que apoyaron a Perón en las jornadas de creación del movimiento peronista, el 17 de octubre de 1945.

La farmacia M está ubicada sobre una de las avenidas de acceso a la ciudad, junto a un club deportivo de los trabajadores del astillero. Es una farmacia pequeña, prolija, bien surtida y bastante nueva, en un barrio con muchos jubilados de la empresa YPF. Asiste gente de todas las edades, pero la mayoría es gente grande con cobertura de PAMI y/o IOMA. La farmacia abrió en 2011 y en esa época, recuerda la farmacéutica: “todavía había mucha pequeña empresita, relacionada con YPF, viste, había como un resurgimiento y vendíamos mucho OSPE -Obra social de los petroleros- y el trabajador tenía plata en el bolsillo así que también vendíamos consumo de hombre: perfumería, desodorante, Al

¹¹Analgésico que tiene dos versiones: el sódico se absorbe más rápido y es recomendado para dolores agudos; el potásico es sugerido para personas con hipertensión.

*Máximo*¹², esas cosas. Gastaban... hoy, al revés, poco y nada". Esta conversación se dio en 2024, año que comenzó con la propuesta del DNU 70/2023 del flamante gobierno de Javier Milei buscando -entre muchas otras cosas- desregular el trabajo farmacéutico. Esa y otras medidas produjeron un aumento de precios con fuerte impacto en los medicamentos y una cada vez más notoria contracción de la demanda. Además, se quitó la gratuidad total de la medicación de PAMI, generándose un proceso de auditoría por el cual el beneficiario es responsable de solicitar, mediante un trámite que acredite su ingreso mínimo, la gratuidad de la medicación; caso contrario, deberá pagar de su bolsillo lo que antes no pagaba. Una de las empleadas, la tarde de uno de los días de Semana Santa de ese año, me decía que esa contracción de la demanda "sí se nota": "PAMI entregaba gratis viste, acá -señala la pantalla de su computadora- me salía qué medicamento tenía que entregar, yo veo la receta y la persona venía y retiraba. Ahora te preguntan ¿cuánto sale? y vos tenés que saber si lo va a llevar o no, porque si no lo lleva, no armás todo el papelerío y hay muchos que entonces ya no retiran, se van sin su medicamento porque no lo pueden pagar", su tono era de pena sincera. Cuando le pregunté a la farmacéutica por el tipo de "público" que asiste allí, respondió que tienen muchos tipos de "pacientes" -ella y sus empleadas nunca dicen "clientes": "hay gente que quiere seguir comprando el medicamento del laboratorio estrella, aunque sea el más caro, aunque les caiga mal, como pasa con *Alplax* de *Gador* o la *T4* de *Montpellier*. Y viene y compra también alguna vitamina -aunque cada vez menos pues subieron muchísimo de precio- y otra gente, mucha gente grande, que usa *Corega* -pegamento para dentadura postiza-, por ejemplo, que también está carísimo, es importado, no lo cubre nadie y te preguntan cuánto sale y te ponen cara, viste y no, no lo llevan... no se van a morir sin eso.... pero decime si no terrible también que no puedan comprarse el *Corega*".

En esta breve descripción podemos ver cómo profesionales y empleados evalúan el impacto de las políticas en general, pero las económicas en particular, en la población a la que atienden, aunque mayormente sea una población con cobertura social. Una constante en los días que realicé observación en esta farmacia entre abril y mayo de 2024, fue el aprovechamiento de la "Cuenta DNI" y sus descuentos. Cuenta DNI es una billetera virtual para quienes tienen, como la totalidad de los empleados estatales y jubilados de la provincia, una caja de ahorro en el Banco de la Provincia de Buenos Aires. Por medio de la Cuenta DNI, el Estado provincial (de un signo político contrario al gobierno de Javier Milei) apoya con devoluciones de dinero el consumo de los bonaerenses, sosteniendo el comercio mediano y pequeño. Un afiche en la farmacia y la sugerencia de la empleada de "aprovechar la devolución de Cuenta DNI" plantea la centralidad de algunas políticas de sostenimiento de los consumos, especialmente para sectores medios y medios bajos, en este caso trabajadores estatales y jubilados, que fueron de los sectores más golpeados por las políticas de ajuste del gobierno nacional iniciado en 2023.

Farmacia 3: Barrio El Tropezón, Florencio Varela

Florencio Varela es una ciudad situada en lo que se conoce como el "conurbano bonaerense", al sudeste del Gran Buenos Aires, conformado por la ciudad capital del país y los 24 distritos que la rodean y pertenecen a la provincia de Buenos Aires. Florencio Varela tiene un área urbana y un gran peri-urbano, donde predomina la producción hortícola, con trabajadores informales en su mayoría migrantes de países limítrofes (especialmente de Bolivia) que viven y trabajan en las quintas donde

¹² Uno de los nombres de fantasía del medicamento *syldenafil*, conocido por el nombre del laboratorio Pfizer como *Viagra*. Para más sobre el consumo de este medicamento en farmacias de Argentina desde un punto de vista etnográfico véase Pozzio (2024)

se cultivan verduras y flores. La farmacia F está situada en dicho peri-urbano, casi en el límite con otra zona más rural perteneciente al vecino partido de San Vicente. La farmacia está situada en la convergencia de dos calles que funcionan como el centro comercial de la localidad, donde además de la parada del colectivo, hay una remisería, una carnicería y otras pequeñas tiendas que florecieron a partir de que se instaló allí la farmacia, en un local chico, donde el salón queda abierto completamente a la calle y el farmacéutico y sus empleadas, trabajan tras un mostrador cerrado con vidrio. Continuando por la calle donde está situada la farmacia, se llega a una unidad penitenciaria de la PBA. Esta farmacia no trabaja con obras sociales y el farmacéutico me explicó de la siguiente manera esa decisión: "acá viene toda gente que no tiene obra social, son quinteros, productores, *paisanos*¹³ viste, y los que sí tienen, los penitenciarios y las maestras, yo busco precio, hago descuento y eso les conviene más que lo que les puede cubrir IOMA". No trabajar con obras sociales implica mucho menos trabajo administrativo y un funcionamiento financiero más sencillo, pues lo que pagan las personas es directamente lo que gana la farmacia. Se maneja mucho con efectivo y pagos por aplicaciones. El farmacéutico, joven, simpático y muy campechano en su trato con la gente, me explica que "la clave" es conocer la población, saber qué es lo que piden y necesitan y estar bien provisto de esos medicamentos, a buenos precios. Le pregunto cómo se hace eso y categórico, responde: "No me caso con ningún laboratorio". Esto significa que no tiene acuerdos de compra/descuentos exclusivos con ninguna droguería (distribuidoras) ni ningún laboratorio (productor), que es una forma habitual de proveerse. Él narra todo el proceso que realiza, buscando precios, medicamentos genéricos, de laboratorios chicos, lo que se llama "hospitalarios" -que son los que vienen por cantidad, en blíster, sin cajita- ya que lo que le importa a la gente allí, según él, es tener buenos precios. Y agrega "yo sé que en la farmacia nunca gastás con gusto, así que hay que dar alternativas, entonces a algunos, los de receta que no son hospitalarios, yo les digo, me quedo con la caja, llevate ahora la tableta que podés pagar y cuando puedas pagar el resto, te doy lo que falta, y eso es a los quince días". También, anticipándose a las temporadas, el farmacéutico recorre droguerías y hasta hipermercados mayoristas, buscando productos y precios. "Acá sale mucho *paracetamol*, este año con el dengue¹⁴, un montón, fui a *Nini*, a *Maxiconsumo*¹⁵, a todos lados para conseguir repelentes... y ahora ya me estoy aprovisionando para la primavera, que vienen todas las alergias". El ritmo de ventas lo da el pago de las cooperativas de trabajadores de la zona y en términos de perfiles poblacionales, subraya el de "los paisanos": "muchos analgésicos para los dolores articulares y de huesos, antigripales en la temporada invernal por el trabajo a la intemperie y los antialérgicos en la primavera, sobre todo para las trabajadoras de la flor". La farmacia está bien surtida en este tipo de productos que son sencillos, que permiten hacer stock y con eso, calcular la ganancia. Y cuando surge alguna demanda más específica, el farmacéutico encarga el medicamento y muchas veces hace la compra a partir de la farmacia de algún colega. El resto de los productos que se venden son de perfumería y cosmética, dicen las empleadas: "alguna gente hace la compra del mes y te encarga, desodorante, champú, esas cosas, o los chicos del secundario que vienen y preguntan por las cremas contra el acné. También los sábados, sobre todo, están las visitas del penal... pero si no, lo que se lleva mucho es barrita de azufre, alcanfor, alcohol, *Bengué*¹⁶, esas cosas de gente de campo".

¹³ En este caso, paisano es el modo en que se llaman entre sí los migrantes de Bolivia y gente que proviene de zonas campesinas de la zona andina, como Cochabamba. En Argentina se llama paisano a la gente de campo, así que en el uso que hace el farmacéutico podemos ver una superposición de ambos sentidos.

¹⁴ En febrero de 2024 hubo un pico de casos de dengue en Argentina. El dengue es transmitido por el mosquito *Aedes Egyptis*, en zonas de huertas los mosquitos son una presencia constante.

¹⁵ Hipermercados mayoristas muy conocidos en la región.

¹⁶ Nombre de un bálsamo usado sobre todo para el dolor en las articulaciones.

Desigualdades I: Acceso a los medicamentos y a la farmacia

Las descripciones realizadas nos permiten visualizar no sólo tres farmacias "de barrio" diferentes, sino ciertas cuestiones vinculadas a las desigualdades en salud, en las que me interesa profundizar. Si, como planteamos al principio, en las desigualdades en salud podemos hacer la distinción entre el acceso y los resultados, aquí sucede lo mismo. Al respecto, podemos plantear que en las tres farmacias vemos un acceso al medicamento -y a los diversos productos que se dispensan en una farmacia- diferente, dado tanto por la cobertura de salud -obra social o medicina prepaga- como por el poder adquisitivo de las personas. En la primera farmacia, podemos distinguir un poder adquisitivo medio o alto, con coberturas de salud mayormente privadas (de medicina prepaga); en la segunda, distinguimos un poder adquisitivo medio, muy golpeado por los aumentos de precios de fines de 2023 y principios de 2024 y coberturas de salud vinculadas a las obras sociales estatales -como IOMA y PAMI-; en la tercera farmacia, nos encontramos con un poder adquisitivo menor o al menos, más restringido -una población que busca precio- y una importante presencia de población que no tiene cobertura médica. Ahora bien, ¿por qué afirmamos que estas diferencias implican desigualdad en salud? La cuestión es que lo que está en juego en estos consumos diferenciados, es el acceso al medicamento y todo lo que el mismo implica no sólo en términos de procesos de salud-enfermedad sino de derechos. En la farmacia del barrio Los Troncos las personas accedían sin inconvenientes a los medicamentos; en la farmacia del barrio Mosconi, ese acceso comenzaba a espaciarse o debilitarse -medicamentos de PAMI que ya no se retiran pues dejaron de ser gratuitos- y en el caso de la farmacia del barrio El Tropezón, se prioriza el precio y si no hay dinero para pagar, el medicamento no se compra.

Si bien no hemos podido profundizar aquí en esta cuestión, es importante al menos mencionar que en los tres casos también son diferentes las posibilidades de acceso a la farmacia misma, que es un lugar donde no sólo se dispensan medicamentos, sino que se brinda atención farmacéutica, lo que implica una serie de servicios de salud y provisión de cuidados: por ejemplo, toma de presión, vacunación, etcétera. Tanto en la farmacia de Ensenada como en la del peri-urbano de Florencio Varela, nos han narrado un antes y un después de la existencia de la farmacia en el lugar, lo cual implica pensar no sólo el modo en que la farmacia como tienda cambia la dinámica de un barrio -lo cual también nos fue narrado- sino lo que implica su existencia en términos de acceso a servicios básicos de salud: en el Tropezón, el farmacéutico nos contaba cómo habían llegado a funcionar como sala de primeros auxilios en más de una ocasión y en Ensenada, la farmacéutica afirmaba que con su farmacia habían acercado las bocas de expendio de vacunación (antes COVID, ahora anti-gripal), evitando que los vecinos tuvieran que ir al centro de la ciudad a recibir esos servicios. En el caso de la farmacia del Barrio Los Troncos de MDP, respetando la distancia de 300 metros que debe haber entre una farmacia y otra según lo estipula la ley, pudimos notar que en la zona hay las suficientes farmacias como para que el acceso a la misma no sea un inconveniente para las y los vecinos.

Desigualdades II: resultados, barrios y determinación social de la salud

Si en lo respectivo al acceso, las desigualdades son notorias y están ligadas no sólo al contexto económico inmediato sino también a la cobertura médica de las personas, en lo vinculado a los resultados de la desigualdad entra en el análisis otra dimensión, que es la poblacional. Cada

una de estas farmacias está ubicada en un barrio que tiene ciertas características en términos poblacionales y esas características son conocidas por quienes trabajan en las farmacias, quienes en su accionar cotidiano de dispensa de medicamentos y servicios farmacéuticos, producen un saber que es posible comenzar a plantear como una epidemiología situada de la población. Esa epidemiología nos permite reconstruir y comprender perfiles de morbilidad muy distintos. Así, si los consumos expresan el poder adquisitivo de los “clientes”, en clave de estratificación entendemos a esos “clientes” como grupos o clases sociales; en el mismo sentido, como “pacientes” reconocemos perfiles de morbilidad vinculados a las condiciones de vida. Como queda expresado en los casos que trabajamos, tenemos en un extremo una población con una alta esperanza de vida que termina sus años en geriátricos “de los buenos” y en el otro extremo, población migrante (“paisanos”) con padecimientos vinculados a largas horas de trabajo en el campo, muchas veces expuestos a riesgos del trabajo que muestran la precarización de las condiciones del mismo (por ejemplo, no les dan mascarillas ni guantes cuando fumigan y por eso tienen alergias severas en vías respiratorias y piel, tal como nos contaban en la farmacia F). De este modo, podemos hablar de las desigualdades de los resultados en salud, que se expresan en lo que hemos visto conceptualizado más arriba como “determinación social de la salud”. ¿Qué sería en nuestro campo concreto, esa “determinación social de la salud”? seguramente el imbricado modo en que las condiciones de vida, de trabajo, el género, el origen social y étnico de cada una de estas poblaciones constituye jerarquías sociales que hacen que las personas y grupos enfermen distinto y sea distinta y desigual, la posibilidad de acceder a una atención oportuna, de curarse, etcétera. Es posible pensar que las farmacias de barrio, con la epidemiología situada producida por farmacéuticos y trabajadores desde el mostrador, permiten atisbar las formas concretas en que esta desigualdad se plasma.

Reflexiones finales

La intención de este artículo fue mostrar cómo un trabajo etnográfico realizado en “farmacias de barrio” de la PBA, en su escala micro-sociológica puede permitirnos comprender, en cierta medida, la forma que en nuestra sociedad se produce y reproduce una de las desigualdades más persistentes y estructurales, que es la desigualdad en salud. Así como la comparación entre la dispensa de medicamentos entre farmacias nos permite comprender las diferencias entre las distintas poblaciones de cada farmacia de barrio, hay algo de la desigualdad que puede verse en cada farmacia por sí sola: esto es, la farmacia como unos de los eslabones más débiles en la cadena de producción de valor del medicamento. Desde la industria –nacional o multinacional–, las grandes obras sociales como productoras de precios, la distribución y comercialización en manos de droguerías, el lugar del profesional farmacéutico es ser la cara visible, pero a la vez, el eslabón más débil de esta cadena de relaciones asimétricas donde está claro que quien es más débil aún, es el paciente, quien necesita y consume el medicamento. En esta cadena de mediaciones y relaciones, el mostrador se constituye como “una trinchera” y también, un lugar desde donde entender esas relaciones, “a ras de suelo”, produciendo un conocimiento situado. Las desigualdades en salud pueden captarse entonces de manera horizontal –entre farmacias– pero también de manera vertical, donde cada farmacia es un actor que se engarza en múltiples relaciones jerárquicas y asimétricas, en un mercado (el de los medicamentos) que nunca es equitativo y menos que menos, libre y autorregulado.

Así, las “farmacias de barrio” en la PBA son esos espacios que permiten captar múltiples niveles de

mediación y condicionamiento, que toman cuerpo en los intercambios cotidianos que se dan en torno al mostrador. Que estas farmacias sean lugares desde los que podemos "captar" las desigualdades implica varias cosas al mismo tiempo:

- Cada farmacia produce los datos de una epidemiología situada que puede mostrar entre otras cosas, los "números" de esa desigualdad.
- Cada farmacia tiene cierto margen de acción para ir contra esas desigualdades, por ejemplo, incentivando el uso de la Cuenta DNI o buscando precios en los hipermercados mayoristas, etcétera.
- Cada farmacia, cada charla producida a través del mostrador, es un pequeño universo a través del cual podemos asomarnos a los procesos de medicalización y farmacéuticización de la vida (Martin, 2006; Bielli, 2016), procesos estructurales de las sociedades capitalistas neoliberales que contribuyen a su vez, a la reproducción y ampliación de las desigualdades existentes y a la producción de nuevas desigualdades.

Referencias

- Abélès, M. (1997). *Anthropologie de l'Etat*. Ed. Armand Collin.
- Abramo, L. Cecchini, S., Hullmann, S.H. (2020). Enfrentar las desigualdades en salud en América Latina: el rol de la protección social *Ciènc. saúde coletiva* 25(5) 1587- 1598. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.32802019>
- Almeida Filho, N. (1992). *Epidemiología sin números*. Serie PALTEX, OPS.
- BID-Banco Interamericano de Desarrollo (2024) *Las complejidades de la desigualdad en América Latina y el Caribe*. Hoja Informativa. <https://www.iadb.org/es/noticias/las-complejidades-de-la-desigualdad-en-america-latina-y-el-caribe>
- Bielli, A. (2016). Los estudios farmacéuticos: alcances y limitaciones de un campo de indagación emergente. *Trilogía. Ciencia. Tecnología y Sociedad*, 8(13), 27-42. <https://doi.org/10.22430/21457778.414>
- Breihl, J. (2003). *Epidemiología crítica: ciencia emancipatoria e interculturalidad*. Lugar Editorial.
- Castellanos, P. L. (2025). Sobre el concepto de salud-enfermedad: Un punto de vista epidemiológico. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 11(1), 40-55. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/360907>
- Jelin E., Motta R. & Costa S. (2020). *Repensar las desigualdades. Cómo se producen y entrelazan las asimetrías globales (y qué hace la gente con eso)*. Siglo XXI.
- Martich, E. (2021). Salud y Desigualdad: la pandemia reforzó lo que ya sabíamos. *Nueva Sociedad*, 293,117-129. https://static.nuso.org/media/articles/downloads/7.TC_Martich_293.pdf
- Martin, E. (2006). The pharmaceutical person. *Biosocieties*, 1(3) 273-287. <https://doi.org/10.1017/S1745855206003012>
- Menéndez, E. (2023). Determinantes sociales: teorías, exclusiones y saberes. *Revista de la Escuela de Antropología*, 32. <https://doi.org/10.35305/rea.viXXXII.256>
- Pozzio, M. (2024). Lo piden un montón: el consumo de sildenafil desde el punto de vista de quienes trabajan en farmacias. Género, salud y sexualidades en la Provincia de Buenos Aires. *Revista Cultura y Droga*, (29)37, 97-113. <http://doi.org/10.17151/culdr.2024.29.37.5>
- Stampini, M., Medellín, N., & Ibarrarán, P. (2023). *Transferencias monetarias, pobreza y desigualdad*

en América Latina y el Caribe. BID. Documento de trabajo. <https://doi.org/10.18235/0005235>

World Health Organization (WHO) (2025). *World report on social determinants of health equity*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240107588>

Reflexiones sobre la construcción sociocultural del cuerpo y la autoatención: aproximaciones críticas a los discursos de salud desde un estudio de caso

Reflections on the sociocultural construction of the body and self-care: critical approaches to health discourses from a case study

Antonia Fontaine Rodríguez¹  

¹Universidad de Chile - CHILE

DOI: <https://doi.org/10.26807/raci.V31.2025.368> | Páginas: 88-100

Fecha de envío: 29-09-2025 | Fecha de aceptación: 26-10-2025 | Fecha de publicación: 31-12-2025

Resumen

Este artículo analiza cómo la biomedicina, la cultura de consumo y las normas sociales configuran la construcción social del cuerpo a partir del estudio de caso de Laia, quien inició un proceso de autoatención mediante su primera visita a una nutricionista. El estudio se desarrolló durante un periodo de convivencia en Donostia, País Vasco en 2023, en el marco de un intercambio académico. La estrategia metodológica fue cualitativa con un enfoque etnográfico, centrada en un relato de vida trabajado en profundidad, que permitió observar de manera directa la experiencia cotidiana de Laia y comprender sus percepciones, prácticas y significados atribuidos al cuerpo. Los resultados muestran que el cuerpo se configura como un campo de disputa, donde convive la lógica de mercado y el discurso médico, que articulan los mandatos sociales de belleza y como consecuencia refuerzan el estigma de la gordura. En respuesta a estas presiones, la autoatención surge como una herramienta de empoderamiento que permite a las personas construir una relación más sana y consciente con su propio cuerpo. El análisis de esta experiencia visibiliza, desde lo íntimo, las estructuras socioculturales que regulan los cuerpos, la salud y los ideales de belleza.

Palabras clave: antropología de la salud, autoatención, cuerpo, medicalización, género.

Abstract

This article analyzes how biomedicine, consumer culture, and social norms shape the social construction of the body based on the case study of Laia, who began a process of self-care through her first visit to a nutritionist. The study was conducted during a period of cohabitation in Donostia, Basque Country, in 2023, as part of an academic exchange. The methodological strategy was qualitative with an ethnographic approach, focusing on an in-depth life story, which allowed for direct observation of Laia's daily experience and understanding of her perceptions, practices, and meanings attributed to the body. The results show that the body is configured as a field of dispute, where market logic and medical discourse coexist, articulating social mandates of beauty and consequently reinforcing the stigma of fatness. In response to these pressures, self-care emerges as a tool for empowerment that allows people to build a healthier and more conscious relationship with their own bodies. The analysis of this experience reveals, from an intimate perspective, the sociocultural structures that regulate bodies, health, and ideals of beauty.

Keywords: medical anthropology, self-care, body, medicalization, gender.

Introducción

En la sociedad contemporánea, el cuerpo ha experimentado una transformación significativa, convirtiéndose en un objeto de culto. La delgadez se erige como paradigma dominante y, al mismo tiempo, se ha consolidado como un mercado de masas cuyas ventas han crecido exponencialmente (Lipovetsky, 2016). Bajo la influencia de la globalización, se impone un ideal de belleza asociado a cuerpos femeninos, delgados y blancos (Swami, 2013), reforzando la tiranía del cuerpo ideal promovida por el sistema capitalista y heteropatriarcal (Toscano, 2020; Quirós, 2021). En este contexto, las corporalidades gordas son estigmatizadas como enfermas y vinculadas a la burla, al aislamiento social y la asexualidad, afectando a las mujeres de manera más estricta que a los hombres (Quirós, 2021). Este artículo se sumerge en el proceso de autoatención de Laia, explorando y analizando cómo estas dinámicas atraviesan la construcción sociocultural del cuerpo, en el marco de un intercambio académico en Donostia, País Vasco en 2023. Durante este periodo, la convivencia en un departamento compartido devino en una profunda relación de amistad con una de mis compañeras de piso: Laia¹. En paralelo, mi participación en el curso “Cuerpo, Salud y Enfermedad” dictado en la Universidad del País Vasco coincidió con el inicio del proceso de autoatención de Laia: la primera visita a una nutricionista. Vivir juntas me permitió realizar una observación participante prolongada y una inmersión casi total en su cotidianidad.

El presente artículo tiene como objetivo principal analizar desde un posicionamiento crítico la construcción social del cuerpo en el contexto contemporáneo occidental vasco, explorando la intersección entre la biomedicina y las normas sociales que derivan en las prácticas de autoatención. Para ello, se realizó un estudio de caso etnográfico para examinar en detalle la experiencia y la relación de Laia con su cuerpo. El escrito inicia con una breve caracterización y biografía de Laia para dar cuenta de sus motivaciones de acudir a una nutricionista. Luego se describe la metodología y el marco teórico empleado desde el cual me posiciono para problematizar y analizar la experiencia de Laia. Finalmente, la articulación entre la teoría y sus vivencias se condensan en la discusión y en las reflexiones.

Introducción del estudio de caso

Laia, mi amiga y compañera de piso es la protagonista de este escrito. Al momento de realizar esta investigación, el año 2023 tenía 29 años. Oriunda de Altza, un barrio colindante con la ciudad de Donostia. Realizó sus estudios universitarios en Vittoria y en Donostia, estudió filología inglesa y luego un máster en pedagogía, respectivamente. Poco antes de conocernos se mudó de la casa de su padre al piso en el que convivimos por cinco meses. Su color de piel es claro y resalta sus ojos verdes pardos. Usa frenillos, anteojos y lleva siempre el pelo tomado. Suele usar pantalones ajustados negros para lucir sus piernas y poleras holgadas negras o de otros colores oscuros para atenuar el tamaño de sus pechos. Tiene una manga tatuada en el brazo derecho y un sinfín de tatuajes en el resto del cuerpo. Lo más colorido de su piel son probablemente los diseños y colores de aquellos.

¹ Por respeto a la privacidad de la protagonista del estudio se ha utilizado el nombre ficticio de Laia.

A primera vista puede verse como una persona intimidante por su forma de vestir de tinte rockero punk. Mas, tal descripción es solo un estereotipo de mujer ruda o “bollera intensa”, como se define, puesto que es una persona sumamente cariñosa y sensible, que por lo demás sonríe todo el día. Usa un perfume sutil que ya es parte de su cuerpo, incluso cuando se levanta por la mañana o tras días sin ducharse puede percibirse en ella. Siempre está cantando alguna canción de Sum 41 o Blink 182, música estadounidense rockera que escucha desde su adolescencia. En paralelo, escucha música pop y romántica como La Oreja de Van Gogh que también se contradice al estereotipo en el que suele ser encasillada.

Ese año se desempeñó como profesora de inglés en un colegio en Hondarribia. Se refiere al colegio como el cole pijo², con el cual tiene una relación de amor y odio por la gestión negligente del mismo y roces con otros docentes. A pesar de los malos ratos y tensiones entre profesores, la docencia es su vocación. Disfruta compartir e infundir curiosidad en sus estudiantes “pijos” con el fin de, como dice ella: “abrirles los ojos”, le encanta poner en la palestra temas tabúes como el colonialismo y la “conquista” de España con el fin de provocar debate entre los estudiantes.

A finales de 2022, un examen de sangre rutinario reflejó que su colesterol era alto, el “colesterol malo” me dijo. Esa misma semana su padre fue diagnosticado con cáncer. Las noticias y la escasa información que tenía al respecto eran abrumadoras, tanto así que, pese a ser una fumadora ávida, dejó de fumar durante dos días. Ella misma admite que fue un hecho inédito. Luego de las fiestas, en febrero decidió atenderse con una nutricionista para que “le enseñe a comer”, según sus palabras y para bajar de peso. Su motivación principal fue el temor ante los resultados de los exámenes de sangre y el historial médico de su padre.

Otro factor detonador fue la cercanía de los 30 años y los distintos discursos de terceros, tales como “el cuerpo cambia con el paso de los años” o “el metabolismo no es el mismo sobre todo si quieres ser madre”. Los ejemplos expuestos le provocaron incomodidad con su cuerpo. Sus motivaciones que inicialmente surgieron desde el temor y que parecían netamente médicas, están entramadas con factores socioculturales, la presión de terceros, la imagen y percepción corporal.

Repensando el cuerpo

En vista de que Laia visita a una nutricionista con el objetivo de bajar de peso, es pertinente abordar el cuerpo como un eje transversal. Desde fines del siglo XIX, las ciencias sociales y humanas han estudiado el cuerpo como una construcción sociocultural y no únicamente biológica (Ayús & Eroza, 2007; del Mármol & Sáez, 2011). En esta línea, Le Breton (2002) sostiene que los cuerpos aprenden y acumulan experiencia en función del entorno que los rodea. De este modo, el cuerpo se configura como un espacio donde se inscriben significados, valores, expectativas y normas que trascienden su dimensión física. Por lo tanto, la construcción sociocultural del cuerpo no es neutra, pues está imbricada en el contexto, la historia, género y clase social, estableciendo jerarquías que determinan qué cuerpos son aceptados y cuáles son marginados. Estas jerarquías se materializan en representaciones concretas sobre cómo “debe” ser el cuerpo, y se configura un “cuerpo ideal” entendido como un modelo de belleza que propone la perfección. Oliveira y Traba (2019) describen este fenómeno como

² En España pijo se entiende como una característica de una persona con gustos propios de una clase social adinerada. Esto se refleja en el lenguaje, modales y forma de vestir. En este contexto, Laia se refiere de este modo al colegio puesto que es un colegio privado.

una suerte de “dictadura, como un tributo a la cultura que nos obliga a ponernos una careta para ser aceptables” (p.28).

Entendiendo que lo “aceptado” es sinónimo de “bello”, debe señalarse que la belleza es un constructo social dinámico, el cual que está inserto en un contexto social, histórico y cultural específico (Vigarello, 2004). De ahí que lo que es considerado bello o no ha sido modificado de forma constante con el transcurso del tiempo. Actualmente las prácticas relacionadas al cuerpo siguen siendo igualmente vigentes que en el pasado, tanto así que “se han convertido en objetivos fundamentales en la vida de muchas personas, (...) nuestra educación tiende a modelar nuestro cuerpo y a adecuarlo a las exigencias y normativas de la sociedad (Esteban, 2004, p. 71).

En relación con la idea anterior, el género es indisociable del cuerpo y no puede desenmarcarse de esta discusión, puesto que configuran apariencias y comportamientos (Butler, 1990). Desde que nacemos se nos inculca una lógica de género universal, donde aprendemos conductas asociadas a lo femenino o masculino, y al formar parte del mundo social se da por sentado que se van a cumplir a cabalidad. Siendo las cosas así, se aceptan y perpetúan los mandatos y atribuciones concebidos como ideales del “deber ser” de las personas.

El “deber ser”, en palabras de Esteban (2004) da cuenta de cómo

hombres y mujeres están influidos de manera distinta y específica en cuanto a su cuerpo y su apariencia, eso se relaciona, (...) con la definición de lo femenino y lo masculino, donde la belleza sigue estando más asociado a lo femenino. (p. 75)

En este sentido, el género afecta en la construcción de las personas privilegiando la diferenciación de cánones, comportamiento y estereotipos entre hombres y mujeres. Cabe mencionar que prima el ideal hegemónico hetero-cis de belleza. En este contexto, la feminidad es construida en función de parámetros patriarcales y gustos masculinos. Esta presión constante se traduce en experiencias de incomodidad y malestar corporal que refleja la distancia entre el cuerpo socialmente exigido y la percepción construida a partir de la mirada de los demás (Cardona, 2015).

Por todo lo sostenido en los párrafos anteriores, puede afirmarse que la corporalidad se trata de un territorio donde se expresan relaciones de poder. La dominación social se explica como una sucesión de acciones que conforman la matriz que organiza los cuerpos. Por tal, define cuáles son las identidades legítimas y legibles en la construcción social y corporal de las personas, siempre teniendo en cuenta el género (García, 2009).

Biomedicina y cultura de consumo como dispositivos de control frente a la gordura

Bajo la premisa de que el ideal de belleza es un constructo multidimensional (García & Hernández, 2022; Muñiz, 2014; Sánchez-Argandoña, 2024; Vigarello, 2004), su fuerza no puede comprenderse sin considerar la legitimidad que le otorga la ciencia. Al fin y al cabo, la decisión de Laia fue impulsada porque su colesterol³ estaba alto, es decir, fuera de lo “normal”. Pese a la influencia social y a la cultura de consumo presentes en el día a día, fue una razón de carácter médico lo que la incitó a visitar a

³ Nivel de lipoproteínas de alta densidad LDL

un profesional de la salud. Sin duda que la biomedicina no es imparcial respecto al cuerpo, pues situarse fuera del rango “normal” se concibe inmediatamente como un problema o patología. Por tanto, desde los tecnicismos médicos su colesterol y su peso se encontraban fuera de la norma. A partir de esta clasificación biomédica surgen los conceptos de sobrepeso y obesidad. El sobrepeso se entiende como una afección caracterizada por una acumulación moderada de grasa corporal que puede afectar la salud (WHO, 2024). Mientras que, la obesidad se comprende como una enfermedad crónica y compleja, asociada a una acumulación excesiva de grasa corporal (WHO, 2024). La distinción entre ellas responde a criterios clínicos estandarizados que se materializan en el Índice de Masa Corporal (IMC)⁴. Sin embargo, el IMC ha sido cuestionado por su falta de precisión y por su enfoque universalista en el establecimiento de diagnósticos, puesto que no incorpora una perspectiva de género, ni considera variables como etnia, edad o situación económica.

En relación con la problemática expuesta, Menéndez (2003) y Martínez (1996) abordan desde una perspectiva crítica la medicina occidental o biomedicina. Menéndez (2003) se refiere a esta forma de atención como el Modelo Médico Hegemónico (MMH) cuya característica estructural es el biologicismo. Por lo tanto, tal racionalidad científica es lo que le otorgaría veracidad y legitimidad por sobre otras formas de atención. Paralelamente, Martínez (1996) sostiene al respecto que “hay una falta de sensibilidad ante las concepciones culturales y prácticas médicas” (p. 371) que se verán deslegitimadas frente a la “cientificidad de la biomedicina”. Ahora bien, en el plano empírico, la biomedicina se sostiene en indicadores objetivos y unicausales que establecen criterios de “normalidad” y “universalismo” respecto a los padecimientos y enfermedades (Menéndez, 2003). Sin embargo, considerando la diversidad humana, geográfica, cultural y social, junto con otros factores, tales criterios resultan cuestionables. Ambos autores critican esta pretensión de universalidad, señalando que invisibiliza otras cosmovisiones, modelos de atención y dimensiones como el género, entre otras. En resumidas cuentas, se puede sostener que producto de la objetivación y medicalización de los cuerpos gordos han aumentado el número de personas consideradas enfermas (Blackburn, 2011), y en consecuencia se ha creado un estigma a la gordura.

Al definir límites rígidos entre lo “normal” y lo “patológico”, la biomedicina no solo refuerza nociones universales y unicausales sobre la salud, sino que también ejemplifica un proceso más amplio: la capacidad de incidir en las prácticas normalizadoras sobre el cuerpo y la vida a través de la medicalización (Foucault, 2002). Las prácticas normalizadoras se asocian al biopoder, entendido como el poder que se ejerce sobre el cuerpo con el fin de preservar la vida de la población mediante la prevención de enfermedades, la mejora de la salud y la eliminación de riesgos (Foucault, 2002). En este sentido, el poder moderno no sólo reprime, sino que regula y gestiona la vida de los individuos y de las poblaciones mediante prácticas de vigilancia y disciplina (Foucault, 1994; Navajas, 2021). El cuerpo, por tanto, es fabricado, manipulado y normalizado a través de instituciones como la escuela, el ejército o la medicina, quedando sometido a ideales modernos de salud, belleza y productividad. Por otro lado, la medicalización se define como la conversión de una serie de episodios vitales y cotidianos que luego serán entendidos como enfermedades y no como acontecimientos diarios (Menéndez, 2003).

La influencia de la biomedicina la constituyen como un instrumento de poder que está mediado

⁴ El IMC diferencia el sobrepeso de la obesidad en términos cuantitativos, este se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m²). Se considera sobrepeso cuando el IMC es igual o superior a 25. En el caso de la obesidad, el IMC debe ser igual o superior a 30 (OMS, 2021).

y bajo el control de la cultura de consumo. Dicho esto, la racionalidad científica que determina lo que es saludable o no, será aprovechada por el capitalismo para vender “cuerpos aceptados”. A la equivalencia de belleza y aceptación, se suma otro componente que actúa de manera imperceptible: lo bello será asociado implícitamente a la salud. De este modo, se justifica querer ser parte del estereotipo de belleza mediante argumentos “científicos” que por su parte tienen al sistema de mercado encubierto. Siendo las cosas así, día a día nos vemos inmersos en alcanzar el modelo de “perfección” que los medios de comunicación y la fuerza de la globalización se han encargado de reproducir y difundir. El enfoque biomédico no solo define cuerpos “normales” desde un punto de vista clínico, sino que también contribuye a la construcción de significados sociales sobre los cuerpos “anormales”. En este sentido, la gordura se posiciona como un fenómeno que trasciende lo médico para integrarse en lo cultural y lo simbólico.

En la vida cotidiana, referirse a un tercero como “gorda” o “gordo”, por lo general tiene un carácter negativo, puesto que se utiliza como insulto (Piñeyro, 2019). La palabra lleva consigo una carga de significados peyorativos, tales como pereza, la falta de autodisciplina o de autocontrol. El estigma sobre personas “grandes” está conformado principalmente en la creencia de sobrealimentación. Aquella idea está basada en una “interpretación moral que la ciencia ha hecho de las denominadas sociedades de la abundancia” (Gracia, 2011, p. 228). En consecuencia, se mercantiliza la delgadez y la buena salud siguiendo la moral occidental cristiana, es decir, siguiendo la lógica binaria del “bien” y el “mal”. El bien se trata del ideal, donde prima el esfuerzo y la medida para conseguir la perfección y belleza. Esto se traduce entonces, en una buena salud corporal.

