

El uso peculiar de la terapia farmacológica biomédica en Ecuador. Una pista para la mejora de la atención sanitaria en nuestro medio

The peculiar use of biomedical pharmacological therapy in Ecuador: A clue for improving health care in our own environment

Juan Ignacio Rico Becerra

Profesor contratado doctor. Departamento de Antropología Social y Cultural. Universidad Católica San Antonio de Murcia (UCAM). España.

jirico@pdi.ucam.edu

RESUMEN

La utilización *sui generis* de la medicina occidental en Ecuador, en concreto, su arsenal terapéutico -la farmacopea química- derivado del uso singular de las oficinas de farmacia, me lleva a recoger en este texto parte de mi experiencia investigativa en el país andino. La intención es aportar una información que pueda ser de ayuda para mejorar el entendimiento entre los nuevos usuarios y los profesionales de la salud en el encuentro terapéutico.

ABSTRACT

The *sui generis* use of western medicine in Ecuador, in particular, of its therapeutic arsenal of pharmaceutical drugs, that is practiced in the country's unique style of pharmacy-clinic has led me to write this paper on some of my research experience in this country. The intention is to improve understanding in therapeutic consultations between health practitioners in Spain and the new immigrant users coming into the health system.

PALABRAS CLAVE | KEYWORDS

Ecuador | medicina occidental | oficina de farmacia | sanadores | inmigrantes ecuatorianos | Western medicine | pharmacy-clinics | health-care workers | Ecuadorian immigrants

1. Introducción

La novedosa presencia -en los primeros años de este siglo- de la inmigración ecuatoriana en la Comunidad Autónoma de Murcia (CARM), motivó la puesta en marcha desde el Departamento de Antropología Social y Cultural de la UCAM de distintos proyectos de investigación sobre el particular (1). Este interés inicial derivó, en mi caso, hacia la parcela de salud. De manera que se fue constituyendo en materia de mi tesis doctoral (Rico 2007) y más tarde, junto a algunas reflexiones posteriores, en una reciente publicación: *El inmigrante 'enfermo'. Apuntes y reflexiones desde un trabajo antropológico* (Rico 2009a). A partir de estos materiales, propongo en estas líneas, atender a aspectos que suelen quedar velados cuando se abordan los distintos sistemas médicos usados por la población inmigrante para el mantenimiento de la salud y la confrontación con la enfermedad. Porque, si bien se suele subrayar la diferencia entre los que nos son más ajenos, no se pone demasiado énfasis en los matices de los "compartidos". Me refiero en concreto, a la utilización *sui generis* de la medicina occidental, en concreto, en relación al uso de su arsenal terapéutico -la farmacopea química-. Nos centraremos para tal fin en mi experiencia investigativa con los nacionales de Ecuador, especialmente, en parte del trabajo de campo realizado en su país (2) para después mostrar algún ejemplo del desconocimiento de tal realidad en nuestro medio. Y es que, considerar estos matices, puede ser de gran ayuda para reajustar la relación entre muchos migrantes y "nuestros" dispositivos de salud.

2. Anotaciones previas

Indiqué arriba que, lo "distinto", es de más fácil identificación que lo "semejante". Y me refería a la

detección de los sistemas médicos que sirven de soporte a algunos inmigrantes, respecto de los de los autóctonos, para acometer todo lo relativo al *continuum* salud/enfermedad. Lo planteado, nos obliga recordar que un sistema médico es: "Un conjunto de concepciones sobre la salud, la enfermedad y sus problemas asociados. También identifica al conjunto de prácticas específicas para el tratamiento de la enfermedad y para su prevención. Es en este sentido un sistema cultural y un sistema social" (Comelles y Martínez 1993: 87) (3). La cuestión, con otra denominación -modelo médico-, también la teoriza el antropólogo argentino afincado en México, Eduardo Luis Menéndez. Éste, lo concreta así: "Aquellas construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales suponen en la construcción de los mismos, no sólo la producción teórica, técnica, ideológica y socioeconómica de los "curadores" (incluidos los médicos), sino también la participación de todas las dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento" (Menéndez 1984a: 4-5).