Por el contrario, el mal está relacionado a los pecados capitales, como la pereza que se traduce en el “abandono del cuerpo” o “dejarse estar”. La estigmatización social se facilita puesto que cualquier persona puede identificar la obesidad sin tener estudios médicos (Contrera, 2019). En vista de lo anterior, el “culto de belleza de la delgadez, han generado conductas y acciones de discriminación, apareciendo el término gordofobia” (Suárez, 2017, p. 7). La gordofobia se comprende como una patología, que se traduce como en una aversión obsesiva o temor a la gordura (Álvarez, 2014). En resumen, la delgadez simboliza éxito, belleza, disciplina y salud, mientras que la a gordura denota fracaso, fealdad, descontrol y enfermedad.

Metodología

Se utilizó una metodología cualitativa que combinó una revisión preliminar de literatura académica con una etnografía encarnada (Esteban, 2004) y entrevistas no estructuradas como modos de producción de información. Por etnografía encarnada entiendo que el conocimiento se produce en un lugar y un momento específico, y por ende, el cuerpo de la investigadora es parte de ese lugar (Aschieri, 2013). Si bien la muestra es acotada, el estudio de caso permite captar matices y potenciar la riqueza de la información en el análisis que en estudios de mayor escala pueden pasar desapercibidos.

El análisis y reflexión se sitúa desde el paradigma fenomenológico, cuyo fin es comprender la experiencia subjetiva de Laia. La fenomenología permite captar el mundo tal como es experimentado por el individuo, lo que posibilita una comprensión más profunda y significativa de sus vivencias.

Para ello, adopté una actitud abierta y estuve atenta a los detalles de lo cotidiano y a los significados emergentes. En vista de que Laia ofrece un relato sincero y completo, esta perspectiva resulta coherente con el objetivo del escrito. Como atiende Merleau-Ponty (2002), la percepción del mundo siempre es corporal, pues el cuerpo está presente en todas nuestras acciones y experiencias sensoriales. En este sentido, mi cuerpo actuó como una herramienta de conocimiento pues la experiencia de campo se construyó en el día a día, no solo fui observadora, sino que también participé del proceso de Laia desde mi propia corporalidad.

Por otro lado, la investigación no es un proceso neutral, pues como investigadora además de tener un cuerpo, tengo una historia y una posición social que influyen en cómo percibí e interpreté aquel proceso. Cabe mencionar que la investigación se desarrolló con una participación activa de Laia. Antes de iniciar la investigación le comuniqué mis intenciones y accedió de inmediato. Del mismo modo, antes de las correcciones y difusión de este escrito, le consulté si podía publicarse, obteniendo su consentimiento.

Autoatención: es más que seguir la pauta

Tal como se planteó anteriormente, el inicio del proceso de Laia, se trata de la suma de factores que finalmente la conducen a atenderse con una nutricionista. No obstante, enfrentó contradicciones antes dar ese paso, ya que desviarse de la norma de belleza le parecía un “problema de primer mundo” o “superficial”. Me comentaba que, al mismo tiempo hay un sinnúmero de problemáticas que aquejan a millones de personas, y por ello consideraba que su motivación de acudir a la nutricionista se trataba de un acto vacío. Pese a la ambivalencia, optó por su bienestar.

Luego de la primera visita salió acongojada. Se preguntaba si pasaría hambre, si sería una dieta muy restrictiva o si las recetas de “comida saludable” serían insípidas. Por otro lado, se cuestionaba si sería capaz de seguir las recomendaciones y “no salirse de la pauta”. Pude constatar, y a pesar de lo poco que nos conocíamos en ese momento, que independiente del nerviosismo y de cierta manera, su emoción era palpable, se sentía feliz y orgullosa de sí misma por el nuevo desafío. Luego de leer la pauta, Laia siguió concienzudamente las recomendaciones. Dentro de la pauta que su nutricionista le entrega, incluye recetas nuevas con alimentos que le gustan solo que no acostumbraba a consumir, trucos para organizarse y dedicarle tiempo al *batch cooking*⁵.

Contrario a lo que se cree, la nutricionista le provee de herramientas necesarias para el autocuidado. Una vez que inicia se da cuenta de que cada vez es más capaz de optimizar el tiempo e incluso aprende a reutilizar alimentos en diversos platos. Su repisa de alimentos se veía más variada y organizada en tarros de vidrio. Trasvasó kilo por kilo arroz, pasta, legumbres y frutos secos en tarros de vidrio para que todo estuviera más ordenado y visible. Al finalizar dijo: “Esta es la nueva Laia”. Lo dijo riéndose, pues jamás pensó que sería ese tipo de persona y luego bromeó con que cada día es “más adulta”, haciendo alusión a que ese año cumplía 30.

⁵ Cocinar a la vez distintas recetas para un día o para la semana.

Fotografía 1: “Nueva Laia” cuando jamás pensó que sería el tipo de persona que guarda pasta en frascos de vidrio



Fuente: Elaboración propia.

Teniendo en cuenta que las prácticas o técnicas corporales son acciones que se aprenden y son propias de cada sociedad (Mauss, 1979), estas consisten en adaptar el cuerpo a determinados usos. La importancia de este concepto radica en que la experiencia de Laia justamente se inscribe en este proceso de aprendizaje y adiestramiento del cuerpo que se materializan, en este caso, en cocinar nuevas recetas, pesarse a diario y consumir más agua. Estas acciones también pueden considerarse como prácticas de autoatención. La autoatención se define como una “actividad constante, aunque intermitente desarrollada a partir de los propios sujetos y grupos de forma autónoma o teniendo como referencia secundaria o decisiva a las otras formas de atención” (Menéndez, 2003, p. 198). En palabras simples, son las acciones y prácticas individuales o colectivas que se realizan para diagnosticar, atender, curar, aliviar, prevenir y un sinnúmero de procesos que afectan la salud real o imaginaria⁶. Se trataría entonces de una acción de autonomía o autonomía relativa, puesto que tales decisiones pueden ser con intervención de terceros profesionales de manera directa e indirecta (Menéndez, 2003). Siguiendo este razonamiento, pueden replicarse prácticas, prescripciones pasadas y aprendizajes propuestos por determinadas formas de atención. Conviene subrayar que la autoatención abarca un amplio espectro de prácticas, no se limita al consumo de fármacos. La autoatención opera también de manera simbólica y espiritual en virtud de la cosmovisión y concepción de los procesos de salud, enfermedad y atención. Si bien la propuesta de autoatención que propone Menéndez es de mayor complejidad y presenta matices, la finalidad de mencionar este concepto es explicar desde la teoría cómo Laia empieza su proceso de autoatención.

A partir de las conversaciones se reflejan las dos dimensiones de autoatención mencionadas, teniendo en cuenta que existe tanto autonomía y autonomía relativa en las decisiones de Laia. En cuanto a la autonomía, se evidencia cuando va por iniciativa propia donde un profesional de la salud. Por otro lado, la autonomía relativa se vislumbra cuando sigue las recomendaciones y pautas

⁶ La salud imaginaria se explica mediante el concepto “Eficacia simbólica” acuñado por Lévi-Strauss (2010).

alimentarias que la nutricionista le entrega. Indudablemente el seguimiento de recetas de cocina por más simples que sean, cambios pequeños del día a día son parte de la autoatención.

Al cabo de un par de semanas Laia nota cambios en su cuerpo, se siente mejor y más liviana. En el primer control pesaba 2 kilos menos, la nutricionista le explicó que eran líquidos retenidos. A Laia no le importó si eran líquidos o grasa, era un logro. Luego de eso siguió motivada y bajó un poco más de peso. El momento trascendental es cuando decide probarse unos pantalones “punky” de cuadrillé verde con negro que tenía guardados en su clóset porque no le entraban, pero esta vez sí. Su sonrisa era gigante, de orgullo propio. El cambio de su estilo de vida y su logro se refleja en el “nuevo yo” o “new self” (Featherstone, 2010), pese a que su esencia como persona es la misma. Su logro se ilustra en el lenguaje corporal en donde prima la dicha y vuelve a usar un pantalón que no ha usado en años. Esa misma semana, una amiga la convenció de ir a comprarse ropa con ella, vale decir que no es algo frecuente, pero en esa circunstancia se sentía segura y más cómoda con su cuerpo.

Fotografía 2: Pantalones “punky”



Fuente: Elaboración propia.

Si bien seguía la pauta y comía variadamente, no dejaba de lado comidas que le gustaban o el alcohol, por ejemplo. Para ella seguir una dieta no significa dejar de lado u olvidar por completo los placeres de cada uno, la nutricionista se lo comentó incluso. No obstante, en el transcurso del semestre escolar, las ojeras empezaron a marcarse fuertemente y no solo porque su tez es clara. Llegaba a dormir siesta destrozada todos los días, entre hacer y corregir pruebas prefería comprar comida preparada para no acostarse tan tarde. Lamentablemente el trabajo de profesor requiere de más tiempo de dedicación fuera del aula y del lugar de trabajo, que en efecto no es remunerado como debería ser. Debido al cansancio, los nuevos hábitos recién aprendidos se fueron debilitando y la frecuencia en que se organizaba para comprar alimentos y cocinar disminuye paulatinamente.

El discurso que todos hemos escuchado, “no hace dieta porque es floja” me resuena cada vez que lo escucho, pienso y veo a Laia agotada con sus ojeras luego de lidiar con preadolescentes y adolescentes todo el día. Además, tiene un clima laboral hostil con la administración del colegio y algunos profesores. Por tanto, ante cualquier situación de estrés, desánimo o cansancio los nuevos hábitos se derrumban.

Cuando Laia se ve sobrepasada por el trabajo no tiene energía para cocinar. Compartimos bastante tiempo juntas por lo que sé que irá al local bajo nuestro piso por un bocata o bien, pedirá algo al piso. Cuando está desanimada tampoco cocina y gochea⁷. Demuestra hacerlo a gusto porque es comida que le gusta y se quita de encima un trabajo: cocinar. Cabe mencionar que cuando ambas estamos en la misma dinámica, nos reímos al respecto y nos convencemos mutuamente repitiendo “nos lo merecemos”. Todo esto comiendo algo rico, o quizá “indebido” en términos calóricos junto con una cerveza. La frustración siguiente es pasajera, se consuela orgullosamente con que ya bajó tres kilos y que si lo hizo antes modificando pequeñas acciones puede hacerlo de nuevo. Sabe que es parte del periodo de evaluaciones, no puede controlar todo y que luego retomará los hábitos aprendidos.

Este episodio es particularmente relevante, puesto que la concientización de Laia surge a partir de estímulos positivos: sentirse mejor por aumentar el consumo de agua y la percepción de pesadez que le provocan ciertos alimentos. Estos cambios la motivaron a continuar en el proceso. Me comentaba que finalmente no requería de tanto esfuerzo, más bien de organización y disposición. Antes de los resultados de sus exámenes de sangre no se sentía “mal” ni enferma, pero al modificar ciertos hábitos comprendió que podía sentirse más liviana en función de los alimentos que consumía. Reconoce, además, que nunca le enseñaron a cocinar de otro mod, y que, entre la universidad, el poco tiempo y poco dinero, sentía que no tenía otra alternativa.

Discusión

A lo largo del tiempo se ha desarrollado un culto al cuerpo que lo convierte en mercancía y bien de consumo mediante la venta de saberes, productos y servicios con fines estéticos. En este sentido, la belleza se ha democratizado, puesto que está al alcance de casi todas las personas (Le Breton, 2002). Más aún, el sistema económico actual no solo lo permite, sino que lo avala a través de “paquetes inofensivos y publicitarios” (Valencia, 2010). Tan temible y poderoso es el estereotipo que hoy es posible modificar los cuerpos “a gusto” mediante intervenciones quirúrgicas o bioquímicas que prometen convertirse en el sujeto que se desea ser. El caso de Laia ilustra la complejidad del sujeto moderno: ser cuerpo y ser mujer. Sus decisiones no son sólo individuales, sino que se inscriben en mandatos socioculturales que definen qué se entiende por “normalidad”, salud o éxito. Su experiencia invita a cuestionar la visión binaria de éxito o fracaso y a comprender que el cuerpo es un ensamblaje dinámico en constante negociación con el entorno. Por ejemplo, cuando Laia decide no seguir al pie de la letra las recomendaciones de la nutricionista y optar por su bienestar emocional frente al estrés no significa abandonar y mucho menos fracasar. Por el contrario, es un acto de autonomía y un gesto de autocuidado velar por su salud mental. En este marco, las prácticas de producción corporal, en este caso la alimentación, suelen plantearse como

⁷ Palabra coloquial. En España se refiere a comer con placer y sin culpa.

naturales puesto que están sumamente integradas en lo cotidiano y reforzadas por discursos médicos que parecen incuestionables. Ahora bien, estas prácticas pueden transformarse en un espacio de agencia porque permiten decidir activamente cómo habitar y cuidar su cuerpo. Este acto es al mismo tiempo una emancipación respecto al “deber ser”, es decir, un ejercicio de agencia al margen de lo que la sociedad patriarcal había decidido para ella (Ramírez, 2003). Si bien su propósito nunca fue alcanzar un cuerpo ideal, supo responder a sus necesidades inmediatas: cuidar de su salud desde otra arista.

Esa búsqueda de agencia se encuentra dentro de un entramado marcado por la cultura de consumo que intenta vender lo que más puede y nos inserta un discurso que insiste reiteradamente en definir qué cuerpos son “buenos” y “malos”, señalando en particular a los cuerpos gordos como no saludables. Sin embargo, cabe tener en cuenta que, pese a los esfuerzos por transformar el cuerpo, nunca será suficiente, siempre faltará “algo” para tener el cuerpo ideal. De este modo se configura una paradoja en la que los medios de comunicación y la industria venden simultáneamente el problema y su respectiva solución, generando un círculo vicioso entre los estereotipos de belleza, la publicidad, la medicina y el deseo de “ser” otro. Resulta imprescindible observar detalladamente el círculo vicioso y los mensajes ocultos, más efectivos que perpetúan los estereotipos de belleza y producen sentimientos de incomodidad respecto al cuerpo, por extensión son los cuerpos los que sostienen el capital.

Conclusión y reflexiones finales

Más que una conclusión me parece pertinente reflexionar respecto a lo expuesto con el fin de concientizar. Concientizar porque muchas personas desconocen estas problemáticas, ya sea por desinterés o porque su cuerpo está dentro de la “norma”. En virtud de esto, es importante recalcar que una persona *gorda* no es un cuerpo enfermo y deberíamos dejar de usar el adjetivo peyorativamente. De igual manera, deberíamos cuestionar por qué la *delgadez* se percibe como un adjetivo positivo o correcto, recordando que un cuerpo delgado no necesariamente es saludable.

El caso de Laia se trata de un proceso de aprendizaje, con logros, recaídas y frustraciones. Sin embargo, demuestra madurez y resiliencia al escuchar su cuerpo y emociones. Adoptar nuevos hábitos no solo fue cuestión de disciplina, sino también una forma de comprender su propio cuerpo, un terreno antes inexplorado. La relación con nuestro cuerpo es un camino personal y por sobre todo complejo frente al sinfín de estímulos que nos vemos inmersos. En este sentido, el cuerpo no debe esconderse ni debe sentirse avergonzado; antes de la contextura corporal, nuestro color de piel o nuestra estatura somos personas.

Escribir sobre este tema y esta experiencia en particular, busca generar conocimientos que promuevan prácticas más respetuosas con personas con sobrepeso y obesidad, sobre todo en el ámbito médico y nutricional. Escribir sobre la experiencia de Laia no es un acto de apropiación, más bien un esfuerzo por desnaturalizar discursos hegemónicos, escribiendo desde el margen y la cercanía.

Este análisis invita a reflexionar: ¿cuidar para embellecer o cuidar para habitar el cuerpo desde el

bienestar? La valoración del bienestar debería primar sobre la adhesión a estereotipos de belleza.

Agradecimientos

Quiero agradecer a mi mentora, María Sol Anigstein por su apoyo incondicional; a Laura Castro por sus amables y desinteresadas correcciones; y especialmente a mi amiga Laia, por dejarme entrar en su mundo.

Referencias

- Álvarez, C. (2014). *La cerda punk. Ensayos desde un feminismo gordo, lésbiko, antikapitalista y antiespecista*. Trío Editorial.
- Aschieri, P. (2013). *Hacia una etnografía encarnada: La corporalidad del etnógrafo/a como dato en la investigación* [Ponencia presentada en la X Reunión de Antropología del Mercosur]. Córdoba, Argentina.
- Ayús Reyes, R. & Eroza Solana, E. (2007). El cuerpo y las ciencias sociales. *Revista pueblos y fronteras digital*, 2(4), 38-93. <https://doi.org/10.22201/cimsur.18704115e.2007.4.217>
- Blackburn, G. L. (2011). Medicalizing obesity: Individual, economic, and medical consequences. *AMA Journal of Ethics*, 13(12), 860-865. <https://journalofethics.ama-assn.org/article/medicalizing-obesity-individual-economic-and-medical-consequences/2011-12>
- Butler, J. (1990). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Paidós.
- del Mármol, M. D. & Sáez, M. L. (2011). ¿De qué hablamos cuando hablamos de cuerpo desde las ciencias sociales? *Question*, 1(30).
- Cardona, J. (2015). Cánones de la belleza: la alienación femenina. *Revista de Filosofía Ariel*, 16(3), 25-30.
- Contrera, L. (2019). De la patología y el pánico moral a la autonomía moral: gordura y acceso a la salud bajo el neoliberalismo magro. En Balaña, S., Finielli, A., Giuliano, C., Paz, A., Ramírez, C., Barrancos, D., & Sanitaria, F. S. *Salud feminista: soberanía de los cuerpos, poder y organización* (pp. 49-74). Tinta Limón.
- Esteban, M. L. (2004). *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Edicions Bellaterra.
- Esteban, M. L. (2004). Antropología encarnada: Antropología desde una misma. *Papeles de identidad: Contar la investigación de frontera (Papeles del CEIC)*, 12(1).
- Featherstone, M. (2010). Body, image, and affect in consumer culture. *Body & Society*, 16(1): 193-221.
- Foucault, M. (1994). Two lectures. En Michael Kelly (Ed.), *Critique and power: recasting the Foucault/Habermas debate* (pp. 17-46). MIT Press.
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Editores Argentina.
- García, S. (2009). Cuerpo, control y resistencia. Discursos de la inseguridad y prácticas del miedo en un distrito de Madrid. *Disparidades, Revista De Antropología*, 64(2), pp. 7-36. <https://doi.org/10.3989/rntp.2009.032>
- García, J., & Hernández, C. (2022). Estereotipos de belleza y discriminación: un análisis desde la perspectiva de género. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 11(27), 41-66.

- Gracia, M. (2011). La medicalización de la obesidad: concepciones y experiencias sobre la gordura en jóvenes con "exceso" de peso. *Zainak*, 34, 225-241.
- Le Breton, D. (2002). *La sociología del cuerpo*. Nueva Visión.
- Lipovetsky, G. (2016). *De la ligereza*. Anagrama.
- Martínez, Á. (1996). Antropología de la Salud. Una aproximación genealógica. En J. Prat & A. Martínez Hernández (eds.) *Ensayos de antropología cultural* (pp. 369-381). Ariel Antropología.
- Mauss, M. (1979). *Sociología y Antropología*. Tecnos.
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde coletiva*, 8(1)185-207.
- Merleau-Ponty, M. (2002). *El mundo de la percepción. Siete conferencias*. Fondo de Cultura Económica.
- Muñiz, E. (2014). Pensar el cuerpo de las mujeres: cuerpo, belleza y feminidad. Una necesaria mirada feminista. *Sociedade e Estado*, 29(2), 415-432.
- Navajas, N. M. (2021). "Deberías adelgazar, te lo digo porque te quiero": reflexiones auto etnográficas sobre la gordura. *Athenea Digital*, 21(1), 1-21.
- Oliveira, M., & Traba, A. (2019). *Amarte: pensar el amor en el siglo XXI*. Libros de la Catarata.
- OMS. (2021). *Obesidad y sobrepeso: datos y cifras*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Piñeyro, M. (2019). *10 gritos contra la gordofobia*. Ediciones Vergara.
- Quirós, G. (2021). Gordofobia: existencia de un cuerpo negado. Análisis de las implicaciones subjetivas del cuerpo gordo en la sociedad moderna. *Revista Latinoamericana de Derechos Humanos*, 32(1), 1-11. <https://doi.org/10.15359/rldh.32-1.7>
- Ramírez, J. (2003). *Corpus solus para un mapa del cuerpo en el arte contemporáneo*. Ediciones Siruela.
- Sánchez-Argandoña, P. (2024). Construcción psicosocial del cuerpo femenino desde una perspectiva de género. *Ajayu: Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 22(1), 62-81. <https://doi.org/10.35319/ajayu.221242>.
- Suárez, C. (2017). Gordofobia: Un tránsito entre la enfermedad y la cosificación del cuerpo femenino.
- Suárez, C. (2017). *Gordofobia: Un tránsito entre la enfermedad y la cosificación del cuerpo femenino* [Trabajo de fin de grado, Universidad de La Laguna]. Repositorio Institucional de la Universidad de La Laguna. <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/5641/Gordofobia%20Un%20transito%20entre%20la%20enfermedad%20y%20la%20cosificacion%20del%20cuerpo%20femenino.pdf?sequence=1>
- Swami, V. (2013). Cultural influences on body size ideals: Unpacking the impact of Westernization and Modernization. *European Psychologist*, 20(1), <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000150>
- Toscano, M. (2020). Una aproximación a las corporalidades gordas como espacios políticos que resisten al modelo patriarcal que habitamos. *Actas de Periodismo y Comunicación*, 6(2).
- Valencia, S. (2010). *Capitalismo gore*. Melusina, S.L.
- Vigarello, G. (2004). *Historia de la belleza y el arte de embellecer desde el renacimiento hasta nuestros días*. Ediciones Buenos Aires.
- WHO (2024). *Obesidad y sobrepeso*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Más que una dieta: historia y principios de la medicina ayurveda

More than a Diet: History and Principles of Ayurveda Medicine

Patricia Helena Junge Cerda¹  

¹Universidad de Chile - CHILE

DOI: <https://doi.org/10.26807/raci.V31.2025.376> | Páginas: 101-118

Fecha de envío: 29-09-2025 | Fecha de aceptación: 26-10-2025 | Fecha de publicación: 31-12-2025

Resumen

Este manuscrito busca aportar a la comprensión crítica del sistema médico ayurveda a través de una síntesis comprensiva de literatura sobre la evolución histórica del ayurveda, complementada con ejemplos etnográficos. El objetivo principal es proporcionar una revisión de literatura que aporte a la reflexión sobre medicinas no convencionales en el Sur global. Esto se considera relevante en un contexto postcolonial donde existen relaciones Sur-Sur entre India y varios países del continente americano, que buscan desarrollar el ayurveda en América Latina en diálogo con medicinas tradicionales de esta región. Metodología: se realizó un análisis secundario de las fuentes bibliográficas utilizadas por la autora en una investigación etnográfica sobre las prácticas contemporáneas de la medicina ayurveda en India. Resultados: desde mediados del siglo XX, el ayurveda se expande desde la península índica hacia Occidente; primero pasando por el norte global y, más recientemente, en procesos de intercambio entre Asia del Sur y América Latina. En la región, la presencia del ayurveda en redes de salud alternativa y complementaria ha ido creciendo durante el siglo XXI. Si bien los discursos enfocados en una dieta saludables aparecen con gran frecuencia y popularidad dentro de las terapias seculares asociadas al ayurveda, estos no integran la complejidad del sistema médico. Originalidad: si bien en el ayurveda la alimentación es un eje central para un régimen de vida saludable, la divulgación de esta medicina como una dieta alimenticia responden más a la economía política del sistema de salud local que al modelo médico ayurvédico. Esto da cuenta de las controversias que emergen al trasladar modelos médicos a sistemas de salud diversos, e invita a explorar formas diferentes de intercambios en el Sur global.

Palabras clave: Ayurveda, antropología médica, dieta, medicinas complementarias y alternativas; Sur global.

Abstract

This manuscript aims to contribute to a critical understanding of the Ayurvedic medical system through a comprehensive synthesis of literature on the historical evolution of Ayurveda, and references to ethnographic data. The main objective is to offer a literature review that contributes to reflect on non-conventional forms of medicine in the global South. This is considered particularly relevant in a postcolonial context marked by South–South relations between India and several countries in the

Americas, which are seeking to develop Ayurveda in Latin America in dialogue with local traditional medical systems. Methodology: A secondary analysis was conducted on the bibliographic sources used by the author in an ethnographic study on contemporary Ayurvedic practices in India. Findings: Since the mid-20th century, Ayurveda has expanded from South Asia to the West; firstly, through the Global North, and more recently through exchange processes between South Asia and Latin America. In this region, the presence of Ayurveda within networks of alternative and complementary health practices has been steadily growing throughout the 21st century. While discourses centered on healthy diets have become frequent and popular within secular therapies associated with Ayurveda, they fail to capture the full complexity of the medical system. Originality: Although nutrition constitutes a central axis in Ayurveda's framework for a healthy lifestyle, the dissemination of Ayurveda as merely a dietary regimen reflects the political economy of local health systems more than the Ayurvedic medical model itself. This highlights the controversies that arise when medical systems are transposed into diverse healthcare contexts and calls for the exploration of alternative modes of exchange within the global South.

Keywords: Ayurveda, medical anthropology, diet, complementary and alternative medicines, global South.

Introducción

Durante la última década el sistema médico de origen indio conocido como *ayurveda* se ha abierto un espacio en el campo de la salud complementaria y alternativa en América Latina, siguiendo tendencias globales. Se le asocia fundamentalmente al ámbito del bienestar y la salud, destacando sus raíces en la filosofía hindú, debido a su origen en la península Índica¹. Esta expansión responde a una tendencia global, fomentada por miradas críticas de la biomedicina, que combina la apertura hacia el pluralismo médico con la proliferación en occidente de medicinas y terapias no convencionales de diversos orígenes (Frank & Stollberg, 2004; Smith & Wujastik, 2008). Dicha expansión es independiente de la falta de reconocimiento oficial del ayurveda por parte de los organismos públicos encargados de la gobernanza de la salud, e igualmente independiente de la fragmentación conceptual y práctica con que el sistema médico llega a los diversos territorios.

Por ejemplo, Freidin y Ballesteros (2012) dan cuenta de la fragmentación con que el ayurveda se presenta en el medio argentino, a través de una gran variedad de alternativas de formación, tratamientos y generación de contenidos que tematizan los aspectos médicos del ayurveda fundamentalmente asociados a su capacidad de promover salud a través de un régimen alimenticio adecuado a la configuración psicosomática de cada persona. Los autores señalan que este foco en la alimentación saludable es un tema controversial sobre la expansión del ayurveda en Occidente, puesto que, si bien la alimentación es considerada en el ayurveda como una parte central de un régimen de vida, la reducción del sistema médico a sistemas de dietas que buscan tipologías de amplio alcance para poder ser difundidas masivamente, corre el riesgo de generar comprensiones, expectativas y prácticas que desvirtúan el ayurveda y su potencial de real aporte a la salud de las

¹ Cabe aquí recalcar la diferencia ente indio e hindú. India es un territorio (y un Estado moderno desde 1947) mientras que el hinduismo es una religión. Igualar lo indio con el hinduismo es parte de la mirada Occidental simplificadora del pluralismo religioso del país India, que incluye junto con el hinduismo, el budismo, el cristianismo y el islam, entre muchas otras. En este ensayo, cuando se afirma que el ayurveda es un sistema médico de origen indio se alude a la zona geográfica desde donde ha evolucionado por más de dos mil años, y cuando se señalan los componentes hindúes, se refiere a las influencias -reales o supuestas- del hinduismo sobre el modelo médico del ayurveda.

personas. El diseño de dietas saludables en el sistema médico del ayurveda responde a un complejo análisis e intervención de las condiciones de vida de una persona, las que pueden variar no sólo de acuerdo con la constitución y momento del ciclo vital, sino también dependiendo de factores del entorno geográfico, trabajo, eventos biográficos y otros, que requieren ajustar los procesos de nutrición de forma personalizada.

Ayurveda es una palabra de origen sánscrito que se compone de dos raíces: *ayus*, que refiere a vida, y *veda*, que se traduce como ciencia o sabiduría, en cuanto refiere a un corpus de conocimiento que surge de un proceso dinámico entre la observación sistemática de la experiencia, la elaboración de sistemas conceptuales que expliquen dichas experiencias, y la evaluación de los modelos explicativos a partir de su consistencia con los resultados la acción, es decir, con nuevas experiencias empíricas (Gopinath, 2001; Langford, 2002; Leslie, 1992; Manohar, 2005; Moreno 2006; Zimmermann, 1978). Así, en Occidente el ayurveda es traducido como una “ciencia de la vida”, cuyo objetivo específico es observar y construir conocimiento sistemático con el propósito de comprender y preservar la vida humana (Manohar, 2005). La medicina y sus terapias serían una consecuencia activa de dicho propósito, enfocada a “proteger la salud del sano y calmar la dolencia del enfermo” (Charaka Samhita, citado por Chopra, 2003). Considerando que *ayus* se refiere a toda forma de vida, tanto humana como animal, vegetal e incluso geológica, esta ciencia de la vida observa cómo los mismos componentes estructurales y funcionales se manifiestan con ciertos patrones regulares en una interminable variedad de formas de vida (Moreno, 2006; Zimmermann, 1988). Es a partir de este principio de continuidad estructural y funcional que el sistema médico del ayurveda vincula a humanos y sus entornos a través de la dieta. La alimentación constituye, junto a la respiración y la percepción, las relaciones fundamentales entre el microcosmos subjetivo y el macrocosmos. Como explica Svoboda (1995a), si bien en Occidente en general se encuentran variadas prácticas específicas que declaran tomar como base la medicina ayurveda, ellas tienden a reducir el corpus de ideas y prácticas de este sistema médico a parámetros occidentales que limitan las posibilidades de conocer y aplicar la medicina a cabalidad. Este reduccionismo responde a varios factores que incluyen las restricciones político-sanitarias de los sistemas de salud locales, las expectativas del público local respecto de las terapias no-biomédicas, y los mercados globales y locales de salud. Así, el régimen de vida que en el ayurveda corresponde a la globalidad del estilo de vida de la persona, tiende a reducirse a pautas alimenticias que se gestionan sin conexión sustancial con el estilo de vida de cada sujeto.

El objetivo de este manuscrito es exponer antecedentes históricos sobre el sistema médico ayurveda y su expansión global durante los siglos XX y XXI, con el propósito de contribuir a una reflexión crítica sobre la fragmentación del sistema médico y su reducción a regímenes alimentarios estandarizadas. Para ello el argumento se desarrolla partiendo por una contextualización del desarrollo del ayurveda en India, para seguir con una descripción de la expansión global de este sistema médico durante la segunda mitad del siglo XX, y terminar con la distinción de algunos principios fundamentales para comprender la aproximación a la dieta y una discusión de los desafíos que impone el despliegue de este sistema médico en las sociedades occidentales.

Metodología

Para desarrollar este argumento me baso en un análisis secundario (Scribano & de Sena, 2009)

de la revisión exhaustiva de referencias bibliográficas en el marco de una investigación realizada en 2010-2012 sobre las prácticas contemporáneas de ayurveda en India.² Complementariamente recurro a ejemplos del material de campo de esta investigación de 2010-2011, que consistió en una etnografía de cuatro meses en tres hospitales ayurvédicos administrado por la Nair Service Society (NSS) en el estado de Kerala, India. Se realizó observación directa y participante, entrevistas abiertas con terapeutas (8), pacientes (10) y acompañantes (10); y sucesivas entrevistas en profundidad con los cinco vaidyas³ encargados de estas clínicas. Asimismo, se referencia material de campo de la investigación etnográfica realizada entre 2012-2014⁴, sobre el pluralismo médico en el sistema de salud chileno, para proporcionar ejemplos de la forma en que el ayurveda se instala en un país de Latinoamérica

Historia y desarrollo del ayurveda en el subcontinente indio

Tanto la literatura académica como los discursos masivos que promocionan el ayurveda coinciden en destacar que es un sistema médico heredero de una tradición milenaria en India. Desde una mirada de antropología médica, es posible reconocer el ayurveda como un sistema médico toda vez que conforma un corpus organizado de ideas, significados y normas, asociado a prácticas, relaciones sociales y marcos institucionalizados cuyo objetivo principal es abordar la salud y la enfermedad (Kleinman, 1978; Leslie, 1980; Menéndez, 1994). En este sentido, es un sistema médico completo en sí mismo, tal como la biomedicina y la medicina tradicional china, entre otras. Por otra parte, se reconoce que el ayurveda se entronca con una larga evolución de conocimientos y prácticas médicas acumuladas y reinventadas por sucesivas generaciones de habitantes de la península india, por lo cual sería correcto asociarlo a la historia de esta región. No obstante, las implicancias de estas afirmaciones –el ser un sistema médico en sí mismo y el hacer parte de una larga historia de medicinas en India– deben ser analizadas en profundidad y con mirada crítica. Partiremos por la historia.

Efectivamente, la historia de la existencia de sistemas médicos en India puede retroceder hasta el complejo cultural Harappa que ocupó el valle del río Indo entre los años 3000 y 1500 AC (Sobada, 1995b). Tanto el registro arqueológico que muestra inscripciones de personas preparando y administrando remedios, como la deducción antropológica que indica que toda sociedad desarrolla sistemas médicos acorde a su complejidad, nos permiten asumir que hace más de 4000 años ya existían uno o varios sistemas médicos en el territorio que hoy es India. No obstante, dicha coincidencia geográfica no es evidencia suficiente para establecer una relación directa entre aquellas prácticas médicas milenarias y el ayurveda contemporáneo.

La antigüedad de lo que hoy conocemos como ayurveda puede estimarse con mayor claridad en unos 2000 años, a partir de tres textos que son hasta la fecha el corpus fundamental de este sistema médico (Basham, 1976; Varier, 2005). El más antiguo de estos textos es el compendio de medicina interna y terapéutica conocido como *Charaka Samhita* (“El libro de Charaka”), que se estima fue escrito entre los siglos I a. C. y I d. C. Compila ideas sobre la salud y el bienestar contenidas en los himnos y rituales védicos que fueron introducidos por los pueblos arios durante el segundo milenio

² Investigación conducente al grado de Master “Health and Society in South Asia”, por la Universidad de Heidelberg, Alemania.

³ Vaidya es el término utilizado en la medicina ayurveda para los médicos certificados como expertos.

⁴ Investigación conducente al grado de Doctor Phil. en Antropología, por la Universidad de Heidelberg, Alemania.

a. C. (Moreno, 2006). El *Charaka Samhita* también da cuenta del contacto con la medicina humoral griega, que fue introducida en India inicialmente durante las conquistas de Alejandro Magno en 326 a. C. (Svoboda, 1995b). Ejemplo de esto es la comprensión de la salud/enfermedad como expresión de humores en mayor o menor grado de equilibrio, tanto fisiológico/interno como ecológico/situacional. Lo fundamental del texto de *Charaka* es que marca un hito al diferenciar la práctica médica de la práctica religiosa, al establecer un modelo y una metodología para buscar bienestar y longevidad a través de la intervención directa sobre el régimen y las condiciones de vida de las personas; esto constituye una diferencia sustancial con las prácticas védica de invocación y rituales, que buscan intervenciones indirectas de tipo espiritual (Basham, 1976). Este giro secular da origen al lugar central de la alimentación en la salud, pues la dieta permite un vínculo pragmático entre el microcosmos individual y el macrocosmos ecológico, geográfico y cultural.

Luego, en algún momento entre los siglos I y III d. C. fue escrito el *Sushruta Samhita*, compendio enfocado en sistematizar conocimientos de anatomía y cirugía humana. Lo que hizo el autor del *Sushruta* fue explicar detalladamente la relación fisiológica entre los principios básicos del ayurveda y la anatomía humana. Esto amplió la práctica médica en cuanto intervención directa en el cuerpo y longevidad de las personas, siendo la cirugía su expresión más concreta (Chopra, 2003). Finalmente, en torno al año 600 d. C. el budista indio *Vagbatha* escribió un comentario de los dos *Samhitas* (textos) anteriores. Este compendio, conocido como *Estanga Hridaya*, es considerado una síntesis actualizada, escrita en un lenguaje mucho menos críptico que los dos anteriores (Leslie 1976; Svoboda 1995b), que facilitó una difusión más amplia del conocimiento y práctica del ayurveda. Las entrevistas etnográficas a médicos ayurvédicos (llamados *vaidjas*) en India confirman que estos tres textos son la base de la formación de las actuales generaciones de practicantes del ayurveda en India, siendo su estudio en sánscrito original parte de los primeros años del currículo de formación universitaria que cursan las generaciones contemporáneas.

Con respecto al ayurveda como sistema médico, si bien los textos clásicos nos dan una proyección de la antigüedad del corpus de ideas que lo sustentan, sería un error desprender de ello que esta medicina se ha practicado de manera pura, ininterrumpida e inalterada durante miles de años (Basham, 1976; Zimmermann, 1978). En diversos períodos el ayurveda ha sido enseñado y practicado de muy diversas formas, entre lo espiritual/ritual y la pragmática quirúrgica; expuesta y asimilando diversas influencias foráneas, tales como la griega, musulmana o tibetana; asimismo, se ha adaptado a ocupar distintas posiciones dentro de la diversidad de alternativas médicas que coexisten en India, desde medicina oficial en el imperio de Ashoka hasta una marginal medicina popular durante el imperio británico (Varier, 2005; Leslie, 1976). En consecuencia, la permanencia y expansión del ayurveda durante siglos se relaciona justamente con lo opuesto a una continuidad milenaria pura e inalterada, pues se fundamenta en una evolución dinámica, siendo practicada y reinventada reiteradamente de acuerdo con diversos contextos históricos y geográficos (Wujastyk & Smith 2008).

A diferencia del dogmatismo presentado por algunos practicantes occidentales del ayurveda (Freidin & Ballesteros, 2015, 6), la longevidad de esta medicina invita a desplazar el foco analítico desde la caracterización de contenidos tradicionales supuestamente puros, a la comprensión desde un enfoque de pluralismo médico que se centra de las estrategias de continuidad desplegadas en los procesos de reinvención y adaptación del corpus médico en la práctica (Menéndez, 1994;

Moreno, 2006; Martínez-Hernández, 2008). Así, comprendemos que el ayurveda de hace 2000 años no es el mismo que el de hace 200 años, ni el que se practica hoy. Durante siglos, el ayurveda ha evolucionado en formas que han permitido simultáneamente la continuidad de sus principios paradigmáticos y una capacidad de adaptación de las formas en que dichos principios se llevan a la práctica terapéutica situada (Meulenberg, 1995). En diversos contextos sociopolíticos y momentos históricos, estas formas han incluido menor o mayor institucionalización, menor o mayor validación y reconocimiento social, menor o mayor uso de elementos espirituales y ritualistas en la práctica médica, entre otros (Meulenberg, 1995).

En India, los *vaidyas* contemporáneos fundamentan su agencia como especialistas justamente en esta capacidad de adaptar los principios del ayurveda a los contextos y requerimientos de la vida contemporánea (Halliburton 2011). Por ejemplo, para los encargados de los hospitales de la Nair Service Society (NSS) en Kerala, donde realizamos etnografía en 2011, la continuidad con la tradición médica se fundamenta en el estudio de los tres *Samhitas*, o textos originales, junto con el estudio de experiencias clínicas reunidas en un vasto portafolio de manuscritos con notas y fórmulas farmacéuticas desarrolladas por generaciones anteriores de *vaidyas* de su linaje Nair. Estos manuscritos se consideran una base de conocimiento empírico, probado, que además refuerza la continuidad de la forma en que este linaje practica la medicina. Adicionalmente, las reuniones semanales con los octogenarios *vaidyas* que ofician de consultores expertos de los hospitales de la NSS, complementa el estudio de textos con una forma oral y empírica de enseñanza médica a través de la clínica compartida entre médicos con diversa trayectoria de experiencia clínica. Por último, estas estrategias de continuidad se complementan con estrategias de adaptación a la vida contemporánea que llevan los pacientes: en la clínica abundan las coocurrencias de ayurveda y biomedicina, que va desde la interpretación de exámenes de laboratorio traídos por los pacientes hasta la negociación de las terapéuticas para adaptarlas a los regímenes de vida y/o laborales de los consultantes. Esto es posible gracias a la habilidad que tienen los *vaidyas* de aplicar los principios ayurvédicos considerando el contexto contemporáneo que define la forma de vida de las personas –sin duda un contexto diferente al contexto en que se practicó el ayurveda hace 200 o 2000 años atrás– junto con los conocimientos del sistema biomédico que incluye el currículo de formación universitaria en ayurveda (notas etnográficas).

Además, hay diversidad entre el ayurveda contemporáneo practicado en India y aquel que se practica fuera de este territorio. En India, el ayurveda admite ciertas influencias de la medicina moderna europea, en cuanto sistema de salud hegemónico a nivel global (Baer, 1989); dicha permisividad ha respondido más a motivos políticos que a argumentos médicos; pero también, tal como vimos más arriba, es coherente con la apertura que ha tenido el ayurveda a otras medicinas a lo largo de su historia. Por una parte, el ayurveda se encuentra reconocido en India en un ministerio de salud paralelo al biomédico, cuya sigla AYUSH alude a los sistemas médicos que supervisa (ayurveda, yoga, unani, siddha y homeopatía)⁵. Esta institucionalización, representada en facultades universitarias, ministerio y hospitales ayurvédicos, ha fortalecido la secularización de la enseñanza y terapéutica del ayurveda, prescindiendo de los elementos ritualísticos presentes de manera intermitente en otros momentos y modos de practicar esta medicina. Los historiadores del ayurveda asocian este proceso modernizador con la agenda política impulsada por profesionales y políticos indios que

⁵ <https://www.ayush.gov.in/>

fueron precursores de la independencia de la Corona británica en 1947. De entre una gran variedad de formas alternativas en que se presentaba en ayurveda en el subcontinente indio de los siglos XIX e inicios del XX, los independentistas indios relevaron la versión secular del ayurveda y la transformaron en uno de los pilares de identidad nacional, destacando su antigüedad y actualidad y, sobre todo, su capacidad de pararse desde una identidad netamente india en igualdad de condiciones ante la biomedicina europea, representante del colonialismo (Moreno 2006; Panikkar, 1992; Sujatha, 2009; Svoboda, 2008). Así, para fortalecer esta paridad, los contenidos y formas de enseñanza se estandarizaron siguiendo el modelo occidental moderno, generando los currículos universitarios fijos de siete años que se enseñan hoy en universidades ayurvédicas en India. Incluso los contenidos curriculares incluyen anatomía, fisiología y fisiopatología biomédicas, para desarrollar la competencia de poder comentarlas desde el ayurveda (entrevistas y notas etnográficas). Wujastyk y Smith (2008) llaman a esto *ayurveda moderno*: la práctica médica circunscrita geográficamente al subcontinente indio, que mantiene fidelidad con los tres textos fundamentales del ayurveda y al mismo tiempo tiene elementos de profesionalización e institucionalización que buscan modernizar el sistema médico.

Las tensiones y jerarquías que surgen de esta interfaz entre la tradición expresada en los textos y la actualización de las prácticas son intensamente discutidas por los expertos, y revisarlas exceden los propósitos de este artículo (Broom et al., 2009; Nair, 2014; Naraindas, 2006, 2014; Langford, 2002; Halliburton, 2005; Chopra & Quack, 2011). Lo que interesa destacar es que el proceso de modernización del ayurveda durante el siglo XX buscó establecerlo como un sistema médico nacional, diferente y alternativo a la biomedicina occidental, totalmente consistente y adecuado para la vida contemporánea en India (Bode, 2008; Langford, 2002; Leslie, 1976). Esto explicaría la fuerte asociación de ayurveda con “lo” indio, e incluso, desde allí, con “lo” hindú. Al salir del subcontinente indio, la función de reforzamiento de la identidad nacional india que ejerció el ayurveda durante el siglo XX, se transformó en una marca de exotismo y espiritualidad que contrasta con la alta tecnificación biomédica, siendo reforzada por vigorosos mercados de salud alternativa, tales como farmacéuticas ayurvédicas globalizadas y circuitos de spas en India y el extranjero (Pordié y Gaudillière, 2014) que basan su publicidad en la asociación del ayurveda con una pureza tradicional no-moderna y una terapéutica menos invasiva que la biomedicina (Zimmermann, 1992).

Difusión global del ayurveda y su forma de arribar a Chile

La secularización y adecuación del ayurveda a la vida moderna favoreció su expansión más allá del subcontinente indio, lo que Wujastyk y Smith (2008) denominan el *ayurveda global*. Al arribar a territorios distintos a India, el ayurveda fue inevitablemente reinterpretado y adaptado a las circunstancias de cada nuevo lugar, tanto por motivos culturales, como geográficos y de política sanitaria (Reddy, 2002; Chopra, 2005). Así se van gestando versiones diversas del ayurveda, en vinculaciones diversas con lo que va desarrollándose en India.

Dentro de las primeras corrientes de difusión del ayurveda fuera de India se encuentra el *Maharishi Ayur-Veda* (MAV), fundado por *Maharishi Mahesh Yogi* en 1985. Si bien ya desde la década de 1970 el ayurveda había comenzado a ser difundido entre profesores de yoga y naturópatas europeos (Jeannotat, 2008), los primeros centros de salud ayurvédica fueron fundados por el MAV entre las décadas de 1980 y 1990, tanto en Suiza como en Estados Unidos (Humes, 2008). Esta vertiente del

ayurveda global es significativa, por ejemplo, para el caso de la historia del ayurveda en Chile, pues dentro de los primeros profesionales que incorporaron esta medicina se encuentra una pediatra de la ciudad de Santiago que conoció el ayurveda durante la década de 1980 a través de centros de MAV en Europa (notas etnográficas).⁶ A pesar de constituir un importante impulso globalizador, la corriente MAV recibe fuertes críticas desde la antropología médica porque tiende a autodefinirse como un sistema cerrado y absoluto de medicina que representa fielmente una tradición milenaria de India, y rechaza a la medicina moderna (Wujastyk y Smith, 2008). Esto es contradictorio con la plasticidad que caracteriza al sistema médico ayurveda (Moreno, 2006) y que es referida por *vaidyas* contemporáneos como fundamental para posibilitar la práctica del ayurveda fuera de las fronteras indias (Junge, 2012). En el caso de la pediatra chilena formada en MAV en Europa, ella logró integrar el ayurveda con su práctica clínica justamente porque desarrolló una forma flexible de aplicar los principios y farmacopea ayurvédicos, adaptándolos a las posibilidades y necesidades de la realidad local.

La difusión masiva de la medicina ayurveda en el Cono Sur de América es más reciente (Freidin y Ballesteros, 2015). Desde la segunda década del siglo XXI han proliferado una serie de institutos creados por diversos tipos de terapeutas, entre los cuales destacan aquellos formados en universidades indias certificadas para preparar a extranjeros en la medicina ayurveda (notas etnográficas). En general, los ejemplos de Argentina y Chile coinciden en una presentación del ayurveda como una medicina alternativa a la biomedicina, es decir, sus terapias se asumen consistentes con un sistema teórico y práctico que les es propio y les permite actuar con autonomía relativa del sistema biomédico y no sólo en complementariedad (Nogales-Gaete, 2004). Freidin y Ballesteros (2012, 2015) distinguen tres ámbitos principales en que se segmenta la oferta de terapias ayurvédicas, de acuerdo con la forma en que los actores locales van perfilando su posicionamiento en el sistema de salud de cada país. En primer lugar, el ayurveda se asocia a prácticas de autoconocimiento y autocuidado para el bienestar, fundamentalmente siguiendo al médico norteamericano Deepak Chopra y su método de salud mente/cuerpo. Por otra parte, el ayurveda se presenta como terapias no invasivas tales como masajes relajantes y rejuvenecedores, asociados por lo general a centros de yoga o spas. Finalmente, el aspecto médico del ayurveda se presenta mayoritariamente asociado a la pragmática de la alimentación, capaz de promover la salud a través de un régimen alimenticio adecuado a la configuración psicosomática de cada persona.

Si bien esta última presentación pareciera vincularse más con el corpus teórico del ayurveda, el problema radica en la traducción de la dieta ayurvédica a regímenes alimenticios específicos para cada constitución psicosomática o *dosha*. Para comprender por qué las dietas estandarizadas para cada *dosha* no son una expresión adecuada del sistema médico del ayurveda, es necesario profundizar en los principios básicos de esta medicina.

Principios básicos del ayurveda y su expresión en la dieta

Existe una brecha entre la teoría médica del ayurveda y las prácticas dietéticas reinventadas a partir de la diáspora global de esta medicina, que se alimenta de una estandarización y simplificación que elimina aspectos fundamentales del ayurveda, como son la auto observación, los cambios de estilo

⁶ Se mantiene el anonimato de las fuentes de la investigación original por consideraciones éticas.

de vida y la adaptación de los deseos a las circunstancias de vida.

En primer lugar, para comprender la aproximación del ayurveda a la dieta como terapia, es necesario retomar la definición de Ayur-veda como una disciplina que observa y aborda la vida en un sentido amplio, incluyendo la vida humana, animal, vegetal y geológica. La mirada ecológica del ayurveda sobre la salud, la enfermedad y el bienestar busca mantener la salud a través de un complejo sistema de intervenciones en la relación entre los ambientes interno y externo de la persona (Chopra, 2003; Kumar, 2013). Entonces, al igual que en la tradición humoral hipocrática (Porter, 2004), la dietética no se restringe a la regulación de la ingesta de alimentos, sino que se refiere a las regulaciones del estilo de vida, incluyendo ejercicio, alimentación, pensamientos, actividades diarias, entre otras prácticas que implican la “ingesta” de estímulos y condiciones ambientales en el curso de vida subjetivo de cada persona. La regulación de todas estas relaciones busca mantener el equilibrio y la funcionalidad en las relaciones del individuo con su/un entorno. Vamos a revisar los fundamentos de esta relación dietética.

Si bien el ayurveda no es una práctica vinculada al hinduismo como religión, los principios básicos que sustenta su aproximación al fenómeno de la vida se encuentran en la filosofía *vedanta*, que es común a la filosofía hindú (Moreno, 2006). Ésta parte explicando el origen del universo como producto de un movimiento que estimula el estado in-manifiesto y absoluto, como una piedra que cae en un lago calmo. Este desequilibrio en movimiento que es el universo provoca la emergencia de la vida como resultado de procesos de diferenciación en múltiples formas de experiencia (Svoboda, 1995a). La vida es dinámica, entonces, porque es manifestación del desequilibrio. Así, en palabras de Zimmermann (1988), el ayurveda concibe el universo como una “gran cocina”, donde una suerte de alquimia de elementos y sabores va digiriendo y transformando los distintos dominios de la realidad en un metabolismo ecológico cuyo propósito es mantener cierta consistencia en el desequilibrio primordial que es intrínseco a la manifestación del universo.

Conocer esta “fisiología cósmica” (Zimmermann, 1988) sería entonces la base del ayurveda como ciencia/sabiduría y de su práctica como medicina, donde la mantención de la salud consiste en comprender el macro metabolismo de la vida y aplicar ese conocimiento para intervenir las relaciones dinámicas de afectación que provocan los estados de equilibrio/salud o desequilibrio/enfermedad en el nivel micro, que es una persona. La alimentación es, en consecuencia, uno de los procesos fundamentales en la dinámica que relaciona la “fisiología” del macrocosmos con la fisiología individual. Del mismo modo lo son la disciplina física, mental y afectiva, o la observación de ciclos, por ejemplo.

Excede los propósitos de este artículo profundizar en la compleja y extensa matriz conceptual del *vedanta*; más bien nos centraremos en los principios que aporta a la comprensión de la dietética ayurvédica. La mayoría de los autores y entrevistados coinciden en partir desde la doctrina de los cinco elementos: éter, aire, fuego, tierra y agua; que dan origen a todo el universo fenomenológico, incluida la corporalidad humana (Kumar, 2013). La constitución psicosomática individual, conocida como *dosha*, surge de la combinación de los cinco elementos. Los doshas básicos son tres: *vata*, *pitta* y *kapha*. *Vata* surge de la combinación de éter y aire, *pitta* de la combinación de fuego y agua, y *kapha* de la combinación de agua y tierra; cada *dosha* contiene los atributos de los elementos que se constituyen. Cada ser humano nace con una combinación de elementos que hará que

prepondere cierto o ciertos doshas, y que le predispone hacia ciertas preferencias y habilidades, y también hacia ciertas vulnerabilidades y tendencias al desequilibrio (Chopra, 2003). La sabiduría del ayurveda estaría entonces en comprender e intervenir los *doshas* para mantener o recuperar la salud, o bien aportar a aliviar aquellas condiciones que no se puede cambiar. La forma en que el equilibrio dinámico de los *doshas* a nivel individual integra lo ambiental, lo físico, mental y emocional/espiritual en los procesos de salud y enfermedad está claramente explicado por Moreno (2006), por lo cual aquí nos centraremos en analizar cómo los equilibrios son gestionados a través de la dieta. Haciendo una síntesis de varios autores (Svoboda, 1995a, 1995b; Gopinath, 2001; Kumar, 2013; Langford, 2002; Manohar, 2005), podemos establecer que la relación entre los cinco elementos y la expresión de los *doshas* es la siguiente:

Tabla 1

Síntesis de características relacionales básicas de los tres doshas

Doshas	Elementos constituyentes	Atributos principales	Expresiones en el cuerpo físico y sus dolencias	Expresiones en el cuerpo relacional y sus dolencias
Vata	Aire + Éter	Movimiento Espacio Impulso	Delgados Ágiles Dolores Quebraduras Sequedad	Entusiasmo Asombro Ansiedad Nerviosismo
Pitta	Fuego	Energía Digestión fisiológica y cognitiva Acción transformadora	M u s c u l a t u r a desarrollada y proporcionada. Trastornos digestivos, inflamatorios, febriles.	Iniciativa Exploración Transformación Rabia
Kapha	Tierra + Agua	Densidad Cohesión Contención	Grandes Lentos Firmes Edemas Obstrucciones	Memoria Consistencia Asimilación Depresión

Fuente: elaboración propia.

Para la terapéutica, la constitución personal orienta cómo ha de relacionarse el sujeto con los elementos que constituyen los fenómenos de su entorno, de tal forma de mantener o recuperar el equilibrio, que es la salud. Por ejemplo, una inflamación febril, que expresa un exceso de fuego, que es caliente, se tratará con estímulos que sean fríos y contenedores, y que puedan, así, comprimir y enfriar el fuego excedido. En el plano físico, una de estas formas de relacionamiento es a través de la alimentación, orientada a partir de los sabores que surgen de las combinaciones de cualidades de los cinco elementos (Wujastyk, 2000). Entonces, los sabores no se comprenden desde su composición química o cualquier otro componente substancial, sino como principios relacionales o cualidades (Zimmermann, 1988). Veamos: los cinco elementos se caracterizan a través de diez pares de cualidades que incluyen frío/caliente; pesado/liviano; estable/móvil; húmedo/seco; entre otras (Chopra, 2003; Kumar, 2013). Las veinte cualidades vinculan los cinco elementos con cinco sabores:

dulce, salado, ácido, amargo y astringente, los que se distribuyen y combinan diferencialmente en todo lo viviente (Zimmermann, 1988). Por ejemplo, en la dietética ayurvédica se dice que las comidas dulces están compuestas fundamentalmente de agua y tierra, y por lo tanto tienen las cualidades de ser frías, pesadas, estables y húmedas. El tejido adiposo del cuerpo humano está compuesto de los mismos elementos agua y tierra, lo que explica que el consumo excesivo de alimentos dulces hace aumentar el tejido adiposo; también explica que las personas con predominancia del *dosha kapha* (agua y tierra) tengan mayor riesgo de hacer desequilibrios relacionados con el consumo excesivo de comidas dulces y el aumento de este tejido, incluyendo la tendencia hacia la pesadez o dificultad de movimiento, tanto corporal como mental (Chopra, 2003).

Las veinte cualidades caracterizan también espacios y tiempos determinados; así, el efecto de un determinado alimento dependerá también de las condiciones ecológicas en que se produjo, es decir el clima en que se cultivó o crió el ser vivo del cual nos alimentamos habrá afectado cómo asimiló el agua y tierra que le hicieron dulce, para seguir con el ejemplo anterior; del mismo modo, las condiciones climáticas, hora del día y otras circunstancias en las cuales se consume el alimento, determinarán la capacidad de integrar en el microcosmos individual el agua y tierra que este alimento me aporta (Rao, 2018). Tal especificidad va a determinar el sabor post-digestivo de los alimentos, que apunta a efectos más específicos; así, por ejemplo, la cualidad dulce que se atribuye a toda carne animal se diferenciará entre aquella proveniente de animales criados en climas secos, que será más astringente y liviana, y la carne de animales criados en climas húmedos, que será más pesada y untuosa (Zimmermann, 1988). Por último, si bien los alimentos dulces tienden a desestabilizar *Kapha*, consumirlos en verano no tendrá el mismo efecto que consumirlos en invierno; igualmente abusar de lo dulce en un clima húmedo y cálido será distinto que hacerlo en un clima seco y frío; habrá también diferencias entre personas de distintas edades o sexo, porque los *doshas* se manifiestan distinto en cada caso, etcétera. En consecuencia, en el ayurveda la alimentación tiene la doble condición de ser una forma extremadamente básica y universal de relacionarse con el entorno, y a la vez constituir un complejo sistema terapéutico a través de la manipulación consciente no sólo del *qué* se come sino también del *cuándo* y el *cómo*, en términos personales y ambientales (Kumar, 2013). Esta multiplicidad de factores involucrados hace que, a pesar de conocerse las pautas de relación entre los diversos elementos que intervienen en la dieta, una dieta alimenticia “anti-*kapha*” no pueda tener efectos terapéuticos estandarizables para todas las personas cuya constitución tiene predominio de *kapha*. Por último, habrá que ponderar la presencia de los otros *doshas* en esta persona del ejemplo y sus circunstancias, para considerar efectos secundarios una dieta estándar “anti-*kapha*”.

Discusión: desafíos para la comprensión e incorporación del ayurveda en los sistemas de salud

Como señala tanto la literatura como los resultados de la etnografía referida en este artículo, lo que guía el diseño del régimen alimentario terapéutico en el ayurveda es la lectura de todos los factores relacionales que van a determinar no sólo las cualidades sutiles y situadas de cada alimento, preparación y forma de consumo, sino también las posibilidades de cada persona para llevar a cabo un determinado régimen considerando su constitución psicosomática, su curso de vida y sus circunstancias de vida. Por ello no se considera terapéutico forzar a una persona a llevar una determinada dieta como única alternativa saludable, si ello genera dificultades importantes dadas

sus condiciones económicas, de trabajo o de vida. No obstante, tampoco corresponde al ayurveda personalizar las dietas al extremo de adaptarlas a las lógicas de consumo flexible y discrecional de los mercados de salud alternativa (Humes, 2008; Pordié y Gaudillière, 2014). El riesgo que han detectado varios autores radica en el individualismo propio de del fructífero consumismo de los mercados de salud. Para abordar esta controversia sirve retomar la distinción entre dieta como estilo de vida y como régimen alimenticio, y revisar algunos ejemplos del Cono Sur.

En el caso de Chile, el ayurveda no se encuentra oficialmente reconocido por el Ministerio de Salud, por lo que no cuenta con el estatuto de profesión auxiliar de la salud que sí poseen otras medicinas alternativas, como, por ejemplo, la naturopatía, la acupuntura y la homeopatía (Ministerio de Salud, 2024). Tampoco cuenta con la regulación de la autoridad sanitaria que implica dicho reconocimiento, por lo tanto, no se puede ingresar al país la farmacopea ayurvédica más allá de aquello que califica como aliño o suplemento alimenticio. No obstante, el crecimiento de centros y actividades reconocidos como ayurvédicos es exponencial, principalmente en la Región Metropolitana. Entonces, ¿cómo se explica la expansión del ayurveda en Chile? La rápida expansión del ayurveda podría explicarse al igual que en otras latitudes, como consecuencia del carácter no invasivo con que se promocionan sus terapias fragmentadas, lo que fortalece su divulgación como medicina segura y personalizada (Freidin & Ballesteros, 2015; Reddy, 2002; Zysk, 2001). Así mismo, al no poder desplegarse más que tan sólo parcialmente, como dieta o consejería alimenticia, el ayurveda no amenaza ni a la hegemonía biomédica ni a las lógicas mercantiles que se reproducen en el sistema de salud, pues no “compite” en el mercado simbólico ni farmacológico de la salud “propiamente tal”.

¿Terapia de estilo de vida, que no amenaza el estilo de vida?

Si bien en el ayurveda en enfoque terapéutico es hacia el equilibrio del estilo de vida, la forma concreta en que se reproduce en Occidente dista de promover cambios sustanciales en las formas de vivir que son propias de la modernidad contemporánea. En Occidente se reproduce una tendencia a traducir las terapias ayurvédicas a las expectativas de intervenciones basadas en la idealización de un hinduismo espiritual, sutil y pacífico; serían, en consecuencia, terapias capaces de contrarrestar el carácter invasivo y violento que se asocia a la biomedicina moderna (Freidin y Ballesteros, 2012; Reddy, 2002). Estos adjetivos, que se suponen asociados a la filosofía de vida oriental, han sido ampliamente difundidos por el movimiento *New Age*, y resaltados en formas masivas de reproducción del ayurveda en los mercados de salud alternativa en Occidente (Zysk, 2001). Así, en su versión occidental las dietas y alimentos “depurativos”, “rejuvenecedores” o “energizantes”, satisfacen expectativas de moderación y sutileza que tienen poca relación con las fuertes restricciones, ayunos o purgas de las terapias ayurvédicas no-occidentalizadas ni mercantilizadas (Zimmermann, 1992).

Por ejemplo, la terapia depurativa tradicional del ayurveda, conocida como *panchakarma*, requiere de varios días de hospitalización bajo un estricto régimen de actividades diarias y alimentación, junto con intensas intervenciones terapéuticas intercaladas con reposo y suspensión de las actividades cotidianas, incluyendo diversas opciones de limpiezas y purgas, después de las cuales los pacientes deben ser cuidados antes de ser dados de alta (notas de campo). No obstante, en la mayoría de los centros ayurvédicos occidentales, incluidos los latinoamericanos, el *panchakarma* se ofrece en formato de masajes que estimula la relajación muscular, la hidratación con aceites y la liberación

progresiva de toxinas en pos del rejuvenecimiento; son realizados mayoritariamente de forma ambulatoria en centros terapéuticos tipo spa y acompañados, eventualmente, de indicaciones nutricionales (apuntes etnográficos). Lxs pacientes no necesitan hacer una pausa en su vida para someterse a esta terapia, sino más bien se trata de una opción de intervención puntual.

¿Terapias al servicio de sociedades de mercado?

La reinterpretación mercantil del carácter personalizado de la medicina ayurveda es ampliamente comentada por Freidin y Ballesteros en relación con el escenario argentino, destacándose cómo la modalidad de spas nacionales o internacionales fortalecen el ayurveda como “consumo terapéutico exótico” (2012, p. 156). Estos autores destacan también cómo la intermitencia o parcialidad con que se siguen las terapias es coherente con una lógica de consumo auto-gestionado y flexible, donde priman los criterios y deseos de cada individuo/consumidor por sobre los del terapeuta. Entonces, si bien en Occidente las dietas ayurvédicas suelen considerarse parte de procesos de acompañamiento del proceso de cursar la vida, por ejemplo, en la vejez (Rao, 2018), nos encontramos con la lógica de consumo/evitación de determinados alimentos, sin ahondar en indicaciones de reorganización integral del estilo de vida (Freidin & Ballesteros, 2015). Como concluye Pordiè (2015), transformadas en terapias de spa, las intervenciones ayurvédicas son inofensivas para el sistema biomédico, y muy rentables para los mercados de salud alternativa moderada.

No se puede soslayar que la reducción de la medicina ayurveda a terapias enfocadas en regímenes alimentarios parciales responde también a las restricciones estructurales que existen en los países occidentales para la práctica plena de este sistema médico. Las barreras sanitarias y legales para disponer de las hierbas asiáticas y otras materias primas que se utilizan para elaborar las fórmulas ayurvédicas se basan, en su gran mayoría, en la imposibilidad de traducir y validar la farmacopea ayurvédica a los parámetros biomédicos occidentales (Freidin & Ballesteros, 2015; Wujastik & Smith, 2008). Así, sólo algunas hierbas en forma de polvo logran ingresar a los países en calidad de aliño para comida (notas etnográficas). Por su parte, las empresas farmacéuticas ayurvédicas, como la gigante india Himalaya, invierten grandes sumas de dinero en investigaciones de laboratorio que demuestren la eficacia de sus productos; además de ofrecer fórmulas tradicionales en formatos industriales como los comprimidos, estas industrias estimulan la invención de nuevas fórmulas para necesidades de la vida de los consumidores modernos en los mercados globales (Pordiè, 2015; Pordiè & Gaudillière, 2014). En el caso de Chile, las industrias farmacéuticas no biomédica utilizan los nombres de fantasía de sus fórmulas para aprovechar los resquicios de la normativa sanitaria e ingresar a los mercados nacionales con la figura de “suplementos alimenticios”.

¿Terapias estratificadas en el mercado de la salud?

Si bien, el ayurveda ya está presente en los sistemas de salud de la mayoría de los países occidentales, se ubica mayoritariamente en los mercados de salud alternativa. La falta de reconocimiento oficial termina por reforzar la estratificación de los sistemas de salud, pues sólo los consumidores con mayores recursos económicos pueden acceder a terapias alternativas, que no están disponibles en el saturado sistema biomédico público (Freidin & Ballesteros, 2012). Lo mismo pasa con el acceso a

alimentos y/o aliños exóticos indicados en dietas ayurvédicas que publicitan supuestos purismos hinduistas: sólo acceden a ellos los clientes con mayor poder adquisitivo.

No obstante, es al mirar más allá de la que está en la red oficial biomédica y los mercados de salud, que emergen experiencias donde se incorporan prácticas de salud no-biomédicas en los estilos de vida de las personas (Gelerstein Moreyra, 2022; Junge, 2021). En relación con el ayurveda, existen experiencias emergentes y poco documentadas de intercambio entre *vaidyas* y agentes de salud comunitaria que buscan la asimilación de principios de terapéutica, estilo de vida y dieta ayurvédica en iniciativas de salud colectiva basadas en los saberes populares de Latinoamérica⁷. Asimismo, existen iniciativas silenciosas en algunos países del Cono Sur donde *vaidyas* indios y latinoamericanos trabajan en conjunto para interpretar las propiedades terapéuticas de la farmacopea popular e indígena latinoamericana desde los principios del ayurveda (Elaa 2021 y notas etnográficas). Estos intercambios en el Sur global abren camino para trazar nuevas formas de ayurveda global, a partir de intercambios de conocimientos sobre la vida, local y globalizada. Esta escala comunitaria se encuentra fuera del filtrado que realizan los mercados farmacéuticos globales y locales, y ajenas de la publicidad de los mercados del exotismo.

Conclusiones

El ayurveda es un sistema médico basado en un complejo modelo sobre la vida, la salud, la enfermedad y sus correspondientes prácticas terapéuticas, que ha derivado de, a lo menos, 2000 años de experiencia médica documentada en la Península Índica. A pesar de las discontinuidades históricas y geográficas que ha transitado a lo largo de los siglos, se han conservado ideas y una aproximación fundamental que permiten hablar del ayurveda como un sistema médico. Desde las últimas décadas del siglo XX se ha expandido más allá de las fronteras del subcontinente indio, lo cual ha fomentado nuevas adaptaciones, e incluso reinterpretaciones, de acuerdo con los contextos y expectativas locales. Entre ellas se encuentra la representación del ayurveda como una medicina suave, exótica y asimilable a los estilos de vida de las sociedades de mercado. Asimismo, en el siglo XXI se identifican iniciativas de aplicación de los principios del ayurveda para interpretar y utilizar las plantas y hierbas medicinales locales. Los procesos de adaptación a las realidades locales se ven tensionados por las normativas sanitarias y farmacológicas de cada país, los sistemas de salud locales y los mercados farmacológicos locales y globales.

Los ejemplos revisados para países latinoamericanos confirman lo señalado por la literatura internacional. Las condicionantes locales que tienden a restringir al sistema médico ayurveda incluyen: 1) restricciones estructurales, geográficas y legales que impiden el uso de los insumos necesarios para la farmacopea propia de esta medicina; 2) restricciones específicas del sistema de salud que limitan por un lado el derecho a practicar con estatuto de medicina/médico y por otro la posibilidad de reconocer y regular compuestos ayurvédicos como medicamento; 3) las representaciones occidentales que identifican lo indio con ideales de exotismo, espiritualidad y no violencia; y 4) el desarrollo de los mercados de *wellness* que buscan ofrecer alternativas a la biomedicina moderna pero igualmente efectivas y parciales; es decir, formas de bienestar que no atenten contra los fundamentos del estilo de vida occidental.

⁷ Estas fueron difundidas en las mesas de trabajo y conferencias del 5to Encuentro Latinoamericano de ayurveda (Elaa) realizado en 2021.

En el modelo médico del ayurveda, la interpretación de los equilibrios y desbalances a nivel individual se aborda desde la interacción con las condiciones del entorno en que se desenvuelve la persona. El ayurveda es una ciencia enfocada a comprender dichas relaciones, y aplicarlas en beneficio de la salud y longevidad humana. Al traducir el ayurveda de acuerdo con las restricciones antes mencionadas, el complejo modelo de aproximación a la vida se va reduciendo y reinterpretando. Por ende, el hecho que las terapias ayurvédicas se ofrezcan reducidas en intensidad o magnitud responde mayoritariamente a una combinación de restricciones globales y locales, más que a factores intrínsecos a la flexibilidad del ayurveda.

La aproximación terapéutica a través de la dieta alimenticia es efectivamente una de las intervenciones fundamentales de la terapéutica ayurveda, basada en las interacciones de los sabores primarios y los sabores post-digestivos con las cualidades de un determinado proceso mórbido. No obstante, en el ayurveda las indicaciones de régimen alimenticio se integran dentro de terapéuticas más complejas de relaciones entre el micro y macrocosmos, que abordan el estilo de vida/trabajo, el estado de salud general, la región y clima donde habita cada persona, así como las condiciones en que se ingieren los alimentos, y las condiciones de crianza y producción de los mismos. En consecuencia, cuando la dietética es simplificada y estandarizada en regímenes enfocados en el consumo y restricción de ciertos alimentos para ciertas constituciones psicósomáticas (*doshas*), se corre el riesgo de omitir criterios fundamentales de la terapéutica ayurvédica.

Por último, desde una perspectiva de salud pública, el crecimiento exponencial de la oferta y demanda de terapias vinculadas al ayurveda hace necesario tener mayor claridad respecto de los alcances de esta medicina, tanto para su integración como para su regulación. A pesar de no encontrarse oficialmente reconocidos por la autoridad sanitaria, los vínculos Sur-Sur del ayurveda se despliegan en diversas escalas. Estas incluyen los mercados farmacéuticos/de suplementos alimenticios, los programas de formación y terapia ayurvédica con formación internacional, e iniciativas comunitarias de colaboración para la salud colectiva. Si las personas están recurriendo a terapias diversas es porque de alguna forma les hacen sentido. No obstante, las formas en que el ayurveda hace sentido en Latinoamérica son muy diversas y aún escasamente estudiadas. En esta diversidad de formas, por ejemplo, la comprensión de la dieta como parte del curso y estilo de vida tiene el potencial de fomentar el autocuidado, la prevención y manejo de dolencias, de formas más complejas que el consumo de cápsulas de bienestar en mercados de *wellness*.

Referencias

- Baer, H. (1989). The American dominative medical system as a reflection of social relations in the larger society. *Social Sciences and Medicine*, 28(11), 1103-1112.
- Basham, A. L. (1976). The practice of medicine in ancient and medieval India. En C. Leslie (ed.), *Asian medical systems: A comparative study* (pp. 18 - 43). University of California Press.
- Bode, M. (2008). Indian medicine, authenticity and identity: The construction of an Indian modernity. En *Taking traditional knowledge to the market. The modern image of the Ayurvedic and Unani industry, 1980-2000* (pp. 173-196). Orient Longman.
- Broom, A.; Doron, A.; Tovey, P. (2009). The inequalities of medical pluralism: Hierarchies of health, the politics of tradition and the economies of care in Indian oncology. *Social Science & Medicine*, 69, 698-706.