Por lo que ahora interesa, subrayar que en el modelo médico/sistema médico, lo sustantivo es: de un lado, el bagaje teórico-práctico compartido por el grupo social en materia de salud-enfermedad; y de otro, los aspectos estructurales que un determinado enfoque legitimado -al respecto- genera en la sociedad donde se impone. En el caso de sociedades occidentales -como la española- es la medicina occidental, también conocida -con mayor o menor tino en su denominación-, como: medicina convencional, científica, alopática, biomédica -biomedicina-, cosmopolita, etnomedicina fisiológicamente orientada... Es un Modelo Médico que se caracteriza por plantear un marco explicativo, donde, la biología, tiene un peso fundamental. De hecho, se le ha criticado (4) su tendencia al reduccionismo biológico del concepto de enfermedad y por ende, la no inclusión de la dimensión subjetiva, la historicidad y la sociabilidad del paciente frente al dolor, discapacidad y la muerte. Además, se hace hincapié en las estrategias corporativas desplegadas que derivan hacia el monopolio (5), lo que ha llegado a constituir una hegemonización de "nuestra" medicina respecto a otros sistemas médicos (Comelles y Martínez 1993: 7-8). Así es que, la preponderancia de este paradigma, lleva a autores como Menéndez, a considerarlo como un modelo médico hegemónico (MMH), definiéndolo así: "En términos descriptivos, refiere a lo que se denomina biomedicina alopática o medicina científica. Dicho modelo constituye una construcción teórica que posibilita entender la racionalidad biomédica, y el funcionamiento de la ideología técnica dominante en el saber médico" (Menéndez y Di Pardo 1994: 12). Entonces, tal hegemonía (6), subalterniza otros sistemas médicos distintos a él. Claro que, en todo esto, es capital la capacidad de los Estados en implementar su apuesta. En cualquier caso, en la actualidad, las sociedades contemporáneas de nuestro entorno han abogado por un potente sector sanitario hegemónico tal, que se instituye como el principal empleador, formador de futuros profesionales -es decir, favorece la reproducción continuada del sistema- y ofertador de servicios sanitarios. A lo que se debe añadir, la fortísima participación pública que lo sustenta. Y aquí es donde quería llegar con lo expuesto anteriormente, para pasar a otear otros espacios -en concreto el ecuatoriano-, donde todo esto toma no pocas singularidades. Desde aquí creo más fácil detectar las formas *sui generis* que adopta el uso de la medicina convencional por parte de muchos migrantes ecuatorianos que residen entre "nosotros". Por supuesto que este ejercicio, nos obliga a aproximarnos al acontecer del país emisor. Antes de entrar a los aspectos concretos, cabe además, señalar otro asunto previo. Me refiero a que si bien una cosa son las disputas e intereses del Estado, de los sanadores formales, y/o de los variopintos sanadores informales (7) para que su forma de hacer/pensar ocupe un lugar privilegiado en el panorama asistencial; otra es la elección de las alternativas que adoptan las personas en sus múltiples formas de abordaje del *continuum* salud/enfermedad. Pero aún así, lo que pretendo recoger en este caso es, cómo la singular enculturación de la biomedicina en los migrantes, puede traducir unos comportamientos diferentes a los esperados por el modelo médico hegemónico en Occidente.