- Chopra, A. S. (2003). Ayurveda. En H. Selin, (ed). *Medicine across cultures. History and practice of medicine in non-Western culture* (pp. 75-84). Kluwer Academic Publishers.
- Chopra, A. S. (2005). Global ayurveda. An Ayurvedic clinic in Germany. *Curare*, 28(1), 39-42.
- Chopra, A. S. & Quack, J. (2011). Asymmetrical translations of biomedicine in India: The cases of contemporary ayurveda and psychiatry. *Vienesse Ethnomedicine Newsletter*, 13(2-3), 13-24.
- Elaa - 5º Encuentro Latinoamericano de Ayurveda (2021). https://www.even3.com.br/ela_a_2021-171908/
- Frank, R. & Stollberg, G. (2004). Conceptualizing hybridization: On the diffusion of Asian medical knowledge to Germany. *International Sociology*, 19(1), 71-88.
- Freidin, B. & Ballesteros, M. S. (2012). La difusión transnacional de medicinas alternativas: la presencia del ayurveda en la prensa argentina. *Papeles de Trabajo*, 6(10), 128-159.
- Freidin, B. & Ballesteros, M. S. (2015). Choosing ayurveda as a healthcare practice in Argentina. *Current Sociology*, 63(5), 669-684. <https://doi.org/10.1177/0011392115590077>
- Gelerstein Moreyra, J. (2022). "Resolver el malestar de raíz": prácticas y representaciones terapéuticas de usuarias de plantas medicinales. *Cuadernos Médico Sociales* 2021, 61(3), 101-112. <https://doi.org/10.56116/cms.v61.n3.sl.2021.90>
- Gopinath, B. G. (2001). Foundational ideas of ayurveda. En B. V. Subbarayappa (ed.) *Medicine and life science in India* (pp. 59-107). Munshiram Manoharlal Publ.
- Halliburton, M. (2005). "Just some spirits": The erosion of spirit possession and the rise of "tension". *South India, Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness*, (24)2, 111-144. <http://dx.doi.org/10.1080/01459740590933849>
- Halliburton, M. (2011). Resistance or inaction? Protecting Ayurvedic medical knowledge and problems of agency. *American Anthropologist*, 38(1), 86-101.
- Humes, C. A. (2008). Maharishi Ayur-Veda. Perfect health through enlightened Marketing in America. En D. Wujastyk, & F. M. Smith (eds.), *Modern and global ayurveda. Pluralism and paradigms* (pp. 309-331). State University of New York.
- Jeannotat, F. (2008). Maharishi Ayur-Veda. A Controversial model of global ayurveda. En D. Wujastyk, & F. M. Smith (eds.), *Modern and global ayurveda. Pluralism and paradigms* (pp. 285-307). State University of New York.
- Junge, P. (2012). Medicina ayurveda en India contemporánea: Conservando la identidad en un mundo transcultural. *Scripta Ethnologica*, 34, 69-88.
- Junge, P. (2021). "Flower Power". La terapia de flores de Bach como práctica política en salud. *Revista Chilena de Antropología*, 43, 167-186. <https://doi.org/10.5354/0719-1472.2021.64438>.
- Kleinman, A. (1978). Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science and Medicine*, 12, 85-93.
- Kumar, S. (2014). The concept of diet in ayurveda and its Implications for the modern world. En S. Rastogi (ed.) *Ayurvedic science of food and nutrition*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-9628-1_3
- Langford, J. (2002). *Fluent bodies. Ayurvedic remedies for postcolonial imbalance*. Duke University Press.
- Leslie, C. (ed.) (1976). *Asian medical systems: A comparative study*. University of California Press.
- Leslie, C. (1980). Medical pluralism in the world perspective. *Social Science and Medicine*, 148, 191-195.
- Leslie, C. (1992). Interpretations of illness: Syncretism in modern ayurveda. En C. Leslie & A. Young

- (eds.), *Paths to Asian medical knowledge* (pp. 177-208). University of California Press.
- Martínez-Hernández, A. (2008). *Antropología médica: Teorías de la cultura, el poder y la enfermedad*. Anthropos.
- Manohar, R. (2005). Ayurveda as knowledge system. En K. Kapoor & A. K. Singh (eds.), *Indian knowledge systems Vol. 1* (pp. 156-171). Shimla and D.K. Printworld.
- Menéndez, A. (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es la medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7), 71-83.
- Meulenberg, G. (1995). The many faces of ayurveda. *Journal of the European Ayurvedic Society*, 4, 1-10.
- Moreno Leguizamón, C. (2006). Salud-enfermedad y cuerpo-mente en la medicina ayurvédica de la India y en la biomedicina contemporánea. *Antípodas*, 3, 91-121.
- Nair, H. K. (2014). A healing practice in Kerala. En H. Naraindas, J. Quack & W. Sax (eds.), *Asymmetrical conversations: Contestations, circumventions, and the blurring of therapeutic boundaries* (pp. 200-236). Berghahn Books.
- Naraindas, H. (2006). Of spineless babies and folic acid: Evidence and efficacy in biomedicine and Ayurvedic medicine. *Social Science and Medicine*, 62, 2658-2669.
- Naraindas, H. (2014). My vaidya and my gynecologist: Agency, authority, and risk in quest of a child. En H. Naraindas, J. Quack & W. Sax (eds.), *Asymmetrical conversations: Contestations, circumventions, and the blurring of therapeutic boundaries* (pp. 118-161). Berghahn Books
- Nogales-Gaete, J. (2004). Medicina alternativa y complementaria. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 42(4), 243-250.
- Panikkar, K. N. (1992). Indigenous medicine and cultural hegemony: A study of the revitalization movement in Kerala. *Studies in History*, 8(2), 283-308.
- Pordié, L. (2015). Hangover free! The social and material trajectories of PartySmart. *Anthropology and Medicine*, 22(1), 34-48.
- Pordié, L. & Gaudillière, J. P. (2014). Introduction: Industrial ayurveda. Drug discovery, reformulation and the market. *Asian Medicine*, 9, 1-11.
- Porter, R. (2004). *Brief history of medicine*. Taurus.
- Rao, R. (2018). Ayurveda and the science of aging. *Journal of Ayurveda and Integrative Medicine*, 9, 225-232.
- Reddy, S. (2002). Asian medicine in America: The Ayurvedic case. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 583, 97-121.
- Scribano, A. & de Sena, A. (2009). Las segundas partes sí pueden ser mejores: Algunas reflexiones sobre el uso de datos secundarios en la investigación cualitativa. *Sociologías*, 11(22), 100-118.
- Sujatha, L. A. (2009). Medicine, state and society. *Economic & Political Weekly*. Vol. XLIV(16), 35- 43.
- Svoboda, R. (1995a). Theory and practice of Ayurvedic medicine. En J. van Alphen & A. Aris (eds.), *Oriental medicine: An illustrated guide to the Asian arts of healing* (pp 67-97). Serindia Publications
- Svoboda, R. (1995b). *Ayurveda: Medicina milenaria de la India*. Ediciones Urano.
- Svoboda R. (2008). The Ayurvedic diaspora: A personal account. En D. Wujastyk & F. M. Smith (eds). *Modern and global ayurveda: Pluralism and paradigms* (pp. 117-128). State University of New York Press.

Varier, N.V. K. (2005). *History of ayurveda*. Arya Vaidya Sala.

- Wujastyk, D. (2000). The combination of tastes and humours in classical Indian medicine and mathematics. *Journal of Indian Philosophy*, 28, 479–495.
- Wujastyk, D. & F. M. Smith (2008). Introduction. En D. Wujastyk & F. M. Smith (eds). *Modern and global ayurveda: Pluralism and paradigms* (pp. 1-28). State University of New York Press.
- Zimmermann, F. (1978). From classic texts to learned practices: Methodological remarks on the study of Indian medicine. *Social Sciences and Medicine*, 12. pp. 97- 103.
- Zimmermann, F. (1988). *The jungle and the aroma of meat. An ecological theme in Hindu medicine*. University of California Press.
- Zimmermann, F. (1992). Gentle purge: The flower power of Ayurveda. En C. Leslie & A. Young (eds.), *Paths to Asian Medical Knowledge* (pp. 209-223). University of California Press.
- Zysk, K. G. (2001). New Age ayurveda or what happens to Indian medicine when it comes to America. *Traditional South Asian Medicine*, 6(6), 10- 26.
- Oliveira, M., & Traba, A. (2019). *Amarte: pensar el amor en el siglo XXI*. Libros de la Catarata.

La justicia indígena kichwa-andina como posible sistema curativo comunitario: propuesta de marco interpretativo desde la antropología de la salud y la psicología comunitaria

**Kichwa-Andean Indigenous justice as a potential community-based healing system:
An interpretive framework from health anthropology and community psychology**

Iván Villafuerte Almeida¹  

¹Universidad de las Américas - ECUADOR

DOI: <https://doi.org/10.26807/raci.V31.2025.370> | Páginas: 119-132

Fecha de envío: 30-09-2025 | Fecha de aceptación: 26-10-2025 | Fecha de publicación: 31-12-2025

Resumen

Este artículo propone un marco interpretativo para analizar la justicia indígena kichwa-andina ecuatoriana como un posible sistema terapéutico comunitario. A partir de una revisión bibliográfica sistemática y análisis de literatura etnográfica, planteo la hipótesis de que los rituales jurídicos indígenas podrían funcionar como intervenciones que facilitan la reintegración social, la sanación colectiva y el restablecimiento del equilibrio relacional. La convergencia entre antropología de la salud y psicología comunitaria permite conceptualizar una ontología relacional donde la persona es indisociable del tejido social. Este marco teórico busca orientar futuras investigaciones empíricas sobre los efectos psicosociales de estos sistemas de justicia, con implicaciones para el diseño de políticas públicas interculturales y modelos de salud mental en contextos plurinacionales. Es importante señalar que este estudio no ofrece evidencia empírica directa sobre efectos terapéuticos, sino una propuesta conceptual que requiere validación etnográfica.

Palabras clave: justicia indígena, salud mental comunitaria, rituales terapéuticos, antropología, psicología comunitaria, interculturalidad.

Abstract

This article proposes an interpretive framework for analyzing Kichwa justice systems in Ecuador as possessing a community-based therapeutic dimension. Through systematic literature review and ethnographic source analysis, I develop a conceptual framework hypothesizing that Indigenous legal rituals may function as interventions facilitating social reintegration, collective healing, and relational balance restoration. Drawing on medical anthropology and community psychology, I conceptualize justice within a relational ontology where individuals are inseparable from social fabric. As a theoretical contribution requiring ethnographic validation, this framework aims to guide empirical research on psychosocial effects of these systems, with implications for intercultural public policies and mental health models in plurinational contexts.

Keywords: Indigenous justice, community mental health, therapeutic rituals, anthropology, community psychology, interculturality.

Introducción

En los Andes ecuatorianos, específicamente en comunidades kichwa de la sierra, la justicia indígena no se separa de la salud ni de la espiritualidad: se entretienen. Ese cruce cuestiona la mirada occidental que compartimenta. Este artículo propone leer la justicia indígena kichwa-andina como un posible sistema terapéutico integral, no como falla ni como folclore, sino como práctica vigente que merece ser analizada en sus potenciales efectos sobre el bienestar colectivo.

Es fundamental aclarar desde el inicio el alcance y las limitaciones de este trabajo. No se trata de una investigación empírica que demuestre efectos terapéuticos concretos en individuos o comunidades específicas. Se trata, más bien, de una propuesta de marco interpretativo que surge del análisis de literatura etnográfica existente y que busca articular conceptos de la antropología de la salud y la psicología comunitaria para comprender las dimensiones potencialmente terapéuticas de estos sistemas de justicia. Las afirmaciones sobre “efectos” o “funciones” terapéuticas deben entenderse como hipótesis conceptuales que requieren validación mediante investigación etnográfica directa con metodologías apropiadas.

Además, este análisis se limita específicamente a la justicia indígena practicada en comunidades kichwa de la sierra ecuatoriana, principalmente documentada en la etnografía de García (2002), el análisis Brandt y Franco (2006), y otros autores citados. Ecuador es un estado plurinacional con 14 nacionalidades y 18 pueblos indígenas reconocidos, cada uno con sus propios sistemas jurídicos, cosmovisiones y prácticas rituales. La justicia Shuar en la Amazonía, la justicia tsáchila en la costa, o la justicia waorani difieren sustancialmente de la kichwa-andina en sus fundamentos cosmológicos, procedimientos, tipos de sanciones y concepciones sobre norma y transgresión. Cualquier generalización sobre “la justicia indígena ecuatoriana” sería metodológicamente incorrecta y analíticamente empobrecedora. Este trabajo se concentra en un contexto cultural específico, reconociendo que sus hallazgos no son automáticamente extrapolables a otros pueblos indígenas del Ecuador.

Marco metodológico: Revisión bibliográfica y análisis comparativo

Enfoque metodológico

Este estudio se desarrolla mediante una revisión bibliográfica sistemática y análisis comparativo de fuentes académicas que documentan las prácticas de justicia indígena en Ecuador y sistemas rituales terapéuticos en contextos culturales diversos. La metodología empleada busca articular perspectivas desde la antropología de la salud y la psicología comunitaria para interpretar la justicia indígena como sistema terapéutico integral.

Criterios de selección y análisis de fuentes

La selección de fuentes bibliográficas siguió los siguientes criterios:

Fuentes primarias: Las fuentes primarias comprenden estudios etnográficos, sociojurídicos y

doctrinales sobre la justicia indígena kichwa del Ecuador, publicados entre 2000 y 2024. Entre ellos destacan:

- García (2002), cuya etnografía constituye un referente clásico sobre los procedimientos y significados simbólicos de la justicia indígena kichwa-andina, basada en observación participante y análisis cultural.
- Brandt y Franco (2006), autores de un estudio empírico sobre los cambios en la justicia comunitaria y los factores de influencia, incluido en el volumen editado por Hans-Jürgen Brandt (Ed.) bajo el mismo título. Este trabajo combina análisis de campo y reflexión sociojurídica sobre la articulación entre justicia indígena y estatal.
- Llasag (2012) y Ávila (2013), que desarrollan aproximaciones jurídicas y constitucionales al reconocimiento del pluralismo jurídico en Ecuador.
- Pérez (2015), cuya obra doctrinal y política (publicada por ECUARUNARI y CONAIE) ofrece una reflexión desde el movimiento indígena sobre la legitimidad y vigencia del derecho propio.

Estas fuentes, complementarias en su enfoque empírico, normativo y comunitario, constituyen la base para la interpretación interdisciplinaria propuesta en este estudio.

Fuentes secundarias: Estudios comparativos sobre rituales y salud mental en contextos indígenas globales (2020-2025), incluyendo investigaciones de Xygalatas (2023), Prickett (2022), Adhikary (2024), y diversos autores que documentan prácticas rituales terapéuticas en Asia, África y América Latina.

Fuentes teóricas: Literatura fundamental sobre psicología comunitaria latinoamericana (Montero, 2004), antropología de la salud (Sánchez-Parga, 2009) y epistemologías del Sur (Santos, 2012).

Proceso de análisis

El análisis se estructuró en tres fases:

1. Identificación de patrones: Análisis temático de las descripciones etnográficas sobre procesos de justicia indígena, identificando elementos rituales recurrentes y sus funciones manifiestas y latentes.
2. Comparación intercultural: Cotejo con estudios sobre rituales terapéuticos en otros contextos culturales, identificando convergencias y especificidades del caso ecuatoriano.
3. Interpretación teórica: Articulación de los hallazgos con marcos conceptuales de la psicología comunitaria y la antropología médica, generando una comprensión integrada del fenómeno.

Limitaciones metodológicas

Es importante reconocer que este estudio, al basarse en fuentes secundarias, presenta limitaciones esenciales: no cuenta con observación directa de los procesos descritos, depende de las

interpretaciones de otros investigadores, y puede presentar sesgos en la selección e interpretación de fuentes. Estas limitaciones subrayan la necesidad de futuras investigaciones etnográficas directas que profundicen y validen los hallazgos aquí presentados.

Alcance y naturaleza del estudio

Es fundamental poner énfasis en la naturaleza de este trabajo para evitar expectativas inadecuadas sobre sus hallazgos. Este no es un estudio empírico sobre los efectos psicológicos reales de la justicia indígena en individuos o comunidades concretas. Ese tipo de investigación requeriría:

- Observación participante directa de procesos de justicia indígena.
- Entrevistas a profundidad con víctimas, infractores, autoridades y comunidad.
- Evaluaciones psicológicas antes, durante y después de los procesos (usando indicadores culturalmente pertinentes).
- Seguimiento longitudinal de casos específicos.
- Análisis de experiencias negativas, fracasos y efectos adversos.

Este estudio no cuenta con esos datos. Su contribución es diferente pero igualmente válida: propone un marco teórico-interpretativo que articula conceptos de la antropología de la salud y la psicología comunitaria para identificar las dimensiones potencialmente terapéuticas de los rituales de justicia indígena kichwa-andina, tal como han sido documentados en la literatura etnográfica existente.

La pregunta de investigación no es “¿qué efectos terapéuticos produce la justicia indígena?” (pregunta empírica), sino “¿cómo podemos conceptualizar las dimensiones terapéuticas de la justicia indígena desde un marco interdisciplinario?” (pregunta teórica). Los “hallazgos” de este estudio son, por tanto, conceptuales: identificación de mecanismos potenciales, propuesta de categorías analíticas, y generación de hipótesis que orientan futuras investigaciones empíricas.

Marco teórico: Convergencias entre antropología de la salud y psicología comunitaria

La comunidad como eje curativo

La psicología comunitaria latinoamericana ha desarrollado una comprensión de la comunidad que es muy cercana lo indígena. Montero (2004) define la comunidad como un grupo en constante transformación y evolución que en su interrelación genera un sentido de pertenencia e identidad social. Esta definición tiene relación directa con el concepto andino de ayllu, que representa no solo un grupo social sino una red de relaciones que incluye a los vivos, los muertos y el territorio.

En el contexto de la justicia indígena, la comunidad actúa como el principal eje curativo. Los procesos de sanación no se conciben como intervenciones individuales sino como restauración del equilibrio comunitario. Esta perspectiva se alinea con hallazgos contemporáneos sobre la importancia del apoyo social y la pertenencia comunitaria para la salud mental, pero va más allá al considerar la comunidad no solo como contexto sino como sujeto activo del proceso de consecución del bienestar.

Ontología relacional y concepciones de salud

En la cosmovisión andina, el ser humano no está solo: es como un hilo dentro del tejido. No hay individuo separado, hay red. Sánchez-Parga (2009) señala que en esta perspectiva el cuerpo individual no es objetivable, se percibe como parte de un cuerpo social más amplio. Esta concepción tiene implicaciones profundas para entender la salud y la enfermedad.

Desde esta ontología, los conflictos y transgresiones no son meramente infracciones legales sino rupturas en el tejido social que afectan el bienestar colectivo. La enfermedad, el malestar y el conflicto se entienden como manifestaciones de desequilibrio relacional que requieren intervenciones que restauren la armonía no solo del individuo sino de toda la red social.

Rituales como tecnologías de sanación

Los rituales son tecnologías sociales sofisticadas que gestionan el malestar y promueven el bienestar. Xygalatas (2023) los describe como tecnologías mentales útiles que resuelven problemas comunitarios abordando necesidades compartidas y promoviendo la acción colectiva. En el contexto de la justicia indígena, los rituales jurídicos funcionan simultáneamente como mecanismos de control social, procesos de resolución de conflictos e intervenciones terapéuticas.

La eficacia terapéutica de estos rituales se sustenta en múltiples mecanismos: proporcionan estructura y predictibilidad en momentos de crisis, facilitan la expresión emocional controlada, movilizan el apoyo social, reafirman la identidad cultural y los valores comunitarios, y ofrecen un marco simbólico para la transformación personal y social.

Métodos antropológicos en la psicología comunitaria: Puentes disciplinarios

La relación metodológica entre antropología y psicología comunitaria se manifiesta tanto en el plano teórico como metodológico. Por ejemplo, Trickett (2011) conceptualiza la intervención comunitaria como un encuentro intercultural entre la cultura científica de investigadores y profesionales, y la cultura de la comunidad donde se implementa la intervención. A través de dos casos históricos de proyectos fracasados —separados por cincuenta años— el autor ilustra que comprender profundamente las normas culturales y cosmovisiones locales es crucial para el éxito de las intervenciones. Trickett concluye planteando la necesidad de tomar la cultura en serio en la praxis comunitaria, privilegiando la colaboración genuina con la comunidad y promoviendo el conocimiento local por encima de la búsqueda de cambios impuestos desde marcos externos.

Case, Todd y Kral (2014), por su lado, consideran a la etnografía como una herramienta valiosa para la psicología comunitaria. Los autores argumentan que la etnografía permite captar el contexto, la cultura, la diversidad y el proceso con profundidad. Con esas características se alinea con los valores comunitarios de entender las realidades locales en sus propios términos. Señalan que la etnografía ha cruzado a múltiples disciplinas desde la antropología y que, incluso, muchos psicólogos comunitarios se están convirtiendo en etnógrafos comunitarios, ya que este método permite una comprensión histórica y contextual de las comunidades. El artículo analiza cómo la etnografía hace de puente entre lo universal con lo particular, documentando procesos comunitarios in situ y revelando dinámicas

que otros métodos podrían pasar por alto. La psicología comunitaria, entonces, se nutre de métodos antropológicos como observación participante, diario de campo e historias de vida para diseñar intervenciones con más información cultural.

A decir de Wiesenfeld (2014) la psicología social comunitaria latinoamericana ha integrado enfoques antropológicos en teoría, método e intervención. Ella destaca que en América Latina esta disciplina surgió con un compromiso doble: académico y social, orientado a la liberación de sectores oprimidos mediante la participación activa de la comunidad y la búsqueda del cambio social. Se trabaja sobre la participación y autogestión comunitaria como vía principal para abordar problemáticas sociales, así como la integración de saberes científicos y del sentido común, es decir, el conocimiento local. Entonces se puede decir que con la metodología y la teoría de la antropología se valora la cultura propia de la comunidad y se vincula la teoría con la práctica en el campo, respetando las construcciones culturales del bienestar y la salud colectiva.

Por su parte Ciofalo et al. (2021) en su investigación de lo indígena desde la psicología comunitaria, establecen un diálogo con la antropología cultural y los estudios decoloniales. Plantean que una psicología comunitaria decolonial debe incorporar las cosmologías y epistemologías indígenas, rompiendo con visiones occidentales hegemónicas. Introducen el concepto de diversidad en contraposición a universalidad, para referirse a una pluralidad de saberes y prácticas que coexisten sin jerarquías coloniales. Utilizan metodologías participativas radicales donde psicólogos y comunidades se involucran en praxis colaborativas de acompañamiento más que intervención unilateral. El texto conecta con la antropología al resaltar la importancia de conceptos como las cosmovisiones locales y la necesidad de reconocer ontologías otras en la construcción del bienestar comunitario. También critica la máquina hegemónica colonial, llamando a los profesionales a descolonizar sus propias perspectivas y a practicar una solidaridad decolonial. En suma, este aporte teórico-metodológico subraya la intersección entre psicología comunitaria y antropología al descentrar el conocimiento eurocéntrico y promover intervenciones culturalmente situadas, dialógicas y emancipadoras.

Los rituales de justicia indígena como sistema terapéutico

Estructura y secuencia del proceso ritual

El proceso de justicia indígena en las comunidades kichwa sigue una secuencia ritual elaborada que García (2002) ha documentado detalladamente:

Willachina (aviso/comunicación): Este primer momento constituye el reconocimiento público del conflicto. La comunicación formal a las autoridades comunitarias marca el inicio de un proceso que trasciende lo individual para convertirse en asunto comunitario. Este acto tiene una función terapéutica inicial al validar la experiencia de la víctima y movilizar el apoyo social.

Tapuykuna (investigación dialógica): La investigación no sigue un modelo inquisitorial sino dialógico. Las autoridades comunitarias, junto con los ancianos y otros miembros respetados, conducen conversaciones con todas las partes involucradas. Este proceso permite la reconstrucción colectiva de los hechos, pero también facilita la expresión de emociones y perspectivas múltiples.

Chimbapurana (confrontación/careo): En asamblea comunitaria, víctima y agresor se confrontan públicamente. Este momento, potencialmente conflictivo, es cuidadosamente manejado por las autoridades para permitir la expresión emocional mientras se mantiene el control social. La presencia

de toda la comunidad como testigo amplifica el impacto psicológico del proceso.

Killpichirina (deliberación): La comunidad delibera colectivamente sobre la sanción apropiada. Este proceso participativo refuerza el sentido de agencia colectiva y corresponsabilidad en el mantenimiento del orden social.

Paktachina (ejecución de sanciones): Las sanciones, que pueden incluir baños con agua fría, ortigamiento o azotes, tienen múltiples dimensiones simbólicas. El agua fría enfría las emociones alteradas, la ortiga despierta la consciencia, y el látigo marca simbólicamente el castigo, pero también la purificación. Hay que señalar que estas prácticas varían significativamente entre comunidades.

Kunana (consejo): Los consejos de los mayores no son simplemente moralizantes, sino que ofrecen orientación práctica y apoyo emocional. Este momento marca el inicio del proceso de reintegración.

Upallana (Reconciliación): La reconciliación formal entre las partes, a menudo acompañada de compromisos mutuos y rituales de perdón, cierra el ciclo conflictivo y abre la posibilidad de restauración relacional.

Mecanismos curativos identificados

El análisis comparativo revela múltiples mecanismos a través de los cuales estos rituales producen efectos curativos:

Catarsis emocional controlada: Los espacios ritualizados permiten la expresión intensa de emociones (dolor, rabia, vergüenza) dentro de un marco contenedor que previene la escalada violenta.

Reafirmación de vínculos sociales: La participación comunitaria en el proceso refuerza los lazos sociales y el sentido de pertenencia, factores protectores clave para la salud mental.

Resignificación narrativa: El proceso permite la reconstrucción colectiva de la narrativa del conflicto, facilitando nuevas comprensiones que posibilitan la superación del trauma.

Restauración del equilibrio: Las sanciones y rituales de purificación simbolizan y facilitan el retorno al equilibrio individual y colectivo.

Prevención y aprendizaje social: El carácter público del proceso tiene efectos preventivos y educativos para toda la comunidad.

Tensiones críticas en la justicia indígena kichwa-andina

La idealización acrítica de estos sistemas constituye una forma de violencia epistémica (Santos, 2012; Grijalva, 2012), ya que proyecta una mirada exotizante que concibe al “otro indígena” como un sujeto de pureza ancestral, negando su historicidad y dinámica interna. Como señala Brandt (2006) y profundiza Pequeño (2009), esta visión romántica de lo comunitario “la creencia de que lo ‘ancestral’ es inherentemente justo” oculta la realidad de las disputas de poder, las jerarquías y las desigualdades de género que también estructuran la vida communal. Al presentar estas formas de justicia como espacios homogéneos y armónicos, se borran precisamente los conflictos que las caracterizan y transforman.

Violencia física y proporcionalidad: Las sanciones físicas (ortigamiento, baños con agua fría, azotes) son objeto de controversia legítima. Algunos testimonios citados por Ávila (2013) indican preferencia

por estas sanciones sobre la cárcel. Es importante preguntarse, sin embargo, bajo qué condiciones, con qué límites y según quién resultan proporcionales y efectivas. Las propias comunidades deben debatir estos temas.

Desigualdades de género: La intersección entre justicia indígena kichwa-andina y relaciones de género presenta una complejidad irreducible a fórmulas simplificadoras. La evidencia empírica muestra dinámicas contradictorias que requieren análisis situados y sensibles al contexto específico de cada comunidad. Por un lado, existen casos documentados donde mujeres indígenas han movilizado estratégicamente los sistemas de justicia comunitaria para defender derechos vulnerados, particularmente en situaciones de violencia intrafamiliar donde la justicia ordinaria resultó ineficaz, inaccesible o revictimizante (Pequeño, 2009).

Por otro lado, como ejemplo, la investigación de Jara (2022) sobre el pueblo Saraguro señala que, si bien las mujeres han participado históricamente en la justicia indígena, estructuras patriarcales persisten y se manifiestan en una subrepresentación femenina en cargos de autoridad decisoria dentro de las organizaciones comunitarias. Su estudio evidencia que hay un acceso desigual a posiciones de poder. Asimismo, se identifica un tratamiento diferenciado de los conflictos, donde las mujeres suelen involucrarse más en casos de ámbito familiar y comunitario cercano, mientras que los hombres tienden a tratar asuntos que trascienden a la comunidad o son de mayor envergadura.

Coerción y autonomía individual: El carácter comunitario de estos sistemas plantea preguntas legítimas sobre la autonomía individual. La presión social para participar en procesos de justicia comunitaria, aceptar sanciones o reconciliarse puede ser intensa. ¿Dónde termina la cohesión social y comienza la coerción? ¿Qué espacios existen para el disenso individual?

Transformaciones y pérdida de cohesión: La migración, la urbanización, la economía de mercado y la influencia de discursos externos, derechos humanos, pentecostalismo, educación formal) están transformando aceleradamente las bases sociales que sostienen la justicia indígena. En algunas comunidades, la autoridad de los ancianos se debilita, los jóvenes cuestionan prácticas tradicionales, y la cohesión comunitaria necesaria para que estos sistemas funcionen se fragmenta. La justicia indígena no existe en un estado atemporal: está en permanente tensión y transformación.

Casos problemáticos y fracasos: Existen casos donde los procesos de justicia indígena no logran la reconciliación, donde las víctimas quedan insatisfechas, donde los infractores reinciden, o donde los conflictos escalan en lugar de resolverse. La literatura tiende a documentar casos exitosos, creando un sesgo de publicación. Un análisis equilibrado debe preguntarse: ¿cuándo falla la justicia indígena y por qué?

Reconocer estos problemas no es “colonialismo”. Es, por el contrario, tratar a los sistemas indígenas con la misma seriedad crítica con que tratamos cualquier sistema jurídico. El verdadero respeto no está en la idealización sino en el reconocimiento de la complejidad.

Análisis comparativo con otros sistemas

Limitaciones del análisis comparativo intercultural

El análisis comparativo con rituales de otras culturas (rituales funerarios hindúes, cantos perinatales en Gambia, etc.) debe abordarse con cautela metodológica. Comparar rituales jurídicos kichwa-

andinos con rituales funerarios hindúes (Adhikary, 2024) puede generar *insights* sobre la naturaleza general de los rituales como tecnologías sociales, pero corre el riesgo de producir generalidades abstractas que pierden las especificidades culturales que dan sentido a cada práctica.

¿Qué se está comparando exactamente? Si se comparan estructuras formales (secuencias, símbolos, roles), el ejercicio puede ser útil para identificar patrones transculturales. Si se comparan funciones sociales (cohesión, transmisión de valores), se encuentra que rituales muy diferentes pueden cumplir funciones similares. Pero si se pretende comparar significados, estos son irreductiblemente culturales: el agua fría en un ritual kichwa-andino no “significa” lo mismo que el agua en un ritual hindú, aunque ambos usen agua como elemento purificador.

Mi uso de estudios comparativos en este artículo busca ilustrar que los rituales comunitarios, en contextos culturales diversos, pueden tener efectos psicosociales positivos documentados (como muestran Xygalatas, Prickett, y otros). Esto legitima la hipótesis de que los rituales de justicia kichwa-andina podrían tener efectos similares. Pero esta es una hipótesis por analogía, no una demostración. La especificidad del caso kichwa-andino solo puede comprenderse mediante investigación etnográfica situada, no mediante comparaciones transculturales amplias.

Contraste con el sistema penitenciario occidental

El contraste entre la justicia indígena y el sistema penitenciario occidental revela diferencias fundamentales en sus lógicas operativas y efectos psicosociales. Mientras el sistema carcelario opera mediante la exclusión y el aislamiento, produciendo frecuentemente efectos iatrogénicos como la institucionalización y la ruptura de vínculos sociales, la justicia indígena busca la reintegración manteniendo al infractor dentro de su red social.

Ávila (2013) documenta testimonios reveladores de personas que han experimentado ambos sistemas. Los entrevistados señalan consistentemente que, aunque las sanciones físicas de la justicia indígena pueden ser dolorosas, el dolor físico se olvida, mientras que la cárcel corta las alas produciendo daños psicológicos duraderos. Esta diferencia no es meramente cuantitativa sino cualitativa: mientras la cárcel estigmatiza y excluye, la justicia indígena sanciona, pero reintegra.

Convergencias con la justicia restaurativa contemporánea

Las prácticas de justicia indígena presentan notables convergencias con los modelos contemporáneos de justicia restaurativa, aunque con particularidades culturales significativas. Ambos sistemas priorizan la reparación del daño sobre el castigo, involucran a la comunidad en el proceso de resolución, y buscan la reintegración del infractor. Sin embargo, la justicia indígena va más allá al incorporar dimensiones espirituales y cósmicas ausentes en los modelos occidentales de justicia restaurativa.

Distinguiendo conceptos: restaurativo, terapéutico, equilibrio y salud mental

El análisis de la justicia indígena kichwa-andina requiere precisión conceptual. Es común en la

literatura interdisciplinaria fusionar conceptos de tradiciones teóricas diferentes, perdiendo matices cruciales. Aquí distingo cuatro conceptos que, aunque relacionados, no son intercambiables:

Justicia restaurativa: Se refiere a procesos que priorizan la reparación del daño causado a las relaciones sociales sobre el castigo del infractor. El foco está en restaurar lazos comunitarios, reparar a la víctima, y reintegrar al infractor. Los resultados medibles incluyen: reconciliación entre partes, compensación material o simbólica, y disminución de conflictos posteriores. La justicia indígena kichwa-andina es claramente restaurativa en este sentido.

Justicia terapéutica: Concepto que proviene de la psicología jurídica y se refiere a intervenciones del sistema legal que intencionalmente buscan mejorar el bienestar psicológico y emocional de los individuos involucrados (víctimas, infractores, familias). Los resultados medibles incluyen: reducción de síntomas de trauma, mejora en indicadores de salud mental, desarrollo de habilidades de regulación emocional. Afirmar que la justicia indígena es terapéutica en este sentido requeriría evidencia sobre estados psicológicos individuales antes y después del proceso, evidencia que este estudio no posee.

Equilibrio relacional/cósmico (sumak kawsay): Concepto propio de la cosmovisión andina que se refiere a un estado de armonía entre la persona, la comunidad, los ancestros, la naturaleza y las fuerzas espirituales. No es reducible a bienestar psicológico individual ni a paz social. Es un concepto holístico que integra dimensiones materiales, sociales, espirituales y cósmicas. Los procesos de justicia indígena buscan explícitamente restaurar este equilibrio.

Salud mental comunitaria: Concepto de la psicología comunitaria que se refiere al bienestar psicológico colectivo de una comunidad, incluyendo factores como cohesión social, redes de apoyo, sentido de pertenencia, capacidad colectiva de afrontar crisis, y ausencia de patología social. Se mide mediante indicadores como tasas de violencia, adicciones, suicidio, conflictos crónicos, así como presencia de factores protectores.

¿Cómo se relacionan estos conceptos en el contexto de la justicia indígena kichwa-andina?

Mi hipótesis interpretativa es que los procesos de justicia indígena son primariamente restaurativos (esto está bien documentado etnográficamente), buscan explícitamente el equilibrio relacional/cósmico (esto es parte de su intencionalidad declarada), probablemente contribuyen a la salud mental comunitaria al fortalecer cohesión y redes de apoyo (esto es plausible pero requiere medición), y podrían tener efectos terapéuticos individuales (esto es especulativo y requiere investigación psicológica directa).

La confusión surge cuando asumimos que lo restaurativo automáticamente es terapéutico, o que el equilibrio cósmico equivale a salud mental. Un conflicto puede resolverse socialmente (restauración) sin que el trauma psicológico individual sane (falta de efecto terapéutico). Inversamente, una persona puede sanar emocionalmente (efecto terapéutico) sin que la comunidad restaure su armonía (falta de restauración social).

Este marco teórico propone que la justicia indígena kichwa-andina opera en múltiples niveles simultáneamente, pero la evidencia disponible no permite afirmar con certeza la eficacia en todos ellos. La literatura etnográfica documenta bien las funciones restaurativas y la búsqueda del equilibrio;

la función terapéutica individual permanece como hipótesis por verificar.

Desafíos contemporáneos y consideraciones críticas

Tensiones y transformaciones

La justicia indígena enfrenta múltiples desafíos en el contexto contemporáneo. Las nuevas generaciones, influenciadas por discursos de derechos humanos y modernidad, cuestionan algunos aspectos de las prácticas tradicionales, particularmente las sanciones físicas. Estas tensiones generan debates internos sobre la necesidad de adaptar las prácticas manteniendo su esencia restaurativa.

Además, la migración, la urbanización y la penetración de lógicas mercantiles en las comunidades afectan a las bases sociales que sostienen a estos sistemas. La eficacia de la justicia indígena depende de la cohesión comunitaria y el reconocimiento de la autoridad tradicional, elementos que se debilitan con los procesos de cambio social acelerado.

Consideraciones sobre derechos y límites

Es crucial reconocer que la justicia indígena, como todo sistema humano, tiene limitaciones y puede generar situaciones problemáticas. Existen preocupaciones legítimas sobre la proporcionalidad de algunas sanciones, la protección de grupos vulnerables dentro de las comunidades, y la necesidad de garantizar derechos fundamentales. El desafío está en abordar estas preocupaciones sin caer en posturas coloniales que descalifican estos sistemas en su totalidad.

Género y justicia indígena

Un área que requiere análisis crítico es la dimensión de género en la justicia indígena. Mientras algunos estudios sugieren que estos sistemas pueden reproducir desigualdades de género, otros documentan cómo las mujeres indígenas han utilizado estratégicamente tanto la justicia indígena como la ordinaria para defender sus derechos. Esta complejidad requiere análisis situados que eviten generalizaciones simplistas.

Implicaciones para las políticas públicas y la salud mental comunitaria

Hacia modelos interculturales de salud mental

Los hallazgos de este análisis sugieren la necesidad de desarrollar modelos de salud mental que integren las fortalezas de los sistemas tradicionales con los aportes de la psicología y psiquiatría contemporáneas. Esto implica superar tanto el rechazo etnocéntrico de las prácticas tradicionales como su idealización acrítica, construyendo puentes dialógicos entre sistemas de conocimiento.

Un modelo intercultural de salud mental debería reconocer la validez de las concepciones relacionales de la salud, valorar el papel terapéutico de los rituales comunitarios, incorporar a los sanadores tradicionales como actores legítimos del sistema de salud, y desarrollar protocolos de articulación entre sistemas que respeten las especificidades culturales.

Lecciones para la intervención psicosocial

La justicia indígena ofrece varias lecciones valiosas para el diseño de intervenciones psicosociales: la importancia de abordar los problemas en su contexto social más que individualmente, el valor terapéutico de los rituales y la dimensión simbólica, la necesidad de movilizar recursos comunitarios en los procesos de sanación, y la relevancia de integrar dimensiones culturales y espirituales en las intervenciones.

Recomendaciones para la investigación futura

Este estudio, basado en revisión bibliográfica, señala la necesidad urgente de investigaciones que incluyan:

- Estudios etnográficos longitudinales que documenten los procesos de justicia indígena y sus efectos a largo plazo.
- Investigaciones participativas que involucren a las comunidades en la definición de indicadores de bienestar culturalmente pertinentes.
- Análisis comparativos entre diferentes pueblos indígenas para identificar principios comunes y variaciones culturales.
- Estudios sobre las experiencias de mujeres, jóvenes y otros grupos específicos con estos sistemas.
- Evaluaciones de experiencias de articulación entre justicia indígena y sistema de salud oficial.

Conclusiones

El análisis de la justicia indígena ecuatoriana desde la convergencia entre antropología de la salud y psicología comunitaria revela un sistema sofisticado de intervención psicosocial que integra dimensiones jurídicas, terapéuticas y espirituales. Los rituales de justicia no constituyen vestigios arcaicos sino tecnologías sociales vigentes que abordan integralmente los conflictos y sus efectos en el bienestar individual y colectivo.

Este sistema ofrece aportes significativos para repensar los modelos de salud mental comunitaria: demuestra la importancia de abordar los problemas desde una perspectiva relacional y contextual, ilustra el valor terapéutico de los rituales y la participación comunitaria, evidencia las ventajas de la reintegración sobre la exclusión como respuesta al conflicto, y subraya la necesidad de intervenciones culturalmente situadas que respeten y potencien los recursos comunitarios existentes.

Este análisis ha propuesto un marco teórico-interpretativo para comprender las dimensiones potencialmente terapéuticas de la justicia indígena kichwa-andina, articulando perspectivas de la antropología de la salud y la psicología comunitaria. La principal contribución de este trabajo no está en demostrar efectos terapéuticos concretos (lo cual requeriría investigación empírica directa que este estudio no realizó), sino en ofrecer herramientas conceptuales que permitan formular preguntas más precisas, generar hipótesis verificables, y diseñar futuras investigaciones etnográficas con metodologías apropiadas.

Los conceptos propuestos (la distinción entre funciones restaurativas y terapéuticas, la articulación entre equilibrio relacional y salud mental comunitaria, la identificación de mecanismos rituales potencialmente sanadores) constituyen un punto de partida, no un punto de llegada. La validez de este marco interpretativo dependerá de su capacidad para orientar investigaciones empíricas que documenten, con rigor etnográfico y sensibilidad cultural, qué produce realmente la justicia indígena kichwa-andina en términos de bienestar individual y colectivo. Esto incluye documentar no solo los casos exitosos sino también los fracasos, las contradicciones y los efectos adversos.

He argumentado que la justicia indígena kichwa-andina, tal como ha sido descrita en la literatura etnográfica, presenta características que la acercan a un sistema restaurativo con posibles dimensiones terapéuticas comunitarias. Sin embargo, este trabajo ha también subrayado la necesidad de evitar idealizaciones: como todo sistema humano, la justicia indígena tiene limitaciones, reproduce desigualdades, enfrenta tensiones internas, y está en permanente transformación bajo presiones múltiples. El respeto genuino a estos sistemas exige someterlos al mismo escrutinio crítico que aplicamos a cualquier institución jurídica o terapéutica, sin caer en juicios etnocéntricos, pero también sin renunciar al análisis riguroso.

Finalmente, este estudio confirma que la comprensión profunda de sistemas de justicia y salud en contextos plurinacionales requiere diálogo interdisciplinario genuino. La antropología aporta la sensibilidad cultural, la etnografía y el análisis de cosmovisiones; la psicología comunitaria contribuye con marcos sobre bienestar colectivo, intervención psicosocial y salud mental; ambas disciplinas pueden nutrirse mutuamente. Pero ese diálogo debe construirse sobre evidencia empírica rigurosa, no sobre especulaciones bien intencionadas. El siguiente paso esencial es llevar este marco teórico al campo: observar procesos reales, escuchar voces múltiples, medir impactos diversos, y construir conocimiento situado que genuinamente sirva a las comunidades indígenas en su autonomía y en sus derechos colectivos.

Referencias

- Adhikary, R. P. (2024). El garuda purana y los rituales funerarios hindúes. *Journal of Religious Studies*, 45(3), 234-251.
- Ávila, R. (2013). *La prisión como problema global y la justicia indígena como alternativa local: Estudio de caso*. Universidad Andina Simón Bolívar.
- Brandt, H.-J. (ed.). (2013). *Cambios en la justicia comunitaria y factores de influencia*. Instituto de Defensa Legal.
- Case, A. D., Todd, N. R., & Kral, M. J. (2014). Ethnography in community psychology: Promises and tensions. *American Journal of Community Psychology*, 54(1-2), 60-71. <https://doi.org/10.1007/s10464-014-9648-0>
- Ciofalo, N., Fernández, J. S., Schietekat, R. N., Ahmed, S., & Chávez, M. L. (2021). Making the road caminando de otra manera: Co-constructing decolonial community psychology. En G. Nelson y I. Prilleltensky (Eds.), *Community psychology: In pursuit of liberation and well-being* (3.^a ed., pp. 489-511). Bloomsbury Academic.
- García, F. (2002). *Formas indígenas de administrar justicia*. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales Ecuador (FLACSO).

Grijalva, A. (2012). Del presente se inventa el futuro: justicias indígenas y Estado en Ecuador. En B. de DOSSIER

- Sousa Santos y A. Grijalva (eds.), *Justicia Indígena, Plurinacionalidad e Interculturalidad en Ecuador* (pp. 51-77). Abya-Yala.
- Jara, C. (2022). *La mujer kichwa saraguro en el ejercicio de la justicia indígena*. Universidad Andina Simón Bolívar.
- Llasag, R. (2012). Justicia indígena ¿delito o construcción de la plurinacionalidad? En B. de S. Santos y A. Grijalva (eds.), *Justicia Indígena, Plurinacionalidad e Interculturalidad en Ecuador* (pp. 321-372). Abya-Yala.
- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria*. Paidós.
- Pequeño, A. (2009). Violencia de género y mecanismos de resolución comunitaria en comunidades indígenas de la sierra ecuatoriana. En M. Lang & A. Kucia (comps.), *Mujeres indígenas y justicia ancestral* (pp. 65-98). UNIFEM.
- Pérez, C. (2015). *Justicia indígena*. Universidad de Cuenca/ Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador CONAIE.
- Prickett, P. J. (2022). If no one grieves, no one will remember: Cultural palimpsests and the creation of social ties through rituals. *Current Anthropology*, 63(2), 178-195.
- Sánchez-Parga, J. (2009). *Qué significa ser indígena para el indígena*. Abya-Yala.
- Santos, B. de S. (2012). Cuando los excluidos tienen derecho: justicia indígena, plurinacionalidad e interculturalidad. En B. de S. Santos y A. Grijalva (eds.), *Justicia Indígena: Plurinacionalidad e Interculturalidad en Ecuador* (pp. 13-50). Abya-Yala.
- Trickett, E. J. (2011). From "water boiling in a Peruvian town" to "letting them die": Culture, community intervention, and the metabolic balance between patience and zeal. *American Journal of Community Psychology*, 47(1-2), 58-68. <https://doi.org/10.1007/s10464-010-9369-y>
- Wiesenfeld, E. (2014). La psicología social comunitaria en América Latina: ¿Consolidación o crisis? *Psicoperspectivas*, 13(2), 6-18.
- Xygalatas, D. (2023). Culture, cognition, and ritual. *Annual Review of Psychology*, 74, 409-432.

Las mujeres curadoras de la provincia de Imbabura

The Women Healers of Imbabura Province

Alfonsina Andrade Ortega¹  

¹Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Ibarra - ECUADOR

DOI: <https://doi.org/10.26807/raci.V31.2025.373> | Páginas: 133-145

Fecha de envío: 28-10-2025 | Fecha de aceptación: 03-11-2025 | Fecha de publicación: 31-12-2025

Resumen

Este estudio analiza el papel fundamental de las mujeres curadoras en la preservación y transmisión de conocimientos de medicina tradicional en la provincia de Imbabura, Ecuador. A través de un enfoque etnográfico cualitativo, se examinan las trayectorias de vida y prácticas terapéuticas de tres mujeres representativas. La investigación revela un sistema médico tradicional complejo y jerarquizado que distingue entre yachaks, curanderas y hierbateras, cada una con especializaciones y métodos específicos. El análisis demuestra cómo estos conocimientos se transmiten principalmente a través de linajes femeninos y redes de solidaridad entre mujeres, incorporando elementos sincréticos que combinan saberes ancestrales andinos con prácticas católicas coloniales. Los hallazgos evidencian una sofisticada taxonomía de enfermedades que clasifica los males en “de Dios”, “del campo” y “de la calle”, cada uno con etiologías y tratamientos diferenciados. El estudio también documenta los desafíos contemporáneos que enfrentan estas prácticas, incluyendo la erosión cultural y la disminución de practicantes, así como su persistente relevancia en contextos urbanos y entre poblaciones de diversos estratos socioeconómicos. Se concluye que las mujeres curadoras constituyen un patrimonio vivo de conocimientos que trasciende lo puramente médico, funcionando como repositorios de sabiduría cultural y redes de contención social. La investigación aporta a la comprensión de los sistemas de medicina tradicional andina desde una perspectiva de género, destacando la necesidad de reconocimiento y valoración de estos saberes para el desarrollo de modelos de salud más integrales e interculturales.

Palabras clave: medicina tradicional, mujeres curadoras, yachaks, etnomedicina, Imbabura, conocimientos ancestrales, género, interculturalidad.

Abstract

This study analyzes the fundamental role of female healers in the preservation and transmission of traditional medicine knowledge in the province of Imbabura, Ecuador. Through a qualitative ethnographic approach, the life trajectories and therapeutic practices of three representative women are examined. The research reveals a complex and hierarchical traditional medical system that distinguishes between yachaks, healers, and herbalists, each with specific specializations and methods. The analysis demonstrates how this knowledge is transmitted primarily through female

lineages and networks of solidarity among women, incorporating syncretic elements that combine ancestral Andean knowledge with colonial Catholic practices. The findings evidence a sophisticated taxonomy of diseases that classifies ailments as “of God,” “of the countryside,” and “of the street,” each with differentiated etiologies and treatments. The study also documents the contemporary challenges these practices face, including cultural erosion and the decline of practitioners, as well as their persistent relevance in urban contexts and among populations of diverse socioeconomic strata. It concludes that female healers constitute a living heritage of knowledge that transcends the purely medical, functioning as repositories of cultural wisdom and networks of social support. The research contributes to understanding Andean traditional medicine systems from a gender perspective, highlighting the need for recognition and valorization of this knowledge for developing more integral and intercultural health models.

Keywords: traditional medicine, female healers, yachaks, ethnomedicine, Imbabura, ancestral knowledge, gender, interculturality.

Introducción

En diversas sociedades alrededor del mundo, pese a los grandes beneficios de la “medicina científica formal”, las medicinas tradicionales son cada día más utilizadas. La medicina tradicional no es exclusiva de unas pocas sociedades “exóticas”, indígenas o campesinas, sino que “comprende desde sistemas tan complejos como el ayurveda y la acupuntura china hasta los sencillos remedios caseros de la sociedad occidental” (Andrade, 2024, p. 4). Son las mujeres quienes ocupan un papel preponderante en la práctica, resguardo y transmisión de la medicina tradicional.

Las prácticas desarrolladas por las mujeres incluyen, entre otras, el uso de plantas y hierbas medicinales (sagradas o mágicas), la atención del embarazo, parto y cuidados de la madre y el niño, así como la realización de diversos rituales de sanación para enfermedades de Dios, del campo, de la calle e incluso los “males de amor”. Estas mujeres desempeñan múltiples funciones como yachaks, curanderas, parteras y yerbateras en contextos sociales y ecológicos cada vez más complejos. A pesar de ello, muchas veces este conocimiento ha sido invisibilizado o subvalorado, especialmente por el predominio de una visión androcéntrica del saber médico, tanto tradicional como científico.

El presente artículo tiene como objetivo analizar el papel de las mujeres curadoras y su relevancia como agentes activas en la reproducción de conocimiento, redes de cuidado y prácticas rituales en la provincia de Imbabura. Más que la reivindicación de los conocimientos tradicionales femeninos, lo que se busca es contribuir a una comprensión integral de las prácticas curativas tradicionales, reconociendo que este conocimiento no es estático ni uniforme, sino profundamente situado, relacional y sostenido, en gran medida, por la experiencia y sabiduría de las mujeres.

Mama Dulu

Mama Dulu (Dolores) es yachak¹ y vive en una de las comunidades cayampis del cantón Otavalo. Es kichwa hablante, tiene alrededor de 90 años y, aunque por su edad se le dificulta la movilidad,

¹ En algunos lugares se utilizan los términos yachak y chamán como sinónimos. Del kichwa yachana (saber), el que sabe, el que conoce, es un(a) sabio(a).

su mente se mantiene lúcida. Los yachaks son, como afirma Mircea Eliade (1969, p. 20), “aquellas personas dotadas de prestigio mágico-religioso reconocido dentro de su sociedad”. Estos realizan sus curaciones gracias a sus amplios conocimientos, aunque empíricos, del uso de plantas, símbolos y rituales. Así, Mama Dulu cuenta que nunca asistió a la escuela y todo lo que sabe lo aprendió de su abuela, quien era reconocida en su comunidad como partera, rezadora y hierbatera. Desde niña, Dolores acompañaba a su abuela a realizar las curaciones y esta, al ver que su nieta tenía las “señas” necesarias para transmitirle su poder, se lo entregó cuando llegó a la adolescencia.

“Me pidió que me frotara un huevo por todo el cuerpo y luego se lo entregara”.

Este huevo, luego de un pequeño ritual que incluyó varias oraciones, fue consumido por Dolores. Con esto, ella pudo adquirir poder, pero también continuar su aprendizaje. Con el paso del tiempo, Dios, a través de los sueños, le entregó más poderes, le enseñó la forma de utilizarlos y los rituales que debía desarrollar para curar diversas enfermedades. Los yachaks, como Dolores, “son ‘elegidos’ y tienen entrada a una zona de lo sagrado inaccesible para los demás miembros de la sociedad” (Eliade, 1969, p. 24). El terreno de lo sagrado combina, en la provincia de Imbabura, tanto los conocimientos ancestrales de su comunidad como oraciones, imágenes y rituales propios de la religión católica.

Desde el advenimiento de los españoles, algunos elementos originales han sido sustituidos por símbolos católicos, tales como las cruces y botellitas. Esto se explica debido a que, durante el largo período colonial, en el que la vida cultural estuvo bajo los Padres de la Iglesia, y la sociedad criolla tomó como modelo las sociedades feudales de Europa, la resistencia cultural indígena adoptó formas miméticas a fin de encubrir los ritos aborígenes con el ropaje de la liturgia católica para, de este modo, perpetuar sus ceremonias. (Rodríguez & Taxo, 1996, p. 18)

Para curar a sus pacientes, Mama Dulu se comunicaba con Dios, con los “urkus” y los espíritus de las plantas a través de los sueños. Así, gracias a sus sueños, curó a muchas personas no solo de su comunidad, sino también de otros lugares e incluso del extranjero. Al igual que otros yachaks, Dolores es “un(a) técnico(a) del éxtasis” (Eliade, 1969, p. 20), sin que estas experiencias extáticas signifiquen que pierda el control de su cuerpo o de sus actos. El éxtasis “es un estado emocional, no ordinario de conciencia, que proporciona un tipo especial de percepción a veces descrita como intuitiva” (Poveda, 1997, p. 29). A este éxtasis, los yachaks llegan de diferentes maneras: mediante el uso de plantas sagradas (ayahuasca, san pedro), sueños o visiones. Así, a esta yachak, los sueños le permitieron curar, por más de 20 años, enfermedades “físicas y espirituales, del alma y de la inteligencia”.

Indica que las enfermedades más difíciles de curar son las enfermedades espirituales que tienen su origen en un ataque realizado por los enemigos de una persona. Los ataques pueden darse de varias maneras: hay personas que tienen la “mirada tan fuerte” que pueden enfermar aquello que miran con ira o envidia; esto es conocido como “mal de ojo” y es una enfermedad de la calle, traída por los “*mishos*”². En otros casos, el enemigo de la persona acude a algún brujo malo llevando una foto, un mechón de cabello o la pisada de su víctima para que este le “haga el trabajo”³. En sus sueños, Dolores, podía observar el daño que le hicieron a la persona, dónde se encontraba enterrada

² Mestizos.

³ Ver Andrade (2011).

la pisada y era guiada por seres sagrados para determinar el tratamiento o la cura para ese mal.

Entre los elementos necesarios para las curaciones que realiza el yachak se encuentra la “mesa de curación”, pero, esta yachak, nos indica que desde hace varios años ya no la tiene y sus objetos “se fueron de allí”. En su mesa tenía imágenes de vírgenes y santos, agua de *pogyo*⁴, preparados en botellas, hierbas y unas “piedritas” que encontró en el páramo; todo ello tenía una función definida durante la realización de sus rituales. Esto coincide con lo indicado por Guamán Poma de Ayala (1993, p. 63) acerca de Mama Huaco, quien era una mujer hechicera, “primer enbentadora las dichas uacas, ydolos y hechecerias” (¿primer yachak?) que hacía hablar piedras, cerros y lagunas. Como se conoce, desde tiempos precolombinos, el agua, las piedras y las plantas son elementos que permiten la conexión de la persona con la Pachamama.

En la entrada de su casa aún conserva un pequeño huerto de plantas mágicas, las cuales se utilizan para hacer limpias e infusiones. También tiene unas pocas gallinas que dan huevos tanto para consumo personal como para curar el espanto a los niños y apoyar en el diagnóstico de algunas enfermedades. Aunque ya no “cura”, a veces su hija u otras personas le piden que les “regale” para hacer o recibir alguna curación. Aunque no cobra por estos objetos, siempre recibe a cambio algún “pago” como pan, azúcar u otros, pues la reciprocidad es importante para que las curaciones realizadas con estos sean efectivas. Nos comenta que cuando era joven, sus pacientes de la comunidad le pagaban sus servicios con productos agrícolas o animales y las personas de afuera, principalmente mestizos, le pagaban con dinero

La relación de esta yachak con las plantas, su cuidado y recolección está marcada por la ritualidad: las recolecta muy temprano en la mañana para que el sol no les dañe y la planta se ponga brava y no cure. Tampoco las arranca, sino que las corta con cuidado pidiendo permiso a sus espíritus protectores, ya que solo así la curación tendrá buenos resultados.

A diferencia de los yachaks hombres de su comunidad, Dolores también “les ayudaba a enfermar a las mujeres”, es decir, ejercía como partera. Cuenta que atendió a mujeres indígenas y mestizas que acudían a realizarse los controles con ella. Esta actividad la realizaba primero junto a su abuela y, luego de su fallecimiento, lo hacía sola o acompañada de su hija, quien también es partera y hasta el presente atiende a las mujeres en el período de embarazo, parto, posparto y atención al recién nacido. Sus primeras habilidades como partera también las adquirió de su abuela, pero con el paso del tiempo la experiencia adquirida y el intercambio con otras parteras de la comunidad le permitieron incrementar sus conocimientos.

Indica que muchas de sus pacientes fueron mujeres embarazadas que acudían a su consulta para que les hiciera los “controles”. Con solo tocar el vientre de la embarazada, Mama Dulu sabía si el niño estaba bien o venía de pie; en este último caso había que “mantear” a la madre. La manteadada es un procedimiento que consiste en hacer acostar a la mujer embarazada sobre una sábana o manta sostenida por los cuatro extremos por un grupo de mujeres. Una vez que la futura madre está acostada en la sábana, las mujeres mueven la sábana con fuerza para hacerla rodar sobre ella. Esta maniobra se realiza casi siempre en el octavo mes de embarazo y permite que el bebé se acomode correctamente en el vientre de la madre y pueda nacer sin complicaciones.

⁴ Ojo de agua.

Esta yachak dice que hay que evitar que las mujeres embarazadas vean cosas que puedan darles un susto muy fuerte pues se puede “perder el *guagua*” o adelantarse el parto. Por esto, en caso de que una mujer embarazada se haya “espantado”, se debe ir donde una partera con experiencia para que le cure el espanto. En estos casos, la partera no usa ninguna planta para curar el espanto, sino que lo hace utilizando harina de cebada, la misma que frotará con cuidado en el cuerpo de la madre mientras recita algunas oraciones para que le quite el susto. La madre deberá mantener la harina en su cuerpo sin bañarse por tres días y luego se bañará utilizando para esto agua de algún “pogyo”, cuidando que no esté muy fría para que no “chupe frío” ni ella ni el niño. En ocasiones, la partera sugiere a la mujer, que caliente el agua con leña, en una olla de barro.

Desde hace varios años, Mama Dulu nos dice que “ya no tiene auge”, no por su edad sino debido a la envidia de varias personas y también de brujos que, al ver que “cura bastante”, le hicieron daño para que pierda sus poderes, no pueda comunicarse con la divinidad y, por tanto, no pueda realizar sus curaciones. Sin embargo, muchas curadoras mujeres: parteras, curanderas o yerbateras aún acuden a ella para pedirle consejo y que les transmita sus conocimientos.

Se resalta la presencia de Mama Dulu en vista de que, hasta hace algunos años, cuando se hablaba de los yachaks se hacía referencia a una práctica mayoritariamente masculina; sin embargo, esto ha ido cambiando en varios lugares de la provincia y del país:

Las mujeres Yachak en Ilumán, o mujeres sabias, se han ido integrando en los últimos años al Consejo de sabios/as de la medicina ancestral. Son poseedoras de conocimientos ancestrales, habilidades en medicina tradicional y conexión con el mundo espiritual. Ser mujer Yachak va más allá de ser parteras, ya que hay que demostrar la capacidad para curar patologías que existen en la cosmovisión andina. Además, en algunas comunidades son guardianas de un sitio sagrado o waka y referentes en ritualidad, espiritualidad y sabiduría ancestral. Esta combinación de saberes, experiencias y responsabilidades es la que otorga la autoridad y la capacidad para ejercer el destino como Yachak. (Chakana News, 2023)

En otras palabras, las mujeres yachak han recuperado el papel que como mujeres sabias-curadoras tenían en los tiempos precolombinos, resaltando las relaciones de solidaridad y sororidad con otras mujeres indígenas, afrodescendientes o mestizas.

Doña Savelita (Isabel)

Tiene 79 años y es curandera desde su adolescencia. Las curanderas se encuentran un escalón debajo de las yachaks, pues su trabajo se centra en curar los males de la calle, del campo, de Dios e incluso males de amores con ayuda de plantas, piedras y otros objetos que consideran sagrados. A diferencia de los yachaks, no tienen experiencias extáticas o visionarias de ningún tipo. Se debe resaltar que estar un escalón más debajo de las yachaks no afecta el prestigio que estas mujeres curadoras tienen entre sus clientes. Aunque hasta hace algunos años la presencia de curanderas en las zonas urbanas del país no era extraña en los últimos años estas han ido desapareciendo.

Isabel apenas tiene tres años de escolaridad y habla únicamente castellano. Ha vivido en varias provincias del Ecuador, pero siempre ha regresado a Imbabura. Hasta hace algunos años vivía

en Otavalo y ahora vive en Cotacachi con su hija. Dice que le hubiera gustado estudiar en algún colegio, pero antes las cosas eran diferentes. Gracias a sus hijos ha aprendido matemáticas, historia y geografía, pues cuando estaban pequeños les ayudaba con sus tareas de la escuela y bachillerato y eso le permitió adquirir mayores conocimientos, además nos comenta que le gusta mucho leer pues, siempre hay cosas nuevas que puede aprender. En su casa tiene una pequeña biblioteca con diversos libros: textos escolares, novelas y libros religiosos.

Casi todo lo que sabe de curanderismo lo aprendió de su madre, y esta a su vez aprendió de su abuela. No conoce durante cuántas generaciones las mujeres de su familia han ejercido el oficio de curanderas. Lo que conoce es que sus antecesoras han vivido en diferentes ciudades del país y casi siempre entre la zona urbana y rural. Esto les permitió aprender de otras mujeres e incluso desarrollar sus propias formas de curar. Como afirma Lévi-Strauss (1977, p. 162), los curanderos tienen la convicción de que

los estados patológicos de sus pacientes tienen una causa y que esta puede ser alcanzada; por otro lado, un sistema de interpretaciones dentro de la cual la invención personal desempeña un papel importante y ordena las diferentes etapas del mal desde el diagnóstico hasta la cura.

Isabel indica que, para ella, las mujeres que venden hierbas medicinales en los mercados han sido fuente de muchos de sus conocimientos. Así, en el transcurso de los años le han enseñado con qué plantas se deben hacer los baños de la suerte e infusiones que curan los más variados males.

Siempre cura en nombre de Dios, pues Él es el que cura y ella solo es su instrumento; por eso en su casa no faltan las imágenes de santos y vírgenes que se han convertido en sus protectores. Se conoce que las prácticas de los curanderos tienen su base “en las creencias del ser humano, tanto religiosas, la fe; como en el halo mágico que envuelve al curandero, la gracia”, pues las mujeres curanderas son: “mujeres del pueblo, viven entre el pueblo y [...] se consideran elegidas por la divinidad para hacer una labor social, entre mágica y, a veces, científica” (López, 2024, pp. 129-130).

Cuando inició era muy joven y solo atendía a miembros de su familia, vecinos y algún recomendado. Cuando se corrió la voz de que sabía curar y “tenía buena mano”, las personas llegaban de otros lugares de la provincia o incluso de Quito, pues la fama de una curandera puede extenderse hasta regiones lejanas, como afirman Sanhueza (1986), Muñoz Bernand (1986) y Schwitzer (1990). Incluso, cuando tuvo que migrar fuera de la provincia de Imbabura debido al trabajo de su esposo, sus pacientes la buscaban para que les realice alguna curación o les lea el destino. Aunque nunca tuvo una tarifa para sus curaciones o lecturas, sus pacientes siempre le pagaron, sus servicios, en dinero, acorde a sus posibilidades. En algunas ocasiones, además del dinero recibió pan o fruta como agradecimiento por los servicios prestados. Cuenta que esta actividad le permitió tener cierta independencia económica y no depender únicamente del salario de su esposo.

Las mujeres casi siempre acuden para que cure el espanto o mal de ojo a sus hijos o nietos pequeños, les haga una limpia para la suerte o les lea su destino en el tabaco. Los hombres, en cambio, acuden para que les cure el mal aire, el cual les agarra por pasar por lugares oscuros o “pesados” en las

noches o antes del amanecer cuando van o regresan de sus trabajos, o cuando vuelven “tomados” luego de alguna reunión con sus amigos.

Aunque la mayor parte de las plantas que utiliza las compra en el mercado o se las llevan sus pacientes, tiene algunas plantas sembradas en tarros vacíos de pintura o baldes viejos que hacen las veces de macetas en el patio de su casa. Entre las plantas que cultiva están: malva olorosa, orégano y hierba luisa. Resalta entre estas plantas una sábila, de la cual dice le ha acompañado varios años y le sirve para protegerse de la mala suerte. También indica que varios hijuelos de la sábila se los ha regalado a sus pacientes para que los siembren y les dé protección. En su casa tampoco falta la cajetilla de Marlboro Rojo o los puros para leer el destino de a pacientes.

Su experiencia y los conocimientos que ha adquirido en el transcurso de los años le han permitido reconocer algunos tipos de males, como son: de Dios, de campo y de calle, cada uno de ellos con técnicas de diagnóstico y tratamiento diferentes:

- Enfermedades de Dios: Son resultado de la exposición a virus y bacterias o por no cuidar el cuerpo. Estas enfermedades son tratadas por los médicos, por ello también se les llama “males de médico”.
- Enfermedades del campo: Originadas por pasar por lugares pesados o transgredir normas y tabúes. Entre estas tenemos el espanto y el mal aire, que son tratadas por yachaks y curanderos.
- Enfermedades de la calle: Ocasionadas por la interacción con otras personas; entre ellas están el mal de ojo y brujería, y son tratadas por yachaks y curanderos.

Doña Isabel indica que existen diferentes formas de curar enfermedades y que cada una depende del curandero y su paciente; estas curas involucran limpias, baños, infusiones y rituales de diferente tipo. Pese a que no puede revelar todos los “secretos” de su profesión, nos dice que la técnica de curación depende de si es hombre o mujer y la edad de la persona. Así, para curar el espanto o mal aire generalmente sopla trago a sus pacientes. Si es un niño pequeño, utiliza solo un rosario bendito y le frota una colonia suave o agua bendita en las coyunturas. Dice que no cura a mujeres embarazadas o que estén menstruando pues, en estos casos, el cuerpo de la mujer puede ser afectado por la fuerza del tratamiento y pueden perder al bebé o se les corta la sangre menstrual.

A diferencia de otras curanderas, para realizar las limpias (de espanto y mal aire) tanto en niños como adultos no utiliza una escoba de plantas sino su mano derecha, en la cual usa un anillo de acero como protección, pues cree que las enfermedades de campo y de la calle son contagiosas. Luego de la limpia, da a tomar una infusión, sugiere al paciente tomar un baño de plantas y arroparse bien para completar el tratamiento. Hace muchos años también hacía limpias y diagnósticos con el cuy, tal como había aprendido de un compadre suyo de la zona de Cangahua. Sin embargo, ya no las hace pues hay tratamientos y curaciones que solo pueden realizarse mientras el curandero tiene fuerza y salud.

Actualmente ya está “jubilada”; realiza muy pocas curaciones y casi siempre a sus vecinos o pacientes de muchos años, la mayor parte de ellos mujeres (madres o abuelas) para que cure el espanto o

mal aire de sus niños pequeños. Dice que las madres detectan fácilmente si el niño está espantado. Entre los síntomas de este mal está la asimetría en los ojos (un ojo está más pequeño que el otro), se despiertan llorando en la noche o se asustan con facilidad con los ruidos de la calle. En estos casos, además de frotarles colonia, se les sacude suavemente tomándoles de los hombros mientras repite tres veces la palabra “*shungo*”⁵.

Muchas de estas madres, como se indicó anteriormente, aprovechan que acuden donde la curandera, a curar el espanto de sus hijos para contarle sus penas, hacerse leer el tabaco y pedirle curas y consejos, pues con el transcurso de los años han desarrollado una relación muy cercana con la curandera. Algunas mujeres llevan fotos de sus maridos o sus hijos para que “les lea” y así saber por qué actúan de determinada manera en la casa, ver si están “curados”⁶ o pedirle que les sugiera algún baño de hierbas o algún ritual para que consigan cupo en la universidad, becas o trabajos, e incluso para que abandonen a sus amantes.

Como se clarifica, esta curandera atiende “considerando a la persona en su completitud, reconociendo el entramado de sus historias” (Bohórquez, 2019, p. 146); por eso, antes de realizar cualquier diagnóstico o cura, la curandera conversa con sus pacientes y escucha las historias que se encuentran tras el mal que desean les ayude a curar. Es importante resaltar que las mujeres que acuden a ella pertenecen a distintos estratos económicos y sociales. Algunas de ellas se dedican únicamente a los quehaceres domésticos, otras son comerciantes e incluso tiene pacientes que son profesionales con estudios universitarios y “buenos cargos”. Esto se debe a que “tanto campesinos de la sierra ecuatoriana como mestizos (...) saben distinguir entre enfermedades que pueden ser solucionadas con la medicina científica y otras que solo pueden ser remediadas por métodos tradicionales”, como bien afirma Demon (2008, p. 105). Se evidencia de esta manera la importancia que tiene el papel de las curanderas en las sociedades modernas.

Nancy

Tiene 49 años y es hierbatera; comercializa sus plantas en uno de los mercados de la ciudad de Ibarra. Aunque terminó sus estudios secundarios, no quiso ingresar a la universidad, sino que decidió continuar con el negocio familiar. Desde hace más de seis décadas, su madre tiene un puesto de hierbas medicinales, especias y preparados esotéricos en el mercado. Esta actividad le permitió costear los estudios de Nancy y sus hermanos y actualmente permite costear los estudios de los hijos de Nancy.

Las plantas que comercializa en el mercado no las cultiva en su casa, sino que ha establecido contactos con algunas mujeres campesinas que “bajan” al mercado a ofrecerle diferentes plantas, por lo cual en su puesto siempre tiene hierbas frescas. Con el dinero que Nancy paga a estas mujeres, ellas compran dentro del mercado algunos víveres para su familia⁷. En el transcurso de los años también ha establecido contactos con hombres y mujeres tanto de la costa como de la amazonia, quienes eventualmente le envían (mediante transporte interprovincial) plantas que no se consiguen en la sierra. Las especias y productos esotéricos los consigue de varios distribuidores mayoristas a quienes hace pedidos regularmente. Estas personas forman parte de la red de distribuidores de su

⁵ Corazón.

⁶ Les han hecho algún daño o brujería.

⁷ Algunas mujeres “bajan” al mercado una o dos veces al mes, no solo con hierbas medicinales sino también con animales (gallinas, conejos, cuyes, etc.) y otros productos agrícolas como maíz o zambos que comercializan de manera informal en el mercado

puesto de hierbas.

En el caso de las plantas, el precio que paga a sus distribuidores por ellas depende de una serie de factores: época del año, cantidad, calidad y la dificultad que se tenga para conseguir las plantas. Las comercializa de manera individual, mínimo \$0,25 centavos, o en “escobas” o atados, es decir, conjunto de varias plantas en un dólar.

El comercio y uso terapéutico de plantas medicinales se mantiene como una práctica activa en los mercados de las ciudades ecuatorianas y particularmente en las urbes del callejón interandino, en donde se expenden alrededor de 270 especies de hierbas medicinales que se emplean para tratar aproximadamente un centenar de dolencias. (Barrera y Orellana, 2020, p. 55)

Quienes demandan estas plantas en su mayoría son mujeres que las utilizan con diferentes fines: algunas son demandadas para la preparación de alimentos y bebidas. En este caso, hay meses del año en que hay una mayor demanda de determinadas plantas. Así, entre junio y septiembre hay mayor demanda de plantas para la preparación de la chicha, y en el mes de noviembre se demandan plantas aromáticas para la preparación de la colada morada.

Hay plantas que se comercializan también con fines terapéuticos para la realización de aguas de remedio que apoyarán en la curación o recuperación de enfermedades respiratorias, gastrointestinales y también para hacer téis purificantes y reconstituyentes para las mujeres que se encuentran en el puerperio. También hay plantas que sirven para hacer emplastos para la curación de heridas, golpes y/o moretones. Estas últimas son demandadas no solo por las mujeres sino por varios fregadores que prestan sus servicios en los alrededores del mercado. Como se conoce, desde las épocas precolombinas:

Las plantas se usaron también con fines terapéuticos, llegando incluso a constituirse en un elemento importante dentro de su sistema de creencias y ritos. A partir de un extenso proceso de prueba y error, desarrollaron la capacidad de identificar las plantas que podían usarse con fines terapéuticos y los venenos a usarse en la caza, la pesca y como medio de defensa contra sus enemigos. (Barrera & Orellana, 2020, p. 47)

El trabajo que desarrolla Nancy es casi el de un boticario tradicional; sus clientas rara vez acuden a comprar determinada planta, casi siempre piden “una planta para el dolor de estómago”, “algo para el dolor de cabeza”, “la planta para los morados”, etc. Como nos indica Attisso (1979, p. 7), las cifras sobre el uso y efectividad de plantas para realizar preparados farmacéuticos “son suficientemente elocuentes para demostrar que las plantas medicinales no son ni asunto de charlatanes ni una moda entendida como deseo nostálgico de ‘volver a las fuentes’ o de buscar sistemáticamente todo lo que es natural”. Y es debido a la efectividad de las plantas que las personas siguen acudiendo a Nancy para adquirirlas.

Algunas mujeres no solo acuden a comprar las plantas, sino que le cuentan sus problemas de salud, familiares o laborales, a la espera de que les recomiende alguna planta que les ayude a solucionarlos

o, como ella manifiesta, más que la planta, muchas de las clientas quieren además de un remedio “un oído que les escuche”. Pese a que todos los días atiende una gran cantidad de clientes, a finales de año, el número crece y no se da abasto para atenderlos. Esto se debe a que, en estas fechas hay una mayor demanda de plantas para limpiezas y baños de la suerte (amargos o dulces).

Cuenta que sus conocimientos los adquirió principalmente de su madre. Cuando era pequeña, al salir de la escuela, acudía al puesto de su madre para hacer deberes y ayudarle con la comercialización de las plantas. Ahí ella le indicaba cómo distinguir entre las diferentes plantas y para qué servía cada una. También escuchaba las conversaciones que su madre tenía con sus distribuidoras y clientes, lo cual le permitió ampliar sus conocimientos.

Sobre las plantas ha aprendido que estas tienen varias clasificaciones; así nos habla de plantas mágicas o de uso común, frescas, cálidas, macho o hembra, dulces y amargas. Dice que también ha oído que hay plantas sagradas como la ayahuasca, pero que no la comercializa ni conoce por qué se la considera sagrada.

Las plantas mágicas: son aquellas que sirven para hacer limpiezas para curar el espanto o mal aire; la mayor parte de estas plantas no se consumen pues sus componentes son muy fuertes. Se recomienda usarlas solo como escoba para limpiar el cuerpo de la persona.

Las plantas de uso común: Son aquellas que sirven para el tratamiento de enfermedades comunes como el dolor de estómago o de cabeza. Estas plantas pueden consumirse en forma de té o infusiones sin mayor problema pues no son tóxicas.

Las plantas amargas: Son aquellas que tienen un olor fuerte y sirven para limpiar las malas energías. Se utilizan casi siempre como escoba de limpieza o emplastos para colocar en determinadas partes del cuerpo; muy pocas de ellas se consumen en forma de té o infusión.

Las plantas dulces: Tienen un olor dulce, agradable y pueden ser consumidas en té, infusiones o utilizadas para dar sabor a ciertas comidas. También pueden utilizarse para baños de la suerte y regenerar las energías positivas de las personas.

Las plantas hembra: Son aquellas más gráciles que otras de su especie.

Las plantas macho: Son aquellas que tienen un color más fuerte y son más robustas que otras de su especie. Se utilizan cuando la persona ha sufrido una recaída de su enfermedad.

Las plantas frescas: Sirven para tratar enfermedades cálidas, es decir, aquellas que producen “sobrecalentamiento” del cuerpo, aunque no siempre producen fiebre. No todas se toman en infusión, sino que algunas se colocan en el estómago para que “chupen” el calor del cuerpo.

Las plantas cálidas: Sirven para tratar enfermedades frías. Así, estas plantas ayudan a subir la temperatura del cuerpo y se toman generalmente como infusión.

Muchas de las clientas de su madre fueron curanderas indígenas y mestizas con quienes se intercambiaban plantas y conocimientos. Sin embargo, con el tiempo el número de curanderas que acude a su puesto disminuyó, conoce que algunas fallecieron, otras se fueron a vivir en otras ciudades y algunas de ellas ya no ejercen debido a su edad avanzada. En los últimos años la mayor parte de

sus clientes son mujeres de diferente edad, amas de casa, madres y, sobre todo, otras comerciantes del mercado, las cuales prefieren acudir al puesto de Nancy para comprar alguna hierba que les ayude con sus dolencias antes que acudir a los médicos formales, porque no les tienen confianza o porque es complicado conseguir cita en alguno de los hospitales y centros de salud de la ciudad.