3. Mirando en origen

En Ecuador la biomedicina no está tan arraigada como en nuestro suelo -por diferentes motivos que expondré brevemente-, lo que genera que otros sistemas médicos convivan con la biomedicina en una relación más paritaria, aunque -también- subordinada. Esto no quiere decir que en un futuro no muy lejano, no vaya a incrementarse la hegemonía alopática frente al resto de sistemas médicos en liza. Una muestra de la expansión alopática hacia otros sistemas médicos en Ecuador, es el control que está ejerciendo su Ministerio de Salud sobre las parteras tradicionales (8) -entre otros sanadores populares-. Tal como pude constatar en mi estancia en Ecuador, con un curso de formación, las integran a la

institución, les entregan un ridículo botiquín y las habilitan con un diploma -por lo que pueden ejercer legalmente-, pero sin que el Estado les pague ningún peculio por su hacer. Eso sí, muchas de estas parteras ahora cobran unos honorarios -en dólares- por su labor a las embarazadas que asisten. Actividad que anteriormente prestaban sólo a cambio de la voluntad. Aún con la implementación estatal de este ejercicio aculturador-enculturador de distintos sanadores populares/indígenas, un país tan heterogéneo como Ecuador, continúa sustentando otros referentes explicativos del *continuum* salud/enfermedad diferentes a los que propone la medicina occidental. Como resultado de los diversos datos obtenidos en el trabajo de campo, me atreví a sugerir (cfr. Rico 2007, 2009a) cinco pilares básicos, sobre los que pueden sostenerse sus concepciones y prácticas al respecto, a saber: la concepción biomédica de la salud y la enfermedad, de la mano -claro- de la medicina occidental; la herencia de la medicina colonial española, su medicina popular, es decir, la medicina popular del Ecuador; la ancestral medicina indígena; y el papel que están teniendo, más recientemente, las medicinas alternativas/complementarias (9). Si bien, como lo que quiero subrayar en estas páginas son las singularidades del uso de un Modelo Médico concreto -el biomédico- en un espacio distinto al europeo, me limito a tratar únicamente esta cuestión.

Se debe empezar por tener presente que, Ecuador, se halla sumido en una profunda crisis económica que arranca en el último lustro del pasado siglo -Acosta (2002) estima que entre el año 1995 y el año 2000, el número de pobres creció de 3,9 a 9,1 millones (10)-. Situación que hará especial mella en las condiciones de vida de sus gentes. La salud como parte crucial del desarrollo de las poblaciones, se ve afecta de manera manifiesta por los recortes sociales que acompañan a la delicada situación estructural que azota la economía nacional de este país sudamericano desde varias décadas atrás. Además, la andadura histórica sobre las bases del aseguramiento en Ecuador es no menos tempestuosa que su situación socio-política. Así es como lo relata Pedro Isaac Barreiro: "Los veinte primeros años de vida de la institución de la Seguridad Social en el Ecuador se caracterizan por los numerosos cambios producidos en su marco legal y por la evolución de su paquete de prestaciones y servicios. No debe perderse de vista que también durante esos primeros años el Ecuador atraviesa por uno de los periodos de mayor inestabilidad política y social de su historia. Basta para sostener esta aseveración recordar que durante el mencionado periodo, la extensión del territorio ecuatoriano se redujo casi un cincuenta por ciento, y que gobernaron el país 21 ciudadanos, ya sea como Presidentes Constitucionales, Jefes Supremos, Encargados del Poder, o Dictadores" (Barreiro 2002: 162). Las diferentes nomenclaturas adoptadas por la Seguridad Social, también nos habla de su tortuoso decurso: Caja de Pensiones, Caja del Seguro, Caja Nacional del Seguro Social, Instituto Nacional de Previsión, y finalmente -en la actualidad- el Instituto Ecuatoriano de la Seguridad Social (IESS). Recordar igualmente, que la Ley del Seguro Social Obligatorio (1935) y la llamada Nueva Ley (1942) comprenderán el armazón jurídico del mencionado Seguro Social, junto por supuesto con otras directivas internacionales, como la emitida por la XXXV Reunión del la Conferencia Internacional del Trabajo de 1952 (11).