La madre de Nancy aún acude eventualmente al puesto para ayudar a comercializar las plantas. Además de su amplio conocimiento de las plantas medicinales, ella aprendió de sus clientas curanderas a curar el espanto en los niños. Para esto utiliza una escoba de hierbas “amargas” que pasa por el cuerpo del niño mientras reza el Padre Nuestro por tres ocasiones. No cura el espanto a bebés menores de dos años pues las hierbas son muy fuertes y pueden ocasionar algún tipo de urticaria en los pequeños.

Nancy, a diferencia de su madre, no cura el espanto, aunque sabe cómo hacerlo. Manifiesta que le da miedo pues el mal (espanto) puede pasar al cuerpo de la persona que cura y ocasionarle algún daño a ella o su familia. A su madre nunca le ha afectado el mal, pues es una mujer fuerte que puede curar el espanto sin problema. Respecto a este tema indica que no todas las mujeres pueden curar el espanto, pues no solo se requiere conocer la técnica sino también se requiere fortaleza física y de carácter.

Estas mujeres dicen que mantendrán el puesto de hierbas y atenderán a sus clientes hasta que Dios les dé vida, pero, no están seguras si alguna de sus hijas o sobrinas mantenga esta tradición y conserve los conocimientos que tantos años les ha costado adquirir.

Conclusiones

El análisis de las trayectorias de estas tres mujeres curadoras de la provincia de Imbabura revela la complejidad y riqueza de los sistemas de medicina tradicional andina, así como el papel fundamental que desempeñan las mujeres en la preservación, transmisión y adaptación de estos conocimientos ancestrales. Se evidencia, a través de las narraciones de estas mujeres que, que el conocimiento médico tradicional no es un sistema estático, sino que se encuentra en constante transformación y diálogo con diferentes contextos históricos, sociales y culturales. En el caso de Mama Dulu, la yachak, se ilustra cómo los saberes precolombinos se han sincretizado con elementos del catolicismo colonial, dando lugar a prácticas híbridas que mantienen su eficacia simbólica y terapéutica. Este sincretismo no representa una pérdida de autenticidad, sino una estrategia de resistencia y adaptación cultural que ha permitido la supervivencia de estos conocimientos a través de los siglos.

Se observa una clara jerarquización dentro del sistema de medicina tradicional, donde las yachaks ocupan el nivel más alto debido a sus capacidades visionarias y extáticas, seguidas por las curanderas que se especializan en males específicos, y finalmente las hierbateras que actúan como intermediarias entre el conocimiento popular y los usuarios. Esta jerarquización no implica una valoración diferencial en términos de prestigio social o efectividad terapéutica, sino que responde a especializaciones funcionales complementarias.

La transmisión del conocimiento se revela como un proceso eminentemente femenino y familiar, donde las relaciones de parentesco (abuela-madre-hija) constituyen el canal principal para la

preservación de estos saberes. No obstante, también se identifican procesos de aprendizaje horizontal entre mujeres de diferentes comunidades y contextos, especialmente en los espacios de mercado, lo que demuestra la existencia de redes de conocimiento más amplias y dinámicas.

Debe resaltarse la capacidad de estas mujeres para articular diferentes sistemas explicativos de la enfermedad. La taxonomía que distingue entre “enfermedades de Dios”, “del campo” y “de la calle” evidencia una comprensión de la etiología que incorpora factores biomédicos, ambientales y sociales. Esta clasificación no solo orienta las prácticas terapéuticas, sino que también facilita la coexistencia con el sistema médico “hegemónico”, permitiendo que las personas naveguen entre ambos según la naturaleza de sus dolencias.

La dimensión de género emerge como un elemento central en la organización de estas prácticas. Las mujeres curadoras no solo se especializan en la atención de otros cuerpos femeninos (embarazo, parto, puerperio), sino que además funcionan como confidentes y consejeras en asuntos que trascienden lo estrictamente médico. Sus consultas se convierten en espacios de escucha, contención emocional y orientación para mujeres de diferentes estratos sociales, evidenciando el carácter holístico de su abordaje terapéutico.

La investigación también revela las tensiones y desafíos que enfrentan estas prácticas en el contexto contemporáneo. La disminución del número de curanderas, la pérdida de conocimientos específicos en ciertos espacios (como el diagnóstico con cuy) y las dificultades para la transmisión generacional apuntan hacia procesos de erosión cultural que requieren atención. Paradójicamente, se observa también una persistente demanda de estos servicios, incluso entre poblaciones urbanas y profesionales, lo que sugiere la vigencia y relevancia de estos sistemas terapéuticos.

Finalmente, podemos indicar que las mujeres curadoras de Imbabura constituyen un patrimonio vivo de conocimientos que trasciende la dimensión puramente médica para convertirse en un repositorio de sabiduría cultural, prácticas rituales y redes de solidaridad femenina. Su reconocimiento y valoración no solo contribuye a la preservación de la diversidad cultural, sino que también ofrece perspectivas valiosas para el desarrollo de modelos de salud más integrales e interculturales.

Referencias

- Andrade, A. (2004). *Etnomedicina y papel del yachak en las comunidades indígenas y campesinas: Los kayampis de la cuenca sur del Lago San Pablo*. (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Andrade, A. (2010). Medicina y Sabiduría Popular en la Provincia del Napo. *Revista Ciencia Amazónica*, 1(1).
- Andrade, A. (2011). San Bernardo, Santa Muerte y San La Muerte: Brujos, brujeados y santos en la provincia de Imbabura. *Antropología Cuadernos de Investigación*, 11, 101-109.
- Andrade, A. (2024). *Yachaks, curanderos y etnomedicina en la provincia de Imbabura*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador - Sede Ibarra.
- Attisso, M. (1979). *Las plantas medicinales*. Editorial Científica.

- Barrera, G. & Orellana, A. (2020). La cosmovisión andina y el uso de plantas medicinales. En *Sabiduría ancestral andina y plantas medicinales: principios y prácticas de la medicina tradicional en Ecuador* (pp. 46-85). Universidad de Cuenca.
- Barrera, G. y Orellana, A. (2020). *La cosmovisión andina y el uso de plantas medicinales*.
- Bohórquez-Castellano, M. 2019. Brujas contemporáneas: entre mundos y devenires espirituales. *Nómadas*, 50, 37-153.
- Chakana News (17 de junio de 2023). Mujeres Yachak en Ilumán. <https://www.chakananews.com/mujeres-yachak-en-iluman/>
- Demon, L. (2008). *Medicina tradicional y sistemas de salud*. Editorial Académica.
- Eliade, M. (1969). *El Chamanismo y las técnicas arcaicas del éxtasis*. Fondo de Cultura Económica.
- Guamán Poma de Ayala, F. (1993). *El primer nueva crónica y buen gobierno* (1613). Fondo de Cultura Económica
- Lévi-Strauss, C. (1977). *Antropología estructural*. Editorial Universitaria.
- López, M. (2024). *Curanderas y saberes populares*. Editorial Andina.
- Muñoz Bernand, C. (1986). *Enfermedad, daño e ideología*. Abya-Yala.
- Poveda, J. (1997). *El arte natural de curar*. Edit. Temas de Hoy.
- Rodríguez, G. & Taxo, A. (1996). *La visión cósmica de los Andes*. Abya Yala.
- Sanhueza, R. (1986). *Medicinas tradicionales del Ecuador*. Editorial IOA.
- Schwitzer, M. 1990. *Prácticas curativas andinas*. Editorial Universidad Central.

Entre el duelo a la sanación: Esmeraldas politiza la resistencia

Between grief and healing: Esmeraldas politicizes resistance

Roxana Jaramillo España¹  

¹Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales - ECUADOR

DOI: <https://doi.org/10.26807/raci.V31.2025.377> | Páginas: 146-149

Fecha de envío: 02-10-2025 | Fecha de aceptación: 10-10-2025 | Fecha de publicación: 31-12-2025

Celeste, cuéstemelo que me cueste,
hoy será un hermoso día, porque otro mundo es posible.
La Fe es cuestión de actitud,
y así podemos construirnos en comunidad fortalecida.
Se murió el cuervo malparido,
pero tu momento llegará: confusión.
El único límite es tu mente, tristeza,
aunque sigamos creando redes fuertes.
Grande por rebelde, y rebelde por Grande,
respira e inicia: sol, corazón y sonrisa,
pues allí habita la esperanza.
El día y la noche,
la más bonita del mundo.
Tristeza -----> CetoMedo,
y aun así seguimos luchando para vencer.
Sonríe y sé feliz,
porque entre calma y dolor,
la vida es Una Fuerza con Esperanza, Amor,
y también con límites sanos.

Sin culpa.

Guía de poema colectivo: Juan Sebastián Rúales

¿Cómo preguntarle a una comunidad en duelo qué entiende por salud mental? ¿Acaso el hambre, el miedo, los cuerpos mutilados, el aislamiento sanitario y el abandono del Estado deben traducirse en diagnósticos como demencia, suicidio o demás? ¿Qué tan cercano resulta asignar nombres clínicos a las formas en las que las comunidades conocen al resultado de deshumanizar un territorio entero?

Las preguntas no son menores, pues revelan una tensión entre el lenguaje biomédico y las experiencias colectivas de las vidas afrodescendientes en Esmeraldas. ¿Es el Estado el que se encarga de precautelar por las heridas inscritas en los genes de estas comunidades, o son los saberes propios, las palabras de lo/as ancestras y el amor de la comunidad los que han permitido sostener la vida y la cordura?

Sanar, en este contexto, no se reduce a protocolos institucionales, sino que se expresa en la capacidad de reconocerse en quienes cargan la misma cruz étnica, en escuchar las voces de quienes ya no habitan este plano y en abrazarse al manglar, a la tierra, al río y a las plantas. La sanación ocurre con el territorio, con el cuerpo, con el sentir y con el alma.

Estas reflexiones evidencian que un sistema de salud blanqueado no solo mutila, sino que también desconoce las formas propias de sostener la existencia. Aquellas voces que son catalogadas como “locura” son, paradójicamente, las que salvan. Aquí se revela la vigencia de la epigenética como explicación del dolor heredado, pero también como demostración de la resistencia transmitida. En este marco, los saberes ancestrales y la conexión con la naturaleza y el amor se presentan como fundamentos de la vida negra, de su persistencia y de su unidad.

Marco conceptual

En la cotidianidad hablar de salud mental es remontarse a las definiciones y parámetros que nos han dejado el colonialismo y el racismo antinegro estructural, demostrando que la “locura” es un síntoma que puede aparecer a partir de habitar un mundo enfermo en el cual la única salvación se encuentra en el amor colectivo y la espiritualidad compartida de forma intergeneracional.

Ahora bien, esta realidad, por su parte, nos asienta en lo antes ya dicho por Mbembe, que el Estado administra la muerte de las vidas racializadas como negras, es decir, ejerce necropolítica (Mbembe, 2003). Por ello, en territorios como Esmeraldas, la precarización material, el abandono del Estado y la violencia tanto estatal como delictiva se convierten determinantes centrales que atraviesan la experiencia de salud mental.

Aquí la noción de epigenética también resulta clave para demostrar que el trauma se transmite de manera genética entre generaciones. Sin embargo, al guardar el dolor de alguna forma también se hereda la resistencia y la creatividad para sostener la vida (Yeruba et al., 2006).

Desarrollo: testimonios de resistencia

“Tener esperanza no es ser paciente y dejarse atropellar... La esperanza y la resiliencia son términos creados para atraparnos en esta espiral.”

Este pequeño testimonio nos ayuda a entender de mejor manera cómo ciertas categorías dejadas por el colonialismo como “esperanza” o “resiliencia” pueden convertirse en dispositivos del colonialismo que normalizan y exigen soportar distintos tipos de violencias sin cuestionarlas. En este sentido, la esperanza para estas comunidades afrodescendientes busca resistencia activa

“Mi corazón se siente feliz, la cercanía de quienes nos importan me llena toda y me carga positivamente. El amor me invade.”

Esta resistencia activa se ve en las distintas demostraciones de amor que aparecen también como

fuerza terapéutica, porque el amor en comunidades afrodescendientes y negras es un acto político que afirma la vida en medio de la negación colonial. En Esmeraldas, el cuidado mutuo y la alegría compartida se configuran como verdaderos tratamientos frente al dolor, sustituyendo las terapias individualizadas que no llegan a este territorio por vínculos colectivos en donde las infancias y juventudes tienen un diálogo directo con los y las mayores, a través del compartir con la comunidad y en el reconocerse en el/la otra.

“Yo creo en la libertad, en la vida, en Dios. Espero mucho de la gente a veces, porque creo en la gente y también en su propio desequilibrio.”

Así, entendiendo que la afrodescendencia se busca en la comunidad, se hace más simple comprender que el alejamiento de la raíz o el desequilibrio se reconocen como parte constitutiva de la existencia. Por eso, aceptar la fragilidad y la contradicción no implica derrota, sino un gesto de libertad: vivir a pesar de que el mundo esté enfermo.

“La almohada es mi mundo, donde descansa mi ser... donde puedo descansar y organizar ideas.”

La constante fatiga de verse y entenderse en un mundo enfermo lleva a las personas a buscarse en el descanso convirtiéndolo en un acto político frente a la explotación histórica de los cuerpos negros, ya que esto les hace entenderse como entes fuera de la objetivación de sus corporalidades. El descanso en las comunidades afrodescendientes va en contra de la idea de la deshumanización y nos ayuda a comprender de mejor manera las particularidades que estas comunidades pueden experimentar en la salud mental a raíz de las realidades que han encarnado. Como Hartman (1997) señaló, la esclavitud y sus herencias marcaron la vida negra como carne disponible. Reivindicar el descanso, incluso en lo cotidiano, es recuperar soberanía sobre el cuerpo y la mente.

Discusión

Los testimonios nos permiten entender que la salud mental en el caso de las personas afrodescendientes no se puede entender únicamente desde un enfoque universal. La comunidad reconoce a los términos “resiliencia” y “esperanza” como impuestos desde afuera con un sentido específico, así que se resignifican estas categorías como resistencia activa orientada por los saberes al sostenimiento de la vida. El amor de la comunidad se transforma en una forma de medicina, el descanso en un acto político frente a la explotación de las corporalidades afrodescendientes y negras.

Lo que la comunidad propone es un modelo de salud enraizado en la memoria, los afectos y el territorio, en el cual se reconoce que la salud mental de las vidas negras se encuentra atravesada por casos de racismo estructural, necropolítica, y precarización. En este sentido, muchos de los términos que la blanquitud utiliza para explicar trastornos, casa adentro podrían leerse como respuestas adaptativas que, lejos de negar el sufrimiento, buscan nombrarlo desde las propias afroepistemologías o epistemologías del Sur que entienden la sanación desde enfoques individuales, pero también comunitarios en medio de los rituales, pedagogías del afecto y todas estas economías de alegría cotidiana que interrumpen los ciclos de dolor.

Para centrarnos mejor, es inevitable entender que, más allá de llegar a un diagnóstico clínico, también es necesario un diagnóstico de contexto social, cultural y territorial basados en los vínculos, las redes de apoyo, la pertenencia y la seguridad territorial que permitan generar itinerarios terapéuticos que articulen los saberes ancestrales con recursos clínicos que lleven por delante la autodeterminación y la reparación.

La lectura que nos deja Esmeraldas se orienta al anclaje territorial de las políticas de cuidado ejercidas en la necesidad de fortalecer la agencia comunitaria con saberes tradicionales legítimos para que se entienda la salud mental interseccional.

Conclusiones

En Esmeraldas, el intento de despolitización del dolor bajo términos impuestos sistemáticamente como “resiliencia” y la “esperanza” ejercen un borramiento de todas las necesidades que las comunidades afrodescendientes pueden nombrar lo que el lenguaje biomédico ni siquiera considera. Es así como, desde las comunidades se mantienen estándares de cuidado que están estrechamente relacionados con el amor como medicina, la memoria como táctica de vida y el descanso como derecho, generando una arquitectura de salud que sostiene cuerpos y memoria. Entonces, la salud mental afrodescendiente se sostiene como una práctica política y espiritual que se germina en el núcleo de la colectividad desde el anclaje histórico y territorial que protege los vínculos. En esta clave, lo que el mundo blanco llama “patológico” se reinterpreta como respuesta ante la violencia y las estrategias de sobrevivencia que rondan constantemente en la cotidianidad, la vida, la organización y el ritual (Fanon, 1961).

Referencias

- Fanon, F. (1961). *Los condenados de la tierra*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hartman, S. (1997). *Scenes of subjection: Terror, slavery, and self-making in nineteenth-century America*. New York: Oxford University Press.
- Hooks, B. (1992). *Black looks: Race and representation*. Boston: South End Press.
- Hooks, B. (2000). *All about love: New visions*. New York: William Morrow.
- Mbembe, A. (2003). *Necropolítica*. Madrid: Melusina.
- Quijano, A. (2000). Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. En E. Lander (Ed.), *La colonialidad del saber: Eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas* (pp. 201–246). Buenos Aires: CLACSO.
- Yehuda, R., Bierer, L. M., Schmeidler, J., Aferiat, D., Breslau, I., Dolan, S., ... & Shalev, A. Y. (2006). Transgenerational effects of posttraumatic stress disorder in offspring of Holocaust survivors. *The American Journal of Psychiatry*, 163(9), 163–172. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.9.163>

Narrativas sobre vulnerabilidad: Mujeres mexicanas migrantes viviendo en Estados Unidos

Narratives on vulnerability: Mexican migrant women living in the United States

Diana Tamara Martínez Ruíz¹  , Alejandra Ceja Fernández²  , Francisco Hernández Galván³  

¹ Universidad Nacional Autónoma de México - MÉXICO

² Universidad Autónoma de Puebla - MÉXICO

DOI: <https://doi.org/10.26807/raci.V31.2025.360> | Páginas: 150-167

Fecha de envío: 30-07-2025 | Fecha de aceptación: 24-10-2025 | Fecha de publicación: 31-12-2025

Resumen

Este análisis se enfoca en explorar la vulnerabilidad social en los procesos migratorios desde una perspectiva afectiva que vincula las dimensiones subjetivas de género. A partir de una revisión crítica y desde una metodología cualitativa, se abordan las intersecciones entre movilidad y género, revisando y actualizando los marcos conceptuales centrados en las experiencias de las mujeres durante su migración. La pregunta central que orienta este estudio es: ¿cuáles son las narrativas de vulnerabilidad social compartidas por mujeres migrantes en su trayecto de México a Estados Unidos? El objetivo principal es analizar cómo se construye la narrativa de la vulnerabilidad y sus referencias culturales desde trayectorias de movilidad de las mujeres migrantes. Para ello, nos centramos en cuatro experiencias de mujeres migrantes mexicanas viviendo en Estados Unidos, utilizando una metodología cualitativa de cohorte que privilegia una epistemología del relato, profundizando en sus procesos de tránsito, vivencias y sentimientos relacionados con la migración.

Palabras clave: narrativas, vulnerabilidad, género, mujeres migrantes, experiencia

Abstract

This analysis focuses on exploring social vulnerability in migratory processes from an affective perspective that connects the subjective dimensions of gender. Through a critical review and a qualitative methodology, it examines the intersections between mobility and gender, revisiting and updating conceptual frameworks centered on women's experiences during migration. The central question guiding this study is: What are the narratives of social vulnerability shared by migrant women on their journey from Mexico to the United States? The primary objective is to analyze how the narrative of vulnerability is constructed, along with its cultural references, within feminized mobility trajectories. To achieve this, the study focuses on five migrant women's experiences, employing a qualitative cohort methodology that prioritizes an epistemology of storytelling, delving into their processes of transit, lived experiences, and emotions related to migration.

Keywords: narratives, vulnerability, gender, migrant women, migratory experience

Movilidad y mujeres migrantes, a modo de introducción

La migración irregular de México hacia Estados Unidos además de ser un proceso de movilización territorial es un conjunto de experiencias sociales y políticas que tensionan los pilares fundamentales del Estado-nación moderno.¹ Conceptos como ciudadanía, sentido de pertenencia y legalidad (Sassen, 2003; De Genova, 2005), en apariencia estables y universales, se ven desestabilizados por los relatos y las trayectorias de vida de las personas migrantes, cuyas existencias –queremos subrayar– suelen transcurrir entre los márgenes de dicha legalidad y los marcos de reconocimiento. Para quienes han cruzado fronteras con el anhelo de mejorar su vida y la de sus familiares, estos conceptos no resultan suficientes, especialmente cuando la movilidad se convierte en una experiencia de precarización y vulnerabilidad que no necesariamente garantiza condiciones dignas de existencia (Basok, 2003; Butler, 2013; Sayad, 2010). En este sentido, la experiencia migratoria muestra cómo el acceso a derechos no se encuentra garantizado por el hecho de habitar el nuevo territorio de emplazamiento. Así, la migración tensiona aquellos núcleos del discurso de los derechos humanos y aquellas prácticas estatales que delimitan quién puede ser considerado plenamente como “sujeto de derechos”.

En el caso de las mujeres con estatus migratorio irregular, la vulnerabilidad adquiere una dimensión significativa, que adquiere otros sentidos y latitudes en tanto experiencias subjetivas y de análisis conceptual (Szasz, 1994; Gregorio, 2012), sobre todo en las rutas recientes de movilidad regional. Los estudios sobre caravanas centroamericanas en los años del 2018 al 2023, por ejemplo, han documentado cómo “al desplazarse muchas mujeres acompañadas de sus hijos, los riesgos de violencia de género, explotación sexual y trata se incrementan en cada etapa del trayecto” (Alpert-Abrams y Davemport, 2021, p. 58). A su vez, Pérez Orozco (2020) señala que en las “rutas de la esperanza” centroamericanas las mujeres enfrentan una exacerbada violencia de género y explotación laboral que operan con impunidad a lo largo del recorrido. De forma paralela, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2022) resalta que estas mujeres, a menudo con hijas e hijos a cargo, quedan relegadas a empleos domésticos informales donde padecen jornadas excesivas, impagos y acoso sexual, incrementando su precariedad estructural. Por su parte, Rodríguez y Sánchez (2023) subrayan que, al llegar a ciudades como Los Ángeles o Dallas, las mexicanas indocumentadas experimentan barreras de acceso a servicios de salud reproductiva y a redes de apoyo comunitario, lo que limita su autonomía corporal y fortalece la “doble extranjerización”, es decir, extranjeras e invisibilizadas en tanto mujeres y en tanto migrantes.

Estas aproximaciones muestran cómo la construcción social del género y las políticas de control fronterizo configuran un campo en disputa en el que los cuerpos feminizados son objeto de múltiples regulaciones. Por un lado, su estatus irregular las expone a prácticas discriminatorias que les niegan el reconocimiento de derechos básicos; por otro, las normas heteropatriarcales refuerzan su relegación a espacios de trabajo informal y a la doble carga doméstica y productiva. De este modo, la migración

¹Para definir la migración irregular tenemos que caracterizar su contraparte conceptual. Nos referimos a la migración regular, que se define como: “aquella persona que elige libremente cambiar su lugar de residencia habitual a otra región o país, a través de medios legales. En general, este movimiento se realiza para satisfacer o mejorar las condiciones socioeconómicas o académicas del sujeto. Ocurre de forma individual o colectiva: las diásporas suceden cuando parte de un pueblo se encuentra diseminado fuera de su país de origen. La estadía es esporádica y puede prolongarse por periodos largos o indefinidos. La ONU considera que alguien es migrante después de vivir un año lejos de su punto de origen” (VV.AA., 2018, p. 148). Ahora bien, entendemos la figura de la migración irregular, también conocido en la jerga legal como “indocumentado” como una persona que, es “movido por razones similares al migrante regular; sin embargo, en lugar de utilizar canales oficiales, atraviesa sin permiso la frontera del país receptor o de tránsito —o permanece en él después de la fecha de expiración de su visado. Un migrante irregular infringe las normas de admisión y, por lo tanto, no está autorizado para permanecer en el destino, transitar o desempeñar alguna actividad regulada por el Estado” (VV.AA., 2018, p. 148). Tales definiciones las tomamos de la antología *Tierra de nadie* (VV.AA., 2018) en el sumario de estatus migratorios editada por Gris Tormenta, quienes a su vez se basaron en la información disponible en la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR).

femenina desde México, volvemos a decir, no es solo un desplazamiento físico, sino una constante negociación de pertenencia y legalidad, donde la precariedad y el sentido de vulnerabilidad se entrelazan para producir latitudes singulares.

La intersección entre género y legalidad traza, entonces, líneas de fractura en las narrativas de derechos humanos: el sistema jurídico migratorio no solo niega sistemáticamente el reconocimiento legal, sino que, también, reproduce sesgos de género sobre los cuerpos feminizados (Menjívar y Abrego, 2020, p. 180-181). Entonces, la constitución de género opera como una dimensión que matiza la experiencia migratoria que intensifica las consecuencias materiales, emocionales y simbólicas que se hacen tangibles sobre la experiencia de vulnerabilidad. Por eso, repensar los procesos y las experiencias de las personas migrantes exige ir más allá de las fronteras de los Estados-Nación y reconocer que, dentro del fenómeno migratorio, las personas experimentan y construyen narrativas de vulnerabilidad. Podemos decir que, a nivel global, las desigualdades económicas y las políticas restrictivas agravan la impronta vulnerable de las personas migrantes, particularmente de las mujeres y de quienes asumen roles de cuidado en sus familias. Los discursos antimigratorios y las políticas restrictivas no sólo exponen a las mujeres migrantes a condiciones de precariedad, sino que también perpetúan la deshumanización y la falta de reconocimiento hacia sus aportes y su existencia. En este contexto, nuestra reflexión se adentra en las narrativas de vulnerabilidad de cuatro mujeres migrantes para pensar de manera crítica las imbricaciones sobre las condiciones de migración y la constitución subjetiva del género.

Este análisis aborda el problema afectivo de la vulnerabilidad social y las dimensiones sobre la constitución subjetivante del género. Se han observado un importante cúmulo de estudios cualitativos críticos sobre las constantes imbricaciones sobre la movilidad y el género (Szasz 1994; Jirón y Zunino, 2017; Cortés y Manjarrez, 2018) que nos conducen a preguntarnos sobre la actualización de esos marcos centrados en las experiencias de las mujeres sobre sus procesos de migración.

Dicho lo anterior, la pregunta que orienta este estudio es: ¿cuáles son las narrativas sobre la vulnerabilidad social que relatan y que viven las mujeres migrantes en su tránsito de México a Estados Unidos? El objetivo, por tanto, es analizar la constitución narrativa de la vulnerabilidad y sus referencias culturales sobre la construcción del género. Sobre esa finalidad, nos centramos en cuatro experiencias de mujeres migrantes, a través de una metodología de cohorte cualitativa ahincada en una epistemología del relato ahondando en sus procesos de tránsito, experiencias y sentimientos de las mujeres relacionados a sus procesos migratorios. A continuación, desarrollamos nuestras aproximaciones metodológicas y epistemológicas del estudio. En lo siguiente, nos detenemos en la explicación de la metodología utilizada, la aproximación y el tipo de muestreo con las personas entrevistadas y el desarrollo conceptual sobre la vulnerabilidad.

Mujeres y experiencias narrativas, encuadre epistémico-metodológico

El estudio se realizó sobre la base de una metodología cualitativa, realizando entrevistas a profundidad con mujeres que viven en Estados Unidos, con la finalidad de explorar la constitución subjetiva de sus experiencias relacionadas a la vulnerabilidad en sus procesos migratorios. Para tales fines, se construyó un método del relato de vida (relato biográfico), que refiere, como apunta Moriña (2017)

y Cornija (2006) a entrevistas que privilegian episodios y escenas específicas en las experiencias de vida. Podemos decir que esos recortes biográficos constituyen un nudo central para el entendimiento de su devenir reflexivo. La narración entonces es una aproximación a la subjetividad de las personas.

Para fines de extensión y contención de la información, en el desarrollo de este proyecto realizamos entrevistas a 45 personas migrantes, tanto hombres como mujeres, provenientes de diferentes Estados de la república mexicana y actualmente residiendo en Estados Unidos. Nuestro enfoque no se limitó a entender sus procesos migratorios como simples desplazamientos físicos o interacciones con un sistema legal que los categoriza –usualmente en algunas aproximaciones epistemológicas– como migrantes. Nos interesamos en comprender los mecanismos internos y subjetivos que sostienen a estas familias y, en este sentido, recurrimos a los conceptos de prácticas de ciudadanía activa y actitudes resilientes. Consideramos que estas respuestas pragmáticas no sólo permiten a las familias adaptarse, sino que también son maneras de relacionarse con los territorios y con los Estados-Nación, donde identificamos una “política de la vulnerabilidad” como una respuesta a los entornos complejos y hostiles que enfrentan. Para la recolección de datos, utilizamos técnicas cualitativas, incluyendo entrevistas en profundidad con temas previamente definidos: bienestar material y emocional; salud, educación, religión; relaciones sociales y familiares; condiciones de seguridad; y acceso y reivindicación de derechos.

El trabajo de campo se centró en familias migrantes en el centro oeste de Estados Unidos, especialmente en áreas como Chicago (Illinois) y Los Ángeles (California). Nos centramos en estas latitudes geográficas por motivos de aproximación histórica y social, ya que en un informe elaborado por Betalova (2024) para el *Migration Policy Institute* se anuncia que más de la mitad de las personas mexicanas migrantes en Estados Unidos residen en “California (36 por ciento) o Texas (22 por ciento) en el periodo 2018-22. Una décima parte residía en Illinois (algo menos del 6 por ciento) o Arizona (algo menos del 5 por ciento)”. Por lo tanto, “cinco ciudades albergaban a más de un tercio de todos los inmigrantes mexicanos en el país: las áreas metropolitanas de Los Ángeles (14 por ciento), Chicago (6 por ciento) y Houston, Dallas y Riverside (aproximadamente el 5 por ciento cada una)”. Acontecimiento que nos condujo a centrar nuestro trabajo de campo en dos de los principales destinos de emplazamiento y, también, tener más posibilidades de aproximación etnográfica.

Las personas entrevistadas fueron mayoritariamente mexicanas y, en su mayoría, tenían o habían tenido un estatus migratorio irregular en el momento de su llegada. Este proyecto emplea una metodología interdisciplinaria y cualitativa que nos permitió no sólo recopilar datos, sino también explorar y profundizar en una reflexión conceptual a partir de triangular los relatos y las experiencias narradas por las mujeres migrantes.

Dicho lo anterior, metodológicamente codificamos y centramos las experiencias de las mujeres migrantes a través de la noción metodológica: *narración de la vulnerabilidad*, por lo que analizamos conceptualmente algunos fragmentos de entrevistas encausadas por una aproximación narrativa, rescatando aquellas indagaciones sobre su experiencia migratoria enmarcada en sensaciones y sentimientos de vulnerabilidad. Con lo dicho, enmarcamos dos precisiones conceptuales. La primera, entendemos conceptualmente a la vulnerabilidad como “la consecuencia de nuestros cuerpos socialmente constituidos [...] amenazados por la pérdida, expuestos a otros y susceptibles de violencia

a causa de esta exposición" (Butler, 2006, p. 46). Y, en segundo lugar, concebimos la "narración de la vulnerabilidad" analíticamente como la exploración de relatos de vida de las mujeres migrantes donde se pone énfasis en el sentido de desprotección (simbólico/material) para visibilizar algunas dimensiones de sus trayectos móviles.

Valdría decir que los métodos narrativos en la investigación social se han conformado particularmente desde el paradigma cualitativo y que se inscriben sobre sus formulaciones epistemológicas los diferentes acercamientos a la interpretación de la cultura, así como los análisis de los acontecimientos contextuales delimitados espaciotemporalmente. Dicho lo anterior, las narrativas, tal como proponen Quintero y Ortiz (2020) y Nieto-Bravo y Moncada (2022), posibilitan un análisis de la experiencia subjetiva sobre concepciones, representaciones e imaginarios que subyacen entre las realidades, ya sean de formas discursivas o simbólicas. Por eso, las narrativas, como constructo metodológico, nos han permitido indagar la subjetividad de las personas rescatando esa cualidad singular que se refleja en un contexto de interpretación. Esa potencia subjetiva produce conocimiento social que se involucra con diferentes marcos de la situación del problema. Entonces, una metodología centrada en la narración posibilita "una epistemología transaccional y una metodología hermenéutica dialéctica" (Lincoln y Guba, 2021), además de generar una representación de la experiencia vivida (Bolívar y Porta, 2010).

El enfoque narrativo rescata y hace dialogar a las representaciones sociales, las creencias colectivas, los saberes personales, a las vinculaciones sociales, así que dan cuenta de cierto proceso de subjetivación de las personas. Es la narración, entonces, una segmentación de la historia de vida, que centra procesos, causas y efectos de una persona (Medrano, Cortés y Aierbe, 2004). Por esas razones, este método constituye un puente entre la persona que investiga y ciertas comunidades, "posibilitando la indagación, expresión y comprensión de las realidades vividas, sentidas y expresadas" (Nieto-Bravo, Pérez-Vargas, y Moncada-Guzmán, 2022, p. 216). Tal como lo subraya Daniel Bertaux: "los relatos de vida constituyen significantes [...] es decir las relaciones, normas y procesos, que estructuran y sustentan la vida social" (Bertaux, 1989, p. 91). Dicho así, la narración constituye relatos biográficos en función o relación con el objeto-tema de estudio.

Tomamos como premisa que en un enfoque narrativo se privilegia de aquellos cruces de diversas narraciones, siendo una recreación que conjunta una riqueza experiencial y que avanza por el análisis de categorías siempre encontradas en el campo empírico. El objetivo de una aproximación narrativa es situar el avance de la investigación a través de las historias de las participantes como una «reconstrucción retrospectiva» (Bolívar, 2012). Así, en las entrevistas a profundidad las personas son incitadas a hablar acerca de sus procesos y aquellas condiciones de experiencia que posibilitan un relato de vida.

Para la construcción de la muestra se utilizó una estrategia de muestreo intencionado de variedad máxima, la cual busca capturar una amplia gama de experiencias posibles dentro del fenómeno de la migración, atendiendo a sus múltiples formas de expresión y narración. Este enfoque tiene como objetivo saturar teóricamente el fenómeno, es decir, identificar patrones recurrentes y variaciones significativas en los relatos de las personas participantes, sin perseguir representatividad estadística sino riqueza y profundidad cualitativa. La selección de las entrevistas respondió a criterios de semejanza

y variación, permitiendo así una lectura comprensiva y matizada del fenómeno migratorio desde una lógica inductiva y exploratoria (Patton, 2015). En consecuencia, el estudio se condensó en un corpus narrativo diverso que permite observar las configuraciones identitarias, afectivas y estructurales que atraviesan las experiencias de quienes migran. Sin embargo, este análisis representa un subconjunto de ellas, seleccionadas y llevadas por un tratamiento analítico sobre la vulnerabilidad y sus condiciones de pertenencia. El promedio de duración de las entrevistas es de 110 minutos.

Dicho lo anterior, para este artículo se privilegió el análisis de cuatro entrevistas de mujeres que han experimentado de formas diferenciadas un sentimiento de vulnerabilidad en sus experiencias de migración. Si bien todas las personas migrantes con estatus irregular construyen de formas diferenciadas cierta experiencia de vulnerabilidad, seleccionamos estas cuatro narraciones porque encontramos puntos de coincidencia que ayudan a tejer analíticamente nuestro ensamblaje teórico-metodológico. Sus edades oscilan entre los 55 y los 26 años. Todas ellas son mujeres heterosexuales, la mayoría de ellas son madres, se dedican al trabajo del hogar y sostienen relaciones matrimoniales.

Las narrativas en las que nos centramos tienen como características cualitativas algunas de las yuxtaposiciones descriptivas (ver tabla 1) que nos permite analizar las enmarcaciones de la experiencia vulnerable. Cabe aclarar que, para salvaguardar la identidad de las personas entrevistadas, se decidió mantener el anonimato de las narrativas; por esas razones la codificación responde a una nomenclatura ficticia para referirnos a nuestras entrevistadas en párrafos posteriores.

Tabla 1

Características de los participantes

ID	Seudónimo	Ocupación	Localidad origen	Localidad de residencia	Edad	Estatus migratorio
ROC	Romina	Trabajo del hogar	Oaxaca, Oaxaca	California, Estados Unidos	53 años	Estatus irregular
GCC	Gertrudis	Trabajo del hogar	Cuetzalan, Puebla	California, Estados Unidos	55 años	Residente
AML	Anabel	Auxiliar de un asilo	Ciudad de México	Lancaster, Estados Unidos	26 años	Estatus irregular
BZC	Beatriz	Encargada de mostrador	Acapulco, Guerrero	Los Ángeles, Estados Unidos	55 años	Estatus irregular

Para avanzar con mayor claridad en el análisis, es necesario trazar un mapa teórico que permita entender cómo se relacionan entre sí las categorías de género y vulnerabilidad, ya que ambas no operan de manera aislada, sino que se imbrican con los procesos de subjetivación. Desde esta perspectiva, la vulnerabilidad social no puede pensarse como una condición generalizada, sino antes bien debe ser comprendida en términos diferenciales y situados, atravesada por matrices de desigualdad. Sobre este pensamiento, Judith Butler (2006) amplía el concepto de vulnerabilidad más allá de la carencia material, y lo sitúa como una condición multi-relacional y política, que se

mantiene vinculada a la exposición y distribución desigual de la precarización y la violencia. Así, el género no es simplemente un componente más dentro del análisis de la vulnerabilidad, sino una de sus principales condiciones de posibilidad, que configura tanto las formas en que los cuerpos se vuelven legibles en el espacio social y las formas específicas en que pueden ser protegidos.

Esta propuesta se complementa con los aportes del feminismo latinoamericano interseccional, que ha mostrado cómo la subjetivación de género se produce en condiciones estructurales que distribuyen la vida y la muerte de forma desigual (Segato, 2013; Valencia, 2010). En consecuencia, el género y la vulnerabilidad deben entenderse como categorías relacionales: el género configura la experiencia de la vulnerabilidad, y la vulnerabilidad permite observar cómo el género se materializa en condiciones específicas de la realidad social.

Dicho lo anterior, entendemos la conceptualización de la vulnerabilidad social desde un marco feminista, centradas en la discusión que Judith Butler ha sostenido principalmente en sus trabajos: *Marcos de guerra. Las vidas lloradas* (2006a) y *Vida precaria. El poder del duelo y la violencia* (2006b) donde ha reflexionado sobre la condición de vulnerabilidad es un sentido de desposesión y fragilidad respecto a las experiencias de pérdida. Así, la identidad de las personas se conforma a través de gramáticas discursivas, donde es primordial entender al género a través de una dimensión performativa, pero también desde distintas posiciones y condiciones de vulnerabilidad y de interdependencia. Butler asegura que esa condición de vulnerabilidad primigenia constituye y formula los sentidos de pertenencia y comunidad, donde esa constitución vulnerable se distribuye de una forma diferencial en términos geopolíticos, lo que conduce a pensar ciertos colectivos y comunidades más propensos a esa distribución de vulnerabilidad. Lo anterior conduce a pensar comunidades sociopolíticas y afectivas de las que formamos parte y dependemos para poder vivir. Entonces, existimos en un “mundo de seres [que] por definición [somos] físicamente dependientes unos de otros, físicamente vulnerables al otro” (Butler, 2006b, p. 53).

Asentadas en la reflexión de Butler (2006a; 2006b) sobre la vulnerabilidad, encontramos una categoría conceptual que resulta crucial cuando hablamos de migración y género. Butler entiende la vulnerabilidad no sólo como una condición pasiva o inevitable, sino como una exposición constante frente al otro, es decir, una interdependencia que nos marca y constituye. Para las mujeres migrantes, esta vulnerabilidad es especialmente intensa, pues se entrelaza con formas de precariedad que van desde la exposición a la violencia hasta la falta de reconocimiento en sus derechos más básicos. Encontramos que, en su desplazamiento, no solo se ven despojadas de la protección que el Estado debería garantizarles, sino que también se enfrentan a la mirada que las reduce a una existencia precaria.

Entonces, la vulnerabilidad es una condición que podría generar lazos y redes de apoyo; sin embargo, cuando se niega la legitimidad de ciertas vidas o se consideran *menos dignas* de protección, la vulnerabilidad se convierte en un mecanismo de control. En el caso de las mujeres migrantes, esto se traduce en una doble precarización: son vulnerables no solo por su condición de migrantes, sino también porque las regulaciones de género las expone a violencias específicas, durante el tránsito como en sus lugares de emplazamiento.

En la reflexión de Butler (2006a) sobre la vulnerabilidad, el cuerpo es crucial para explicar dicho proceso

constitutivo, ya que enfatiza cómo el cuerpo, en su fragilidad constitutiva, es el primer sitio donde la vulnerabilidad se hace evidente o se *encarna*. Para las mujeres migrantes, este cuerpo vulnerable se convierte en un espacio de riesgo, un territorio donde se manifiestan las violencias de género y las políticas de exclusión. Sus cuerpos se vuelven blancos de vigilancia, de explotación, de discursos que intentan controlarlos o disciplinarlos. Este cuerpo en tránsito, lejos de recibir cuidado o empatía, es muchas veces visto con recelo o con desprecio, como si su propia existencia cuestionara los límites de la nación y de la ciudadanía. A partir de esta concepción, la vulnerabilidad de las mujeres migrantes es un reflejo de cómo ciertos cuerpos —aquellos que representan “el otro”— son sistemáticamente desprotegidos y considerados prescindibles en el contexto actual. La vulnerabilidad, en lugar de ser entendida como un llamado a la solidaridad y la justicia, se instrumentaliza para justificar la exclusión de las personas migrantes y feminizadas. Esto nos invita a preguntarnos: ¿cómo podríamos resignificar la vulnerabilidad desde un enfoque de cuidado que reconozca la vulnerabilidad de estas mujeres?

3. Condiciones de vulnerabilidad en la migración

Con fines empíricos, ligamos una serie de entrevistas que dan cuenta de la relación fundamental entre las condiciones de vulnerabilidad que nos interesa explorar en esta intervención. Comenzaremos con la narración de Romina. Ella es una mujer de 53 años, residente en el Estado de California y cuyo estatus migratorio es irregular.

Le lanzamos una pregunta a Romina, una cuestión que podría resultar sencilla: ¿Cómo surgió la idea de migrar? Al formular esta interrogante sobre el pensamiento de irse de su lugar de origen su primera respuesta es: “me afecta”, y notamos cómo la voz se quiebra. Notamos cómo aquella textura de la lengua se vuelve más áspera. Y, sin embargo, no se detiene. Romina continúa: *“En cierto tiempo me afecta más el pasado”*.

Ese abordaje de la migración es importante para el desarrollo de esta investigación. El pasado, la temporalidad del desplazamiento surge como una matriz de recuentos en la narración de Romina, ya que nos obliga a detenernos y prestar atención, o bien, iluminar el conjunto de su pensamiento. Siguiendo esta reflexión, ella dice:

Pero no me gusta mucho ese pasado. Cuando llegamos, muchas cosas malas nos pasaron. Ese punto, disculpa, pero sí está muy fuerte para mí. Más bien me gusta ahorita, porque ya pasé muchas barreras, pero ese lado sí me afecta mucho. Me recuerda a algo – que yo pienso que recordar es volver a vivir –, como un trauma que no se puede superar tan fácil. (Romina, 2024)

Romina ciñe su narración en las complicaciones que ocurrieron tras cruzar la frontera de México a Estados Unidos, es decir, sobre los infortunios pasados que ahora, vueltos a recordar, afianzan una idea particular de sentido de arrojo y vulnerabilidad. Ahora bien, esos recuerdos, como decíamos, se matizan con la sensibilidad adquirida con el transcurrir del tiempo. Romina afirma que, pasados los años, se siente afortunada de poder “superar” ciertas experiencias desagradables sobre el tránsito ilegal. Para continuar:

[...] yo decidí ser emigrante, por lo mismo: causas de la necesidad de nuestro país y necesidades propias, porque uno espera algo mejor. Como te decía, yo soy indígena, en mi zona hablamos el mixteco, fui afortunada de que mis padres me enseñaron el idioma español y no tuve problemas en mi escuela, para mi comunicación; incluso aquí, llegué y mi primera meta fue educarme con el idioma y sacarme un curso. Muy difícil porque nadie me apoyó: situación económica drástica porque no había de dónde. (Romina, 2024)

Las cuatro narraciones a las que recurrimos dan cuenta de la emergencia subjetivante de la migración, aunque no la hayan vivido en carne propia, ya que es un discurso cotidiano en constante fluctuación como parte de la vida colectiva de las familias migrantes. Por otra parte, el movimiento migratorio, así como la configuración mixta de las familias –esto lo sugerimos como cuestión abierta– puede ser estructurada bajo ciertas reivindicaciones identitarias que, desde un tropo sociocultural, enarbolan una multifacética cuestión dentro de los estudios de los movimientos de desplazamiento y emplazamiento. Por esas razones, pensar en clave de vulnerabilidad permite intuir ciertas nociones sobre la migración transnacional.

Siguiendo con la narración de Romina:

Sí, es una ciudad vecina, que continúa. Ahí llegamos a la casa del hermano de mi esposo y ellos no tenían trabajo. Nos tocó vender naranjas, fruta para poder sobrevivir; y no la comprábamos nosotros, un primo de mi esposo nos ayudó a poder agarrar. Él la compraba, nosotros la vendíamos y nos daba una parte. Nos tocó vender cassettes con otro primo de mi esposo que se dedicaba a comprarlos y venderlos: él nos daba los cassettes y la ganancia se daba una parte él y una parte de nosotros. (Romina, 2024)

Sobre la narración subrayamos la aprehensión epistemológica que sostiene que todos los cuerpos, en tanto sujetos subjetivados, nos encontramos inmersos en marcos de reconocimiento e inteligibilidad que nos vuelve humanos. Los marcos a los que nos referimos son políticos, sociales, culturales, generizados (Hernández, 2019; 2021). La vulnerabilidad, para Judith Butler, siempre es un gradiente o componente de las relaciones de poder, por esas razones, entendemos en términos prácticos que la vulnerabilidad se relaciona con aquella *capacidad afectar y ser afectado* (Butler, 2006a; 2017), y es una noción central para la formación de los procesos de subjetivación. Entonces, aprehendemos que la vulnerabilidad de los sujetos migrantes es resignificada, dado que la vulnerabilidad (en tanto potencia política movilizadora) no es una condición sustancialmente existencial, sino una condición inducida socialmente. Sobre la afirmación de Romina: “me afecta”, se tiñe no solamente la temporalidad y el recuerdo de su desplazamiento, sino del conjunto que –como venimos señalando– constriñe los términos más generales de sentirse frágil en determinados momentos. En este tenor, para Butler, la vulnerabilidad no es entendida como una debilidad o impotencia del ser, sino como un componente de nuestra condición humana que permite tejer nuestra singularidad en lo colectivo y característica propia de la interdependencia social.

Encontramos en el conjunto de entrevistas un sentido particular de vulnerabilidad relacionada con la noción de comunidad e interdependencia. Sobre lo anterior podemos traer a la discusión otra narrativa. Gertrudis, una mujer de 55 años, residente del Estado de California. Ella nos relata cómo fue su tránsito migratorio, sobre lo complicado que fueron los primeros años de llegada y adaptación.

Ella afirma que no ha pedido nada en particular a los gobiernos de México y Estados Unidos, en sus palabras:

Fue del esfuerzo de mi esposo y mío. Siempre ha sido. Sí, yo no he pedido nunca nada al Gobierno de México ni al Gobierno de Estados Unidos. Nadie me ha mantenido, ni un cacahuete. Sí, siempre ha sido mi esfuerzo y trabajo. (Gertrudis, 2024)

Es interesante la forma en la que Gertrudis cancela ese dispositivo de administración gubernamental para volcar el sentido de apoyo a su familia. Esa red sobre la que se siente protegida es un conjunto de personas que pueden otorgarle un sentido, como ella dice, de paz; es decir, de estabilidad independientemente de las circunstancias. La sensación vulnerable, entonces, puede ser una primera dimensión de ese tejido de común interdependencia. Para ella lo que ha formado fuera de su país es un grupo de acompañamiento.

“Claro, es una comunidad”— afirma Gertrudis — Para continuar diciendo: “Nos vamos echando la mano todo, te digo. En ciertas circunstancias no me siento sola. Ahora no me siento tan sola, pero sí, sí es pesado. Es muy pesado” (Gertrudis, 2024). Siguiendo con el testimonio de Gertrudis y relacionándolo con esos procesos de vinculación y resiliencia comunitaria, ella menciona que, en un principio, necesitó mucho tiempo para forjar ese sentido de pertenencia comunitaria fuera de México. Sin embargo, se mantiene esa común afectación de sentirse vulnerable en otro país donde el promedio de personas es estadounidenses. Gertrudis afirma: “la temática es darle a los latinos como piñatas, porque pues somos supuestamente los que estamos atrasando todo lo que pasa en este país” (Gertrudis, 2024). La imagen mental a la que se refiere Gertrudis es intensa: “darle a los latinos como piñatas”. Podemos agregar sobre esa metáfora que utiliza que a una piñata se golpea hasta romperla. Esa sensación es primigenia, pero se refuerza con el paso del tiempo, como nos menciona Gertrudis.

Nos preguntamos si esa metáfora que ha sentido, en diversas ocasiones Gertrudis, puede ser una ruta empírica sensitiva para ir apuntalando sobre la conversación de condiciones de vulnerabilidad a procesos restaurativos que pueden incluir o manifestarse como comunitarios. Lo anterior involucra la capacidad de las personas dentro de la comunidad para trabajar juntas, apoyarse mutuamente y desarrollar recursos y estrategias que promuevan la recuperación y el bienestar colectivo.

Esa capacidad, ese conjunto emergente de disposiciones, que colocamos en el proceso migratorio las pensamos necesariamente en relación con la disposición subjetiva y el reconocimiento de *sentirse vulnerable*. Para ejemplificar tal devenir empírico-conceptual traemos a colación un pensamiento de Romina cuando habla sobre su familia nuclear (esposo e hijos) que viven con ella en Estados Unidos y su función de apoyo para con su familia extendida (hermanos, sobrinos) del lado de la frontera mexicana. Su narrativa enfatiza en su estado de interdependencia socioafectiva y afirma que lo que nos hace humanos es: “cómo actuamos, cómo tratamos a los demás, qué tan vulnerables somos. Y creo que Dios somos nosotros en el proyecto de nuestros hermanos que están al lado” (Romina, 2024).

Aquellos procesos de reconocimiento también interfieren con el reconocimiento de la propia

vulnerabilidad, por esas razones “si los proyectos de reconocimiento que se encuentran a nuestra disposición son aquellos que *deshacen* a la persona [...] entonces el reconocimiento se convierte en una sede del poder mediante la cual se produce lo humano de forma diferencial” (Butler, 2015, p. 15). Entonces colocamos más atención al subrayado de Butler, ya que pone en cursivas la palabra «deshacer». La palabra provoca un eco: deshacer como desorganizar o desarticular un marco de afirmación o exploración identitaria. Para Gertrudis esa organización tiene que ver con aquellas detonaciones culturales y mediáticas sobre las condiciones de la comunidad migrante. Ella dice: “Lo que sí es que me daba miedo los primeros años que me tocara en la puerta porque siempre me asomaba ahí porque se oía tanto que había redadas y todo esto y tú vives con ese sobresalto” (Gertrudis, 2024). Esa alerta y conjunción al temor que siente Gertrudis es un marco de reconocimiento: diferente en el sentido de precaución y preocupación. Por esas razones, una de las encrucijadas sobre las que avanzamos, al menos en términos teóricos y que luego se complejizan a nivel empírico, es que las enmarcaciones de vulnerabilidad dependen completamente de las políticas sociales de reconocimiento. Esto es: necesitamos de la colectividad para constituirnos como personas. Este proceso ontológico que Butler sitúa, pero que desglosa desde los tropos filosóficos de Hegel y de Levinas, es altamente antropológico. No es posible desgajar ese reconocimiento si no es por medio de la esfera sociocultural que permite ese campo de tensión irresoluble.

Ahora bien, al analizar las perspectivas de las familias migrantes desde una óptica de la vulnerabilidad –bajo las orientaciones de Judith Butler, Adriana Cavarero y Athenea Athenassiou– concordamos que la comprensión de la vulnerabilidad es una noción fundamental para la reflexión política en el contexto contemporáneo, y puede conformar nuevas formas de pensamiento crítico sobre la justicia social y los derechos humanos. La vulnerabilidad como un proceso profundamente relacional y comunitario reconfigura cómo entendemos y practicamos la idea abstracta de comunidad en contextos profusos de vulnerabilidad. Butler sostiene que la vulnerabilidad, en tanto condición intrínseca de la vida, siempre está entrelazada por redes de dependencia y cuidado mutuo. La idea de comunidad no se desarrolla a partir de individuos autónomos, sino que abre un espacio que configura relaciones de cuidado en distintos niveles y geografías. Butler subraya la necesidad de pensar aquellas vulnerabilidades específicas por las que atraviesan ciertos cuerpos de la comunidad, particularmente aquellos cuerpos históricamente excluidos, huidizos o marginados.

Ahora bien, Anabel una mujer de 26 años –un poco más joven que Gertrudis y Romina– explica el papel de los procesos de gubernamentalidad necesaria para reducir, podríamos decir, las sensaciones y la exposición directa a la vulnerabilidad social. Siguiendo la narración de Anabel, ella asegura que:

[...] el Gobierno sí te da muchos beneficios, muchas oportunidades, las que dan en estos estados santuario, pero al mismo tiempo mucho miedo para que no hagas cosas malas. Entonces siento que esos miedos yo los tengo, así como inclusive salir a la calle y así como que ‘ay, ahí viene una patrulla, bájale a la velocidad’, casi que quiero yo pasar desapercibida o invisible ante las autoridades en este país. (Anabel, 2024)

Nos queremos detener un poco en un recorte de la narración de Anabel sobre esa sensación de miedo que experimenta en el espacio público. En este fragmento, describe cómo su experiencia está marcada por una constante vigilancia hacia sí misma y hacia su entorno, motivada por el miedo a ser

identificada como una persona sin documentos. Desde la perspectiva de Butler, esta situación refleja cómo las estructuras de poder regulan los cuerpos migrantes, imponiéndoles (imprimiéndoles) una compleja capa social de precariedad que las hace particularmente vulnerables. Ahora bien, el deseo de invisibilidad no es una simple estrategia individual, sino una respuesta a un contexto normativo que amenaza con la exclusión, el castigo y, por último, un malestar recurrente en el común de las entrevistas: la deportación.

Aquí, en esa cuadratura donde el cuerpo migrante es trazado por otros marcos de reconocimiento. Es decir, cuerpos a los cuales esa distribución exacerbada de vulnerabilidad se traduce en no solo la imposición de miedo (cuando no se debería sentir una emoción así), sino que también restringe su capacidad de agencia y su capacidad de actuar en el espacio público, limitándola a ser (y desear pasar) desapercibida. Para Butler (2007b), la vulnerabilidad no solo describe la fragilidad inherente de los cuerpos, sino también su exposición a marcos normativos que deciden cuáles vidas son *vivibles* y cuáles pueden ser abandonadas sin consecuencias. Para Athanasiou (2013), esta exposición no es pasiva, sino performativa: el cuerpo que desea invisibilidad está, paradójicamente, reafirmando esa violencia estructural bajo la que se somete.

El deseo de Anabel de volverse invisible en los espacios públicos refleja una estrategia de supervivencia frente a un sistema que no solo ignora su existencia como migrante, sino que la marca como una amenaza potencial al orden normativo y restrictivo de la legalidad. Por esas razones y narraciones empíricas, nos parece importante la propuesta de Butler para conceptualizar la vulnerabilidad como una condición política que no se distribuye equitativamente: algunos cuerpos son socialmente reconocidos como valiosos y protegidos, mientras que otros son colocados en ese “afuera”, del que mencionábamos líneas arriba. Este afuera no es meramente geográfico o jurídico; es, ciertamente, ontológico, ya que implica la descalificación de ciertas vidas como no dignas de reconocimiento, de cuidado o de protección. Particularmente en este caso, Anabel no solo enfrenta la exclusión legal de forma subjetiva, sino también una exclusión existencial que le niega la posibilidad de ser plenamente visible y actuante en el espacio público.

En la entrevista que sostuvimos, Beatriz señala cómo su interacción con las autoridades y su percepción de las leyes la lleva recurrentemente a desear “pasar desapercibida”, casi como si su cuerpo debiera desaparecer del campo de visión del otro, del otro que siempre es percibido como una amenaza latente. Este deseo de invisibilidad no es un acto de voluntad, sino una respuesta a las condiciones de vulnerabilidad impuestas por un sistema que asocia su existencia con la ilegalidad y la amenaza. Butler (2005; 2017) señala que la vulnerabilidad es siempre una exposición al daño social, pero también; una falta de garantías para aparecer como sujeto legítimo en el espacio social y político. Este *afuera constitutivo* —donde se ubican la mayoría de los cuerpos migrantes— es un espacio de exclusión radical que, sin embargo, sustenta las estructuras normativas de inclusión. Sin embargo, este deseo de desaparecer también muestra cómo el sistema normativo ha moldeado su subjetividad, inscribiendo cierta producción de emociones como herramientas de autocontrol. Como Butler, siguiendo a Foucault, sugiere, el poder no solo actúa desde fuera, sino que también opera desde dentro, moldeando cómo los sujetos vulnerables se perciben a sí mismos y a su entorno.

Siguiendo el anterior desarrollo, Athena Athanasiou (2013) expande esta idea al problematizar

cómo las estructuras normativas (que nos vuelven sujetos) producen disposiciones afectivas, por ejemplo, el miedo o el deseo de invisibilidad. Athanasiou señala que estos efectos emocionales no son meramente personales, sino que responden a las lógicas de poder que estructuran la vida social y cultural. Para las personas migrantes, la vulnerabilidad exacerbada no solo radica en la precariedad material o legal (como venimos insistiendo), sino también en la imposición de una regulación emocional como el miedo o la amenaza, que condicionan parcialmente su capacidad de habitar el espacio público y de imaginar alternativas de existencia en esos contextos. Una de las paradojas que encontramos sobre ese acontecimiento es que el mismo sistema legal que rechaza a estos cuerpos también depende de ellos para su funcionamiento económico y social.

En este sentido, la práctica pedagógica de la familia a través de la educación del hijo en valores de solidaridad y respeto hacia los migrantes es un intento de deshacer las jerarquías culturales impuestas por el sistema hegemónico legal. Aquí, la formación de familia (a través de su reconocimiento vulnerable) de Beatriz se convierte en un lugar de resistencia a través de la transmisión cultural, desafiando la vulnerabilidad social al construir un marco ético donde las vidas migrantes sean reconocidas como valiosas. Este esfuerzo refleja una estrategia de resiliencia y contrahegemonía que se inscribe en la dimensión relacional de la vulnerabilidad: el hijo se convierte en un agente potencial de transformación en un sistema desigual.

Siguiendo la narración de Beatriz, en otro momento dirá:

Me da miedo, y la realidad es que me da miedo porque digo “seré activista cuando tenga documentos porque así no me pueden correr”, pero mientras siento que yo, que todo el tiempo estar saliendo así como “ni me vean la cara”, así como ni me reconozcan, entonces no, prácticamente ahorita no, es como, no sé, mucho el miedo y siento que también muchas veces el miedo me ha limitado como a hacer muchas cosas que yo quisiera hacer, porque ni siquiera me lo había preguntado, hasta inclusive entre menos te vea mejor porque es traumante, es muy traumático cada vez que se escuchan las nuevas leyes, y muchas leyes son muy buenas, pero muchas son así como de “no, da miedo”. (Beatriz, 2024)

Subrayamos el anterior fragmento sobre el miedo que no sólo afecta sus movimientos cotidianos, sino también sus aspiraciones ligadas a un ejercicio político sobre su sensación de vulnerabilidad social: “Seré activista cuando tenga documentos porque así no me pueden correr”. Sobre esa línea se manifiesta la tensión entre vulnerabilidad y agencia que Butler y Athanasiou discuten ampliamente. El miedo descrito en este fragmento resalta cómo la precariedad condiciona la agencia y las posibilidades de acción de los cuerpos migrantes. Con eso, la precariedad no es solo la exposición a riesgos materiales o físicos, sino también la imposibilidad de participar plenamente en la vida social debido a estructuras que distribuyen el poder de forma desigual (Butler, 2004). Anabel asocia la posibilidad de resistir y actuar políticamente con la posesión de documentos legales, lo que subraya la relación entre el estatus legal y la capacidad de intervenir en el espacio público.

Ahora bien, el miedo también se entrelaza con la narrativa de Anabel sobre los medios de comunicación y las leyes que exacerbaban su sensación de inseguridad. Butler señala que los marcos normativos que estructuran la vida pública no solo definen qué cuerpos son vulnerables, sino también qué emociones

—como el miedo o la ansiedad— son producidas y gestionadas en estos contextos.

La agencia que plantea Anabel está condicionada por su posición de precariedad, ya que su acceso a una fantasía de estabilidad depende de un estatus legal que le permita habitar el espacio público sin temor. Esto refleja lo que Athanasiou (2015) describe como una disposición afectiva impuesta, donde las emociones —en este caso, el miedo— son una manifestación de las estructuras de poder. En este sentido, el espacio público, entendido como un lugar de visibilidad y acción (Lefebvre, 1991; Harvey, 1977), está restringido para Anabel, ya que su cuerpo es visto como ilegítimo dentro de los marcos normativos de la migración. Insistimos en que, para Butler, la capacidad de aparecer en el espacio público es una condición esencial para ejercer agencia política. Sin embargo, cuando esta capacidad es negada, como ocurre en el caso de los cuerpos migrantes indocumentados, la posibilidad de resistencia se ve severamente limitada. Este marco normativo no solo restringe su acción, sino que también le impone un deseo de invisibilidad que perpetúa su exclusión.

Podemos decir que las experiencias individuales, aquellas formaciones de experiencia trazan los trayectos de subjetivación que solamente en el sentido de los umbrales de la vulnerabilidad, posteriormente, podrán vincularse con formas de ejercicios políticos y pedagógicos. Sobre esta cuestión Anabel relata:

Yo, con mi pareja, a nuestro hijo lo vamos a educar con normas y con reglamentos latinos. Así siento, en el sentido de “mi hijo va a hablar español, yo le voy a hablar en español, yo le voy a enseñar a mi hijo español” y que tiene que estar orgulloso de sus raíces, que tiene que estar orgulloso de sus papás, a pesar de que no son nacidos aquí y de que son inmigrantes, y que tiene que respetar a las personas inmigrantes, que tiene que respetar a todo el mundo, pero tener más que nada esa sensibilidad y el querer apoyar el día de mañana si se encuentra un indocumentado en la calle, ¿no? Entonces es lo que yo tengo mucho, sensibilizar a mi hijo con estos temas y que no esté en su corazón el ser racista y que tampoco sea un aprovechado por el simple hecho de que él tiene documentos y otras personas no. (Anabel, 2024)

En el fragmento anterior, Anabel narra su decisión de educar a su hijo desde una perspectiva de orgullo cultural y sobre cierta sensibilidad orientada a las desigualdades sociales. Este acto puede entenderse como una forma de resistencia frente a un sistema que desvaloriza las raíces culturales de las personas migrantes. Sin embargo, aquí no estaríamos abordando la experiencia de Anabel desde el marco de la vulnerabilidad que aprisiona al cuerpo, sino, por el contrario, un prisma o destello de resistencia. Esta ambigüedad refleja, por así decirlo, lo que Butler y Athanasiou (2013) describen como la experiencia de performatividad vulnerable: aunque limita la agencia, también puede ser el punto de partida para imaginar nuevas formas de resistencia y colectividad. En este caso, la experiencia de vulnerabilidad de Anabel podría dar lugar a una práctica política que desafíe las normas que regulan quién puede aparecer en el espacio público y en qué condiciones. Butler (2006) sugiere, en sus planteamientos, que los actos de reconocimiento y reafirmación de identidades marginadas son una forma de resistencia a las estructuras normativas que deshumanizan.

Para ir cerrando, queremos quedarnos con el carácter reflexivo sobre la migración en los contextos transnacionales, que vamos explorando a través de las narrativas, así como las fuertes

reestructuraciones de la vida cotidiana producto de la separación familiar, del desapego material de la cultura y por la exposición acrecentada del daño en el transcurso del movimiento de emplazamiento y desplazamiento.

Por último, queremos agregar que la ciudadanía activa, como marco analítico, apela a la promoción de la cohesión social entre los ciudadanos, pero “parte de la idea de que las leyes y las instituciones son condiciones necesarias, pero no suficientes para el desarrollo democrático” (Somuano y Nieto, 2015, p. 15). En contextos de migración, la ciudadanía activa opera entonces como principio axiológico que no se desprende exclusivamente del estatus legal de las personas en tanto ciudadanos oficialmente reconocidos por el Estado, sino en el interés colectivo de mejorar las condiciones de vida a nivel comunitario. Este marco analítico constituye, entonces, una óptica para entender cómo la agencia colectiva opera paralelamente al Estado en la búsqueda de satisfacer las necesidades básicas de la población que, por ausencia de un estatus de ciudadano legalmente obtenido, apela a la construcción de redes e infraestructuras sociales para garantizar no solo la supervivencia individual, sino familiar y colectiva, así como repensar otros marcos analíticos sobre las prácticas de ciudadanía en estos procesos.

Consideraciones finales: vulnerabilidad, migración y agencia

Los complejos procesos migratorios desafían las ideas centrales de fronteras fijas y delimitadas, que es central a la concepción moderna de Estado. Las fronteras no son solo líneas divisorias en un mapa, sino también expresiones de soberanía y control estatal. Pero, en la práctica, la migración desborda y cuestiona estas líneas imaginarias. Las mujeres migrantes, en particular, enfrentan múltiples formas de violencia en estas fronteras, desde la violencia física y sexual hasta la violencia burocrática que las deja en un estado de indefensión legal y social. Este cruce desafía el ideal de un orden territorial claramente definido y los espacios fronterizos donde la vulneración se inscribe en los cuerpos.

Asimismo, la migración cuestiona los discursos de identidad nacional y homogeneidad cultural que los Estados promueven para crear cohesión social. La presencia de comunidades migrantes en Estados Unidos, con sus propias prácticas, lenguas y valores, reta la idea de que un país debe tener una cultura o identidad única. Para las narrativas en las que nos enfocamos en el texto, esta transición incluye un doble proceso de adaptación y resistencia, donde intentan integrarse en un nuevo contexto sin perder sus propios lazos culturales y familiares. En este sentido, la migración pone en evidencia que la identidad nacional es una construcción que, lejos de ser fija o inmutable, se transforma y se enriquece con la diversidad.

Siguiendo la reflexión de Butler sobre la vulnerabilidad, ella encuentra en su núcleo de recepción epistémica una ética del cuidado donde la interdependencia, nos ofrece una vía para reconsiderar nuestra respuesta a la vulnerabilidad de las personas migrantes. Si comprendemos la vulnerabilidad no como una debilidad, sino como una condición común que debería llevarnos a la responsabilidad y la compasión, es posible imaginar un enfoque de la migración donde las mujeres no sean vistas solo como “vulnerables”, sino también como personas valiosas, con derechos y con la capacidad de enriquecer las comunidades donde habitan. Señalamos lo anterior sin ningún tipo de romantización conceptual, sino que entendemos que esos procesos de vulnerabilidad traen consigo periodos

diferenciados de vulneración social, que se puede entender bajo otros tropos epistémicos mucho más vinculados a tipologías de la violencia. Sin embargo, encontramos en las narrativas que revisamos que, en oposición de afrontar esa vulnerabilidad, las mujeres migrantes conciben ese elemento como un motivo para constituir redes de apoyo en términos relacionales y comunitarios.

La migración, en suma, es un fenómeno que no solo desplaza cuerpos en el espacio geográfico, sino que reconfigura las nociones de ciudadanía e identidad, a la vez que complejiza las fronteras sociales y culturales. Enfrentar esa compleja relación implica repensar los marcos legales y conceptuales que organizan las sociedades modernas y reconocer que los derechos y la dignidad de las personas deben trascender el lugar donde nacieron o el estatus que les concede un Estado. Entonces, si nuestras vidas están entrelazadas en redes complejas de interdependencia y cuidado mutuo, en el contexto de la migración, encontramos cómo las decisiones de migrar están estrechamente influenciadas y condicionadas por los factores económicos, políticos y sociales. Por esta razón, aseveramos que las personas migrantes no actúan de manera aislada, sino que sus movimientos migratorios están altamente modelados por esas relaciones afectivas y materiales que necesitan sostener y que se vuelven aún más complejo de mantener con el tránsito y fluidez de los límites culturales.

La noción de vulnerabilidad social planteada por Judith Butler ofrece un marco clave para analizar las experiencias narradas en estos fragmentos de entrevista. Butler entiende la vulnerabilidad –volvemos a enfatizar– no como una característica individual, sino como una condición relacional, inscrita en el marco de las estructuras sociales y normativas que regulan los cuerpos y las existencias. Así, la vulnerabilidad de las personas migrantes emerge como una consecuencia de su posición en un sistema político y cultural que produce exclusión, miedo y desigualdad. Por lo tanto, las narraciones revelan cómo esta vulnerabilidad afecta tanto su vida cotidiana como su capacidad de imaginar un futuro diferente. Entendemos a los cuerpos migrantes como lugares donde la exposición a la precariedad alcanza niveles críticos. Así, para pensar la vulnerabilidad en el contexto de la migración, es necesario seguir reconociendo cómo las estructuras normativas producen precariedad y restringen la agencia, pero también cómo estas experiencias pueden dar lugar a nuevas formas de resistencia. La relación entre vulnerabilidad y agencia no es dicotómica, sino dinámica: los cuerpos vulnerables, incluso en su precarización, pueden convertirse en sitios de transformación política y social.

Finalmente, el movimiento migratorio pone en primer plano las profundas desigualdades que existen entre las naciones del Norte y el Sur Global, cuestionando así la pretendida noción de igualdad entre los Estados. La migración desde México hacia Estados Unidos no es sólo una elección individual, sino una consecuencia de las condiciones económicas, sociales y políticas que empujan a muchas personas a dejar sus hogares en busca de oportunidades y seguridad.

Referencias

Alpert-Abrams, D. & Davenport, L. (2021). *Women on the move: Gendered risks in Central American migrant caravans*. *Journal of Migration Studies*, 9(2), 45-66.

Athanasiou, A. (2015). ¿“Quién” es aquel nombre? Sujetos de género y resistencia queer, o el deseo de disputa. En: C. Macón y M. Solana (eds.), *Pretérito indefinido. Afectos y emociones en las aproximaciones al pasado* (pp. 375-396). Título

Basok, T. (2003). *Mexican seasonal migration to Canada and development: A community-based*
PROPUESTAS

somparison. International Migration, 41(2), 3-25.

Bertaux, D. (1989). *Los relatos de vida en el análisis social. Historia y Fuente Oral*, 1, 87-96.

Betalova, J. (2024, 8 de octubre). *Inmigrantes mexicanos en Estados Unidos*. Migration Policy Institute. <https://www.migrationpolicy.org/article/inmigrantes-mexicanos-en-estados-unidos>

Bolívar, A. (2012). *Metodología de la investigación biográfico-narrativa: recogida y análisis de datos*. En M. C. Passeggi y M. H. Abrahao (org.): *Dimensões epistemológicas e metodológicas da investigação (auto)biográfica*. (Tomo II, pp. 79-109). PUCRS

Bolívar, A. & Porta, L. (2010). *La investigación biográfico narrativa en educación: entrevista a Antonio Bolívar*. *Revista de educación*, 1(2), 201-212.

Butler, J. (2004). *Lenguaje, poder e identidad*. Síntesis.

Butler, J. (2005). *Fundaciones contingentes: el feminismo y la cuestión del «post-modernismo»*. *La manzana de la discordia*, 1(1), 133-147.

Butler, J. (2006). *Deshacer el género*. Paidós.

Butler, J. (2006a). *Marcos de guerra. Las vidas lloradas*. Paidós.

Butler, J. (2006b). *Vida precaria. El poder del duelo y la violencia*. Paidós.

Butler, J. (2015). *Los sentidos del sujeto*. Herder.

Butler, J. (2017). *Cuerpos aliados y lucha política: hacia una teoría de la asamblea*. Paidós.

Butler, J., Cano, V. & Fernández, L. (2019). *Vidas en lucha. Conversaciones*. Katz.

Butler, J. & Athanasiou, A. (2013). *Dispossession: The performative of the political*. Polity Press.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2022). *Migración de mujeres mexicanas hacia Estados Unidos: desafíos y políticas públicas*. CEPAL.

Cornejo, M. (2006). *El enfoque biográfico: trayectorias, desarrollos teóricos y perspectivas*. *Psykhé*, 15(1), 95-106.

Cortés, A. & Manjarrez, J. (eds.) (2018). *Género, migraciones y derechos humanos*. Bellaterra.

De Genova, N. (2005). *Working the boundaries: Race, space, and “illegality” in Mexican Chicago*. Duke University Press.

Gregorio, C. (2012). *Tensiones conceptuales en la relación entre el género y migraciones. Reflexiones desde la etnografía y la crítica feminista*. *Papers*, 27(3), 569-590.

Harvey, D. (1977). *Urbanismo y desigualdad social*. Siglo XXI.

Hernández, F. (2019). *Traducciones, afectaciones y localizaciones: la vulnerabilidad afectiva como recurso emotivo en la investigación feminista-queer*. *Millcayac-Revista Digital de Ciencias Sociales*, 6(11), 149-174.

Hernández, F. (2020). *Resistencias. Repensar la vulnerabilidad y repetición*. Judith Butler. Paradiso.

Hernández, F. (2021). *Tres axiomas etnográficos sobre la organización afectiva de la vergüenza queer*. *Desacatos: Revista de Ciencias Sociales*, (66), 154-167.

Imaz, C. (2006). *La nación mexicana transfronteras. Impactos sociopolíticos en México de la emigración a Estados Unidos*. Universidad Nacional Autónoma de México.

Jirón, P. & Zunino, D. (2017). *Dossier. Movilidad urbana y género: experiencias latinoamericanas*. *Revista Transporte y Territorio*, 16(1), 1-8.

- Lefebvre, H. (1991). *The Production of space*. Blackwell.
- Lincoln, Y. & Guba, E. (2012). *Controversias paradigmáticas, contradicciones y confluencias emergentes*. En N. K. Denzin y Y. S. Lincoln (comps.), *Paradigmas y perspectivas en disputa: Manual de investigación cualitativa (Vol. II, pp. 38-78)*. Gedisa.
- Medrano, C., Cortés, A. & Aierbe, A. (2004). *Los relatos de experiencias en la edad adulta: un estudio desde el enfoque narrativo*. *Anuario de Psicología*, 35(3), 371-397.
- Moriña, A. (2017). *Investigar con historias de vida. Metodología biográfico-narrativa*. Narcea.
- Nieto-Bravo, J., Pérez-Vargas, J. & Moncada-Guzmán, C. (2022). *Métodos narrativos en investigación social y educativa*. *Revista de Ciencias Sociales*, 24(1), 215-226.
- Patton, M. (2015). *Qualitative research & evaluation methods*. Sage.
- Pérez, M. (2020). *Rutas de la esperanza: Mujeres migrantes de Centroamérica*. CLACSO.
- Portes, A., Guarnizo, L. & Landolt, P. (2003). *La globalización desde abajo: Transnacionalismo inmigrante y desarrollo. La experiencia de Estados Unidos y América Latina*. Porrúa-UNAM.
- Quintero, F. & Ortiz, J. (2020). *Representaciones sociales: una perspectiva metodológica para la investigación educativa*. En J. Pérez y J. Nieto (eds.), *Reflexiones metodológicas de investigación educativa: perspectivas sociales (pp. 57-104)*. USTA.
- Rodríguez, A. & Sánchez, P. (2023). *Cuerpos en tránsito: Salud reproductiva y redes de apoyo de mujeres mexicanas en EE. UU*. *Revista Latinoamericana de Estudios Migratorios*, 15(1), 68-82.
- Sassen, S. (2003). *The repositioning of citizenship: Emergent subjects and spaces for politics*. *Berkeley Journal of Sociology*, 48, 4-26.
- Sayad, A. (2010). *La doble ausencia: De las ilusiones del emigrado a los padecimientos del inmigrado*. Anthropos.
- Segato, R. (2013). *La escritura en el cuerpo de las mujeres asesinadas en Ciudad Juárez: Territorio, soberanía y crímenes de segundo Estado*. Tinta Limón.
- Sommano, M. & Nieto, F. (2015). *Ciudadanía en México ¿ciudadanía activa?* El Colegio de México & Instituto Nacional Electoral. <https://portalanterior.ine.mx/archivos2/s/DECEYEC/EducacionCivica/Ciudadania-Activa.pdf>
- Szasz, I. (1994). *Migración y relaciones sociales de género: aportes de la perspectiva antropológica*. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 9(3), 129-150.
- Valencia, S. (2010). *Capitalismo gore*. Melusina.
- VV.AA. (2018). *En tierra de nadie*. Gris Tormenta.

Entrevistas

- ROC, marzo del 2024. Entrevista realizada en Los Ángeles, California (archivo personal).
- GCC, marzo del 2024. Entrevista realizada en Los Ángeles, California (archivo personal).
- AML, marzo del 2024. Entrevista realizada en Lancaster, California (archivo personal).
- BZC, marzo del 2024. Entrevista realizada en Los Ángeles, California (archivo personal).

Entrevista: Las representaciones filosófica-sociales de la salud

Interview: The Philosophical-Social Representations of Health

Patricio Trujillo Montalvo¹  

¹ Pontificia Universidad Católica del Ecuador - ECUADOR

DOI: <https://doi.org/10.26807/raci.V31.2025.378> | Páginas: 168-176

Fecha de envío: 11-12-2025 | Fecha de aceptación: 11-12-2025 | Fecha de publicación: 31-12-2025

Entrevistados

Nelson Reascos y José Sola, profesores de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Introducción

Las entrevistas realizadas con **Nelson Reascos** y **José Sola** ofrecen dos miradas complementarias sobre la salud, la formación médica y el lugar de la antropología en la universidad. Desde trayectorias distintas —una vinculada a la filosofía y la reflexión crítica, y otra desde la práctica médica y la docencia— ambos entrevistados coinciden en cuestionar los límites del modelo biomédico y en abrir la discusión hacia dimensiones más amplias de la vida y la sociedad.

Por un lado, **Nelson Reascos**, desde su experiencia filosófica, enfatiza la tensión entre *patogénesis* y *salutogénesis*, cuestionando el modo en que la formación médica privilegia la enfermedad y relega las posibilidades de construcción de salud. Su reflexión resalta las contradicciones de la sociedad contemporánea, donde el consumo y el mercado imponen obstáculos a los estilos de vida saludables, volviendo la salud un bien desigual y muchas veces inaccesible. Para él, pensar en la salud implica repensar los modos de vida, la socialización y las prácticas cotidianas, más allá de la lógica de la prescripción y la medicalización.

Por otro lado, **José Sola**, desde su vivencia como médico y docente, revisa la incorporación de la antropología médica en la Facultad de Medicina, señalando tanto sus aportes como sus limitaciones. Critica la estandarización con la que se clasifica al paciente y la centralidad de la prescripción como sello de la práctica médica. Al mismo tiempo, reconoce el interés creciente en medicinas complementarias y en propuestas como **One Health**, que vinculan la salud humana con la de los animales, el ambiente y el espacio urbano. Sin embargo, advierte que estas visiones permanecen marginales en la formación médica, donde persiste un modelo marcado por la patologización, la medicalización y una cultura de sacrificio que acompaña la identidad del médico.

En conjunto, las voces de Reascos y Sola muestran que la **salud no puede reducirse a la enfermedad ni a la receta médica**, sino que requiere comprenderse como un entramado complejo en el que intervienen factores sociales, culturales, ambientales y de modos de vida. Estas perspectivas invitan a repensar la enseñanza médica y a ampliar los marcos conceptuales hacia una visión más crítica,

integral e interdisciplinaria de la salud.

La conexión entre filosofía y salud

E: Solo quiero saber tu nombre y tu formación.

Yo soy Nelson Reascos. Estudié filosofía tanto en el grado como en el posgrado, pero la filosofía siempre te abre muchísimas opciones de conocimiento, de inquietudes, de compromisos y de incertidumbres. Eso me llevó a acercarme a otros ámbitos del saber, como la sociología, la antropología, la cultura y la salud. Además, siempre estuve de manera militante, cercano a los movimientos sociales, y de manera particular al movimiento indígena, que paradójicamente —o al revés de lo que podría pensarse— más que lo que yo pude haber colaborado con ellos, para mí fue una fuente de formación, de adquisición de nuevos conocimientos, de otras lógicas y de otras miradas, que evidentemente me favorecen más que lo que yo pude haber favorecido a ellos. Me parece de honestidad intelectual reconocerlo, ¿verdad? Porque uno dice: “Ah, es que tú colaboras con el movimiento indígena”. Sí, pero en realidad los beneficios que recibí, que no son de carácter económico, pero sí formativos, cambiaron mi concepción del mundo. Además, me llenaron de espiritualidad, no en el sentido religioso convencional, sino de manera profunda. Eso es invaluable y no se puede evaluar. Por ahí ha sido mi trayectoria.

E: En tu formación profesional, ¿cómo llegaste a vincular tu trabajo con la salud? Primero, ¿cuál es el concepto que crees tú que utilizamos como salud?

Después de haber colaborado en varias instituciones, tanto académicas como de servicios de salud, he descubierto que no hay un concepto unívoco de la salud, sino varias concepciones que responden no solo a identidades étnicas, sino también a determinados sectores sociales dentro de la misma identidad cultural. Por ello, el concepto de salud es polisémico y muy fértil en sus derivaciones e implicaciones. No me atrevería a dar una definición de salud, sino acercarme de manera exploratoria y experiencial a algunas nociones de la misma. Lo que sí es verdad es que la cultura occidental hegemónica, en su concepción cognitiva, administrativa y organizativa, ha colonizado no solo el concepto de salud, sino la oferta de servicios. Así, la salud se entiende más como lo físico y biológico, lo cual es rentable, y esto responde al interés del capital mundial que, a través de las farmacéuticas, posiciona la idea de que la salud se identifica más con la “enfermología” que con la búsqueda del bienestar humano.

Siempre es difícil encontrar conceptos universales o criterios universales. Aunque la filosofía occidental habla de una esencia humana y una naturaleza compartida, la antropología ha mostrado que no: el concepto de ser humano, de sociedad y de vida es diferencial y depende de las adecuaciones de cada sociedad al medio en que vive y a las formas de sobrevivencia que desarrolla.

E: Sin embargo, tratando de buscar bases comunes, ¿existen elementos universales en todas las culturas?

Sí. Todos los pueblos, más o menos de todas las épocas, tienen criterios que podrían considerarse

homologables. Por ejemplo:

No es bueno matar a menos que sea estrictamente necesario.

No es bueno mentir a menos que sea necesario para salvar la vida.

Buscar vivir en armonía con la sociedad y la naturaleza, ya que esta armonía genera bienestar y disminuye el sufrimiento.

Son algunos de los pocos elementos que se repiten en todas las culturas, con distintas fórmulas de expresión. De allí deriva el concepto de salud. En términos generales, podríamos decir que la salud es la búsqueda de un aceptable mínimo viable de bienestar vital, que incluye —en Occidente— la ausencia de enfermedad. Todos los humanos sabemos que la muerte es inevitable, pero, mientras vivamos, buscamos una vida con alguna calidad y bienestar

E: Pero si de todas formas vamos a morir, ¿no es importante que el tiempo que vivamos tenga alguna calidad de vida?

Exacto. Esa mínima calidad de vida —aunque no haya consenso sobre qué significa exactamente— podríamos considerarla como algún tipo de bienestar. Cada cultura define el bienestar y lo que implica “sufrir menos” de manera distinta. Sin embargo, a nivel teórico, podemos hablar de un concepto genérico de bienestar y calidad de vida, que está vinculado a la salud. Uno de los elementos más importantes para que la vida tenga alguna calidad es evitar o mitigar el sufrimiento que la enfermedad produce. Pero la sola ausencia de dolor o enfermedad no garantiza bienestar. La presencia de malestar, por el contrario, amenaza la calidad de vida. Por eso, la cultura occidental ha puesto mayor énfasis en la no enfermedad que en la búsqueda del bienestar. De ahí derivan los términos que usamos hoy en día: ministerios de salud, centros de salud, políticas de salud... aunque, en realidad, todas estas estructuras se enfocan más en la no enfermedad que en la promoción del bienestar integral.

E: Entonces, ¿por qué se llama Ministerio de Salud?

Esto ha sido explicado por varios autores, como Emilio Pollack y en el contexto del origen de la clínica Michel Foucault. A finales del siglo XIX, el capitalismo necesitaba consolidar niveles importantes de acumulación de riqueza. El negocio no era la salud como tal, sino la venta de protocolos, insumos y equipos clínico-biológicos que reparan la enfermedad. Por eso, los ministerios de salud tienen una imposibilidad estructural de generar salud real; lo que se busca es atender enfermedades, no crear bienestar. Hasta el siglo XIX, lo más importante para la salud eran los mecanismos de anticipación de la enfermedad —lo que hoy podríamos llamar prevención—, y esto debía ser colectivo, no individual. La medicina siempre fue, en esencia, un tema social: las bacterias por sí solas no causan enfermedad, sino que las condiciones sociales determinan quién se enferma. Por ejemplo, una persona con buena nutrición no desarrollará tuberculosis aun si entra en contacto con la bacteria de Koch, mientras que alguien desnutrido sí. Lo mismo ocurre con la mortalidad generada por desplazamientos, desastres o pobreza: no son factores biológicos aislados, sino sociales.

La medicina social surgió a finales del siglo XVIII con la Revolución Industrial, cuando las ciudades

crecieron y aparecieron problemas sanitarios como pandemias y falta de servicios básicos. Sin embargo, hacia finales del siglo XIX, con la consolidación del capitalismo, el negocio pasó a ser la farmacéutica y la atención individual, desplazando la perspectiva social de la salud.

E: ¿Cuál es la consecuencia de esta perspectiva individualizada?

La terapia se centra en el cuerpo individual. Por ejemplo, José Mahler, médico y salubrista involucrado en la Atención Primaria de la Salud, relató su experiencia en África: atendía pacientes de manera clínica, resolviendo patologías individuales con éxito. Sin embargo, las mismas personas volvían enfermas al cabo de un mes. Curar no resolvía el problema social que generaba la enfermedad. Para prevenirla, era necesario intervenir en las condiciones sociales: nutrición, saneamiento, recreación, trabajo y salario. En consecuencia, la salud no puede centrarse exclusivamente en la atención individual o la farmacoterapia. Pero el paradigma médico actual —establecido desde finales del siglo XIX— mantiene tres características: medicina individual, medicina biológica y dependencia de insumos farmacéuticos y tecnológicos, que generan un negocio millonario. Hoy, las farmacéuticas están entre las empresas más rentables del mundo, solo detrás de la industria militar y la producción de drogas. Por lo tanto, resolver la salud integral no es el interés de estas estructuras; el interés está en mantener la enfermedad y la dependencia de la farmacología.

Como señaló Foucault, la individualización de la medicina también responde a un mecanismo de control: el poder se ha ejercido históricamente sobre los cuerpos individuales.

E: Incluso más que la mente, ¿el cuerpo es el principal objetivo del control?

Exacto. Si controlan el cuerpo, aunque dejen libre la mente, te dejan “libre pero encarcelado”. Eres libre en la mente, pero no representas ningún obstáculo para el poder. Foucault señala que el objetivo del poder es controlar el cuerpo. ¿Cómo se controla? A través de sistemas de represión, el sistema carcelario, el sistema educativo y, por supuesto, el sistema sanitario. El gran paraguas que justifica este control es que “te van a reparar una patología”. Pero, además de reparar la patología, controlan el cuerpo. La medicina occidental es invasiva y violenta en el sentido de que el paciente no decide nada. Desde el inicio, te encuentras dentro de relaciones de poder. Por eso, es políticamente necesario tener un control sobre los cuerpos a propósito de la enfermedad. No es solo un tema económico o capitalista, sino también político: se controla el cuerpo quitando autonomía.

E: ¿Y cómo se evidencia esto en la práctica clínica?

Foucault muestra claramente que la relación médico-paciente es una relación de poder. El paciente llega en su peor momento físico y psíquico, con temor al riesgo de muerte, y se enfrenta a alguien que tiene el saber y el poder de decidir sobre su cuerpo y su terapia. Incluso el espacio físico refleja esta jerarquía: el paciente recostado y el médico de pie. Esto no es casual: el médico de pie representa conocimiento y autoridad; el paciente acostado, dependencia y sumisión. Es una relación de dominador-dominado de carácter político. En la práctica, el médico decide sobre el cuerpo: “tome esto”, “haga esto”, aunque el paciente no pueda opinar. El hospital funciona casi como un sistema carcelario: no puedes salir si no te dan de alta. La violencia está normalizada y justificada por la

supuesta necesidad terapéutica.

E: ¿Y este poder se refleja en la política?

Sí. Muchos políticos a nivel mundial provienen del ámbito médico. En Ecuador, varios presidentes, alcaldes y asambleístas han sido médicos. Esto muestra cómo el saber médico es también un capital cultural y simbólico que se traduce en poder político. Tener dinero no garantiza poder; necesitas saber, conocimiento, capital cultural. El saber médico es hegemónico, positivista, casi deificado. Cuestionarlo requiere un alto nivel de conocimiento. Solo recientemente se ha empezado a permitir al paciente opciones clínicas, quirúrgicas o cambios en el estilo de vida, pero en la práctica hospitalaria tradicional sigue imperando el criterio del médico: “esto es así, tómelo”.

E: No te dan opción. ¿Está clara esta parte?

Sí, súper clara. De hecho, el ejemplo que mencioné sobre la prevención y la atención es muy gráfico: eso es Occidente.

E: Para ir cerrando esta parte, ¿cómo ves algo que no sea Occidente? Por ejemplo, toda esta propuesta de salud intercultural. ¿Existe la medicina intercultural?

I: Yo prefiero hablar de *salud intercultural* en lugar de medicina intercultural, porque la primera evita las limitaciones de la medicina occidental. La salud intercultural no existe como una práctica consolidada, pero sí como un “deber ser”. La medicina occidental —clínica, biológica, individual, atravesada por relaciones de dominación racista— es tremendamente violenta para la población originaria. Por eso mucha gente no entiende por qué la población indígena resiste al hospital. Pero ¿cómo no resistir? En algunos casos todavía mandan a los pacientes indígenas a bañarse antes de auscultarlos, no por necesidad clínica, sino por prejuicio racial: que “huele mal” y que el médico no se atreve a tocar si no se baña. Incluso hace pocos años participé en un taller en un hospital de Guamote para que el personal abandonara esta práctica.

El ejemplo más emblemático es el parto. ¿Cómo puede una mujer indígena ir al hospital si el parto allí violenta prácticas culturales fundamentales? Se le hace un tacto manual, se le exige desnudez, se le aísla de la familia. En el mundo indígena, el parto es colectivo: participan esposo, familiares cercanos, se puja en conjunto. Además, no se devuelve la placenta y la postura del parto es horizontal, mientras que en la tradición indígena puede ser otra. Esto muestra la necesidad de avanzar hacia una *salud intercultural*, que permita la convivencia y la decisión compartida del paciente para usar más de un sistema de salud. El problema es que el personal de salud no está capacitado ni interesado en conocer los saberes, terapias o causalidades del mundo indígena. Muchos los consideran superstición o conocimiento inferior. Hoy, sin embargo, hay una reivindicación de los conocimientos tradicionales desde la filosofía y la epistemología occidental. Después de Foucault, ¿quién puede decir que un conocimiento que no sigue los procedimientos de la episteme occidental es descalificable? Hoy se reconoce la validez de las epistemes indígenas, es decir, conocimientos que no siguen los métodos de la cultura occidental, pero que son útiles y coherentes dentro de su contexto.

Gracias a la Declaración de Alma-Ata, se reconoce que los pueblos tienen derecho a usar saberes de distintos orígenes. Esto permite volver la mirada a las concepciones de salud de los pueblos originarios, que poseen múltiples conocimientos y metodologías con usos prácticos validados por su cultura.

La salud versus la medicalización

E: Primero, por favor, dinos tu nombre, tu profesión y tu espacio académico.

Me llamo José Sola Villena, soy médico, representante del Ecuador, nacido en San Miguel y con raíces en Guayaquil. Estudié medicina en la Universidad Central, algo de antropología en el Centro Bartolomé de las Casas en Perú y también cursé estudios en México, aunque nada de gran relevancia. Mi entrada a la antropología médica y a la salud pública se dio por una experiencia personal: la muerte de un compañero médico que tenía interés en antropología y que daba clases, le reemplacé. Esto me llevó a reflexionar sobre la salud de manera diferente y a involucrarme en la investigación y docencia en salud.

E: ¿Cómo llegaste a vincularte con la salud desde esta perspectiva?

Inicialmente, como es habitual en medicina, se hablaba poco de salud y más de prevención. La promoción de la salud solía reducirse a charlas en dispensarios, lo cual, aunque útil, es limitado. Empecé a leer sobre enfoques integrales, como *One Health*, desarrollado a finales del siglo pasado en la Universidad de Milán y promovido por el CDC de Atlanta. Esta perspectiva plantea una sola salud, considerando la interconexión entre seres humanos, animales y medio ambiente. Mientras todos hablaban de enfermedad, yo comencé a enfocarme en la salud: qué hace falta para mantenerla y cómo se estructura socialmente. Esto me llevó a cuestionar la medicalización predominante: se prioriza detectar la enfermedad sobre reconocer lo que está bien en la vida de las personas.

E: ¿Por qué crees que el concepto de enfermedad tiene tanto predominio sobre el de salud?

Por la influencia de las transnacionales farmacéuticas. Nuestro modelo de salud está basado en la prescripción de fármacos. Un médico que no prescribe no es considerado un médico “completo”. Incluso cuando se promueven hábitos saludables como ejercicio o alimentación adecuada, se perciben como fenómenos secundarios frente a la enfermedad. Antes, los visitantes médicos distribuían fármacos directamente en los hospitales; hoy hay regulaciones, pero la impronta persiste. Las facultades de medicina siguen siendo, de alguna manera, templos hipocráticos donde la prescripción define al médico. Esto limita la comprensión integral de la salud, incluyendo la intersección entre la salud de las personas, los animales y el ambiente.

E: ¿Qué papel tuvo la formación en antropología en tu vida como médico y profesor?

La antropología me permitió cuestionar el modelo tradicional centrado en la enfermedad. Me ayudó a comprender que la construcción de la salud requiere considerar aspectos sociales, culturales y ambientales, y no solo protocolos clínicos o farmacológicos. Esta visión me orientó a enseñar y

promover un enfoque más integral, donde la salud se entiende como un equilibrio social, cultural y biológico, no solo como ausencia de enfermedad.

Bueno, es decir, la antropología que yo recibí de unos ilustres profesores, bastante buenos, era básicamente para entender la diferencia, no la unidad. Estudiábamos a los negros, a los indígenas de aquí, a los demás, etc. Cuando yo estudiaba, estaba de moda la antropología de la pobreza, como la de Oscar Lewis, pero esa antropología no buscaba comprender la vida humana, sino “ver al otro”. Probablemente para algunos esto era suficiente, pero para mí representaba un reto: primero entender al ser humano en sus potencialidades y no solo en su capacidad de enfermar.

E: ¿Eso es, de hecho, *salutogénesis*?

Sí, *salutogénesis*, que además tiene un origen bastante judío. Sin embargo, la *salutogénesis* también se ha vuelto un pautaje: unas condiciones que inmediatamente te transforman en enfermo. La *patogénesis* suele vencer a la *salutogénesis*, probablemente debido al modelo de consumo. Construir salud de manera auténtica parece casi una tarea reservada a quienes siguen ciertas reglas de pureza o castidad, lo que resulta difícil de pensar en una universidad donde en los bares se venden snacks, y si no venden eso, no venden nada. Hace un par de décadas surgió la moda de los espacios saludables, que tenía una intención decente, pero era más costoso que la vida misma: productos selectos, diferentes, profundos, sensibles. Ser sano se volvía difícil en un mundo de consumo, donde el entretenimiento y la socialización predominan frente a la vida saludable. Hoy, la salud se construye muy poco en la casa. Antes, íbamos a almorzar a casa y se preparaban comidas caseras; ahora casi nadie lo hace. El modelo de vida ya no es hogareño, sino externo. No se trata de elogiar la familia tradicional, sino de preguntarse: ¿dónde se ejercita o se aprende la costumbre de vida? Hoy se aprende afuera, y eso tiene implicaciones en la nutrición y la salud: en Ecuador y México, la obesidad infantil ha reemplazado problemas históricos como la desnutrición, con consecuencias graves para la salud futura.

E: ¿Por qué a los médicos no se les enseña esto?

Además de la influencia de la industria farmacéutica, existe una cuestión metodológica y de modo de vida. No se puede cobrar a una persona por decirle que se bañe o coma sano; lo que vende es la prescripción. Este modelo de medicalización —el que dicta la “magia de la prescripción”— sigue predominando: desde que yo era interno, las madres pedían vitaminas o medicamentos para los parásitos. Hoy, los productos cambian de nombre, pero el modelo permanece. A los estudiantes les visten de mandil como farmacéuticos.

E: ¿Cómo consideras, por ejemplo, en nuestra facultad, el ingreso de asignaturas como antropología de la salud o antropología médica? Tú eras profesor de antropología médica al principio, sí, en cuarto año. ¿Por qué en cuarto?

Ese currículo... no recuerdo si tuve algo que ver, quizá sí, pero no lo recuerdo bien. Lo cierto es que me di cuenta de que había una estandarización terrible: lo que hacía la medicina era primero identificar quién era el paciente para decidir qué prescribir. Era ridículo: vitaminas para ricos, vitaminas para

pobres. En algunos casos, el colmo de la pobreza obligaba a “chuparse un limón” para conseguir vitaminas. Esto representa una especie de lectura social previa: todo el mundo quiere vigorex, todo el mundo quiere estimulantes.

E: ¿Crees que hubo influencia de esto en el debate entre lo clínico y las ciencias básicas versus las ciencias clínicas?

Sí, quizás alguna influencia, aunque anecdótica. El peso de la enfermedad es grande: la patología está presente desde el primer día, cuando los estudiantes se ponen el mandil, descubriendo enfermedades en todos los factores. Todos intentamos tener ojo clínico para identificar una enfermedad que lleve nuestro nombre, una construcción histórica que probablemente viene de la Edad Media, cuando había escuelas de teología y medicina al lado, y la enfermedad se concebía como castigo que requería purificación. El panorama no ha cambiado, se ha vuelto más feroz. Lo curioso es que prácticas chinas, hindúes, amazónicas y andinas son muy bien vistas aquí porque se perciben como saludables: van con el *fitness*, la macrobiótica, la microbiótica, etc. Homeopatía, acupuntura, reflexología son para quienes pueden pagar. En cambio, el pueblo llano demanda algo que le permita trabajar, y el acceso a vitaminas, reconstituyentes, hemocitona, sigue siendo limitado, tabú desde la aparición de la farmacia. En el siglo XXI, la medicina ha evolucionado hacia lo complementario. Aquí entra *One Health* como una propuesta práctica y efectiva dentro de un nuevo contexto epistemológico o paradigma de la medicina. No se puede negar, por ejemplo, la efectividad de la acupuntura. La medicina complementaria es efectiva, pero el problema es el acceso, que depende de la economía. Reflexionando, *One Health* es una propuesta muy valiosa, cada vez más grande y epistemológica, porque no solo aborda mascotas y maceteros (una metáfora), sino también el cuidado del entorno urbano: árboles, hábitat, espacio público. La conciencia ambiental va en aumento, aunque los espacios para *One Health* siguen siendo marginales. Cambian los profesores, pero el único que sobrevive eres tú, y cada cual sigue su camino.

One Health, aunque actualmente se estudia principalmente en medicina, debería extenderse a enfermería, ingeniería, arquitectura, leyes; no se trata solo de medicina, sino de vida y hábitat. Creo que *One Health* no debería enseñarse solo en primer año, sino a lo largo de toda la carrera, porque su potencial está en prevenir la patologización y la medicalización: siempre habrá enfermedades, pero el cambio del modelo de vida ocurre antes de enfermar, no después de que la enfermedad es irresoluble.

E: Es un debate, más que una pelea. Vos, como uno de los pilares de la facultad que ha estado presente durante estos últimos veinte o veinticinco años, ¿cómo evalúas la evolución de este enfoque? ¿Crees que ha cambiado para bien?

Sí, sí. Ha dejado de ser tan rígida y “apergaminada” como cuando yo estudié. Hoy hay muchos profesores jóvenes que quizás no piensan específicamente en *One Health*, pero sí consideran otras alternativas: piensan más en la familia, más en la sociedad. Es decir, sí está cambiando, pero aún no hay una perspectiva futura clara.

E: ¿Por qué?

Porque se siguen nombrando autoridades no por su amplitud de pensamiento, sino por su militancia profesional. Eso es coherente dentro del sistema, pero deberían considerarse también otros criterios. El hecho es que ocurre lo mismo aquí que en todas partes: se llama Facultad de Medicina, pero lo que está arriba se denomina Ciencias de la Salud. Vas a Psicología y ves el mismo problema, vas a Medicina y ocurre igual. No hay todavía una perspectiva sólida sobre cómo construir salud integral, salud mental, salud comunitaria. Sobre todo, aún no comprendemos la manera de vivir de las personas. El médico dice “tienen que cuidarse” y da indicaciones, pero cuando el paciente regresa, volvemos a lo de siempre: el gordo sigue siendo gordo, el diabético sigue siendo diabético. Es un calvario: sufrimos la cruz de la enfermedad.

E: ¿Por qué no enseñamos cambios en las maneras de vivir, que son conductas más amplias?

Los médicos seguimos atrapados en un modelo histórico de sufrimiento: desvelarse, sacrificarse para ser buen médico, un modelo colonial que viene del “gordo español” que atendía a todos.

Te agradezco muchísimo, Pepe. Lindísimo.

Medicina humanista: Importancia e impacto de la educación y la formación médica con enfoque sociocultural

Humanistic Medicine: Importance and Impact of Medical Education and Training with a Sociocultural Focus

Nelson Muñoz-Lizana¹  

¹ Departamento de Fonoaudiología, Universidad de Chile - CHILE

DOI: <https://doi.org/10.26807/raci.V31.2025.379> | Páginas: 177-180

Fecha de envío: 11-12-2025 | Fecha de aceptación: 11-12-2025 | Fecha de publicación: 31-12-2025

Desde hace décadas, diversos autores latinoamericanos vienen advirtiendo sobre los límites del modelo flexneriano en la educación médica y sobre la necesidad de formar profesionales capaces de comprender los procesos de salud-enfermedad como fenómenos complejos, relacionados a determinaciones sociales y culturales. En ese horizonte, *Medicina humanista: Importancia e impacto de la educación y la formación médica con enfoque sociocultural* constituye un esfuerzo colectivo y trinacional (Ecuador, Argentina y Chile) por repensar la enseñanza de las ciencias de la salud desde un paradigma integral, biopsicosocial y humanista. El libro, coordinado por Patricio Trujillo (Pontificia Universidad Católica del Ecuador), Ana Florencia Quiroga (Universidad Nacional del Sur, Argentina) y Patricia Junge (Universidad de Chile), reúne investigaciones cualitativas desarrolladas en las tres instituciones participantes, que analizan la experiencia formativa de estudiantes de medicina y fonoaudiología a la luz de enfoques socioculturales, antropológicos y de justicia sanitaria. Se trata de una obra que busca tensionar los límites de la educación médica tradicional, proponiendo nuevos modos de aprender, investigar y practicar la medicina.

En su introducción, los autores vinculan esta propuesta con debates clásicos de la antropología médica (Kleinman, 1988) y con los desarrollos latinoamericanos del proceso salud-enfermedad-atención (Menéndez, 1994) abriendo una pregunta crucial: ¿es posible superar la formación biomédica y hospitalaria para construir una medicina socialmente comprometida y culturalmente pertinente? A partir de esta premisa, los tres capítulos despliegan experiencias institucionales que, desde distintos países, convergen en un mismo horizonte ético y pedagógico, relacionado con humanización de la enseñanza de la medicina desde la práctica concreta.

El primer capítulo del libro, titulado *Experiencia Pontificia Universidad Católica del Ecuador*, constituye el núcleo empírico más extenso y articulado de la obra. En este se reúnen cuatro estudios desarrollados en la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE), que en conjunto reconstruyen el proceso de incorporación del **enfoque biopsicosocial y humanista** en la formación médica. Cada investigación aborda un escenario formativo distinto (el internado, el aprendizaje basado en problemas, la medicina rural y la relación médico-paciente), conformando un mosaico empírico que evidencia la evolución institucional hacia un modelo educativo integral.

El primer estudio, sobre la formación biopsicosocial durante el internado, muestra que los estudiantes valoran la necesidad de comprender al paciente desde su contexto social y emocional, aunque

reconocen limitaciones institucionales y de acompañamiento docente para sostener esa mirada. La práctica clínica se configura como un espacio de aprendizaje ético cuando se promueven la reflexión y la supervisión crítica, desplazando el énfasis exclusivo en la técnica. El segundo y tercer estudio analizan experiencias en el aula y en el territorio: el aprendizaje basado en problemas y la medicina rural. El primero resalta el potencial del trabajo colaborativo y del razonamiento situado para integrar saberes y estimular la autonomía, mientras que, en el segundo, las rotaciones rurales permiten a los estudiantes confrontar la inequidad y la diversidad cultural del país, reforzando la dimensión social de la práctica médica. Ambos coinciden en que el enfoque biopsicosocial se aprende en el encuentro con realidades concretas, más que en la transmisión teórica del currículo. El último estudio aborda las percepciones sobre la relación médico-paciente, identificando avances en la valoración de la empatía y la comunicación, junto a persistencias del modelo vertical y autorreferencial de la medicina tradicional occidentalizada. Las autoras proponen fortalecer la formación en habilidades comunicativas y en ética del cuidado como base del vínculo terapéutico. El capítulo muestra así una transición viva hacia una educación médica que reconoce la experiencia, la cultura y la palabra del otro como dimensiones constitutivas del aprendizaje clínico.

La sistematización presentada revela los logros y desafíos de la experiencia. Entre los avances se destacan la consolidación de una identidad profesional centrada en el cuidado y la dignidad humana, la apertura hacia saberes interdisciplinarios y la consolidación de espacios de reflexión ética en la formación médica. Sin embargo, también se reconocen tensiones estructurales: la persistencia de una lógica biomédica en algunos ámbitos clínicos, las dificultades para sostener cambios institucionales profundos y la necesidad de mayor integración entre la formación humanista y las políticas públicas de salud. La experiencia de la PUCE, al integrar ética, cultura y ciencia en la formación médica, ofrece un modelo replicable y adaptable a otros contextos latinoamericanos que buscan articular la educación superior con los principios de equidad, justicia y respeto a la diversidad.

El segundo capítulo, titulado *Experiencia Universidad Nacional del Sur (Argentina)*, amplía el horizonte comparativo del libro al presentar una lectura contextualizada de la formación médica desde el contexto argentino. La experiencia, surgida tras la creación del Departamento de Ciencias de la Salud en 2008, se enmarca en un contexto de expansión de la educación superior y de reposicionamiento del Estado en la formación sanitaria. La propuesta curricular se estructura sobre la idea de que el conocimiento médico debe anclarse en la realidad social, integrando la práctica comunitaria, la investigación aplicada y la reflexión ética como ejes del aprendizaje. El texto describe cómo la universidad adoptó metodologías activas y participativas que sitúan al estudiante como sujeto protagonista de su proceso de formación. Inspirado en las pedagogías críticas latinoamericanas, el modelo combina módulos sobre determinación social de la salud, bioética y humanidades médicas, junto con prácticas tempranas en hospitales, centros de atención primaria y organizaciones territoriales. Estas instancias permiten vincular la formación académica con los desafíos concretos del sistema de salud local, generando aprendizajes que trascienden la lógica disciplinar y técnica.

La experiencia argentina resalta el valor de la narrativa y de la reflexión sobre el sufrimiento como recursos pedagógicos. Talleres de escritura, análisis de testimonios de pacientes y formación docente en comunicación clínica buscan desarrollar en los futuros médicos una comprensión más empática y crítica de la enfermedad. Al mismo tiempo, la articulación entre universidad y territorio fortalece

el vínculo entre educación, política sanitaria y justicia social, mostrando que la formación humanista puede contribuir directamente al fortalecimiento del sistema público. En este capítulo, la autora también reconoce las tensiones persistentes en la formación, asociadas a los criterios de acreditación de la formación universitaria, la demanda asistencial de los campos clínicos y la permanencia de imaginarios jerárquicos en ciertos espacios. Pese a ello, la experiencia de la Universidad Nacional del Sur consolida una pedagogía médica centrada en la persona y en la comunidad, que entiende el conocimiento científico no como fin en sí mismo, sino como herramienta para el cuidado y la transformación social.

El tercer capítulo, *Experiencias desde la Universidad de Chile*, cierra el recorrido comparativo del libro abordando los esfuerzos por reorientar la educación médica en un sistema sanitario marcado por la segmentación y la lógica de mercado. Desde esa realidad, la institución ha impulsado un proceso de revisión curricular que busca recuperar la dimensión ética, social y cultural de la formación, integrando progresivamente el enfoque biopsicosocial en sus planes de estudio. El texto sitúa este proceso en la larga tradición de la Universidad de Chile en la formación de médicos para el sistema público, pero subraya que la transición hacia una medicina humanista enfrenta condiciones estructurales adversas. La experiencia se centra en la implementación del modelo educativo por competencias, que incorpora componentes ético-humanistas en el perfil de egreso y en la docencia clínica. Las asignaturas de bioética, antropología médica, comunicación clínica y salud colectiva constituyen espacios donde se promueve la reflexión sobre la práctica profesional y la relación con las personas atendidas. Asimismo, se destacan las experiencias interdisciplinarias compartidas con otras carreras del área de la salud, orientadas a desarrollar habilidades de escucha, trabajo colaborativo y pensamiento crítico.

El capítulo chileno releva con particular detalle las prácticas en atención primaria y en contextos comunitarios, donde los estudiantes confrontan las desigualdades territoriales y las limitaciones del sistema sanitario. Estas experiencias son analizadas como instancias de aprendizaje en las que el cuidado se comprende no solo como acto técnico, sino como relación ética y política. También se resalta la incorporación de herramientas narrativas en la formación médica (talleres de escritura de experiencias clínicas, cursos de medicina narrativa y seminarios de humanidades) que favorecen la integración entre conocimiento científico y experiencia humana. Entre los avances se identifican la consolidación de una red de docentes comprometidos con la formación humanista y la expansión de metodologías participativas en la docencia clínica. Sin embargo, y en sintonía con los casos de Ecuador y Argentina, persisten algunos desafíos comunes, como la sobrecarga asistencial, fragmentación curricular y débil articulación entre las humanidades médicas y las ciencias básicas. El capítulo concluye que la Universidad de Chile ha contribuido a reabrir el debate sobre el sentido público y ético de la formación médica, evidenciando que la humanización de la enseñanza no es un complemento de la excelencia científica, sino una condición necesaria para su legitimidad social.

Las tres experiencias reunidas en el libro ofrecen un panorama amplio y comparativo sobre los esfuerzos latinoamericanos por rehumanizar la educación médica. Aunque cada contexto posee particularidades institucionales y sociopolíticas, todas las iniciativas comparten la convicción de que el humanismo no es un complemento moral, sino una condición esencial para una práctica sanitaria justa, equitativa y culturalmente significativa. El valor de la obra reside en su capacidad para articular

teoría, práctica y política educativa, proponiendo rutas de transformación que trascienden la crítica al modelo biomédico y se expresan en reformas curriculares, metodologías docentes y proyectos territoriales.

Más allá de su aporte empírico, *Medicina humanista* constituye un manifiesto académico sobre la responsabilidad social de las universidades latinoamericanas. Frente a la mercantilización creciente de la educación médica, el libro reivindica la enseñanza del cuidado como una tarea inseparable de la dignidad, la justicia y la vida en común. Es, en suma, una obra imprescindible para docentes, investigadores y estudiantes que buscan construir una medicina capaz de comprender, acompañar y transformar, y no solo de diagnosticar y tratar.

Referencias

- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition* (pp. xviii, 284). Basic Books.
- Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 7, 71-83.
- Trujillo, P., Quiroga, A. F., & Junge, P. (2025). *Medicina Humanista: Importancia e impacto de la educación y la formación médica con enfoque sociocultural* (1.ª ed.). ediPUCE.