A pesar del marco jurídico dibujado, tal como continua relatando Barreiro, la situación -ya desde antaño- nunca estuvo nada boyante: "Vista desde la perspectiva de su cobertura la institución de la Seguridad Social nunca, en sus 74 años de vida, ha llegado a proteger más allá del 25% de la población ecuatoriana, constituyéndose, en los hechos, y debido a su marco legal, en una institución altamente discriminatoria para la mayoría de la población, sin posibilidad alguna de acceder a sus beneficios" (Barreiro 2002: 162). Es de recibo, no obstante, citar algunas intentonas para mejorar esta situación de escasez de cobertura, como la realizada en el año 1968 para la implementación de un "Plan Piloto del Seguro Social Campesino", con el objetivo de ampliar el seguro social a este colectivo. El Plan Piloto, que incluyó a algo más de 600 familias del agro, se hará extensivo a otras muchas a partir de la Ley de Extensión del Seguro Social Campesino en la década de 1980. Por supuesto, el resultado de esta pretendida ampliación no hace más que maquillar el insuficiente número de ciudadanos ecuatorianos que pueden acceder a la Seguridad Social. El mismo autor describe la situación así: "La insuficiencia de ingresos, sumada a otras realidades concomitantes, como el incumplimiento de las obligaciones por parte del Estado, el peso de la estructura burocrática institucional, la obsolescencia de la mayoría de los sistemas administrativos internos, el inexplicable retraso de su contabilidad y la falta de control oportuno de sus procesos, contribuyeron no solamente a la descapitalización del fondo de pensiones de invalidez, vejez y muerte, sino al deterioro de prácticamente todos sus servicios, desfigurando la imagen de la Institución de la Seguridad Social y generando permanentes y justificadas manifestaciones de insatisfacción por parte de los asegurados" (Barreiro 2002: 163). Así las cosas, será el proyecto de ley presentado en febrero de 1999, el que anexe distintas modificaciones a la Carta Magna de 1998, al

respecto del particular que nos ocupa, que serán aprobadas definitivamente el 13 de noviembre de 2001. Estas reformas alumbran la nueva Ley de la Seguridad Social que define al IESS como el organismo que, de manera innegable, estará a cargo de la prestación del Seguro General Obligatorio en todo el territorio nacional. Estableciendo como fundamentos rectores del nuevo sistema los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiariedad y suficiencia. A pesar de estos esfuerzos, la debilidad de la Seguridad Social es un hecho (12), lo que además genera que el área de la salud se convierta el principal escollo para equilibrar las maltrechas cuentas del Estado, derivadas del desequilibrio entre ingresos totales y salidas por prestaciones. Como estima Salgado: "los acreedores del Estado ecuatoriano, reciben tres veces el monto de lo que el Estado invierte en educación, salud y desarrollo agropecuario, a pesar de las graves carencias que enfrenta la mayoría de la población ecuatoriana en educación y salud, y el abandono en el que se encuentra el sector agropecuario" (2001). Acosta, ante todo esto, presenta una postura maniquea derivada del irresoluble nudo gordiano en el que se ha convertido el escenario económico de Ecuador: "De todas formas, más temprano que tarde, cualquiera que sea la orientación ideológica de los futuros gobernantes, sus opciones económicas deben incorporar inexorablemente una disyuntiva: o se genera crecimiento económico y se mejora el bienestar de la población o se paga la deuda externa (13) (Marconi 2001); dicho en otras palabras: recuperación económica o servicio a la deuda, las dos opciones no pueden ir juntas. Además, o se generan nuevos puestos de trabajo, suficientes en número y calidad, o seguirá imparable la fuga de mano de obra calificada o no, técnicos y profesionales, cuya salida representará una insustituible pérdida de capital humano que no se sustituirá simplemente con el ingreso de divisas" (Acosta 2002, citando a Marconi).

La situación es de veras delicada y su corolario -como podemos intuir- es el empeoramiento de los servicios de salud ecuatorianos y por ende, de la salud de los usuarios. Y es que, entre un 25-30% de la población ecuatoriana, ni siquiera tiene acceso a los servicios institucionales de salud, y menos de tres cuartos, tienen protección de seguridad social. Un informe del Banco Mundial sintetiza a la perfección la desoladora situación que procuro describir: "Un 31% de la población no tiene acceso a servicios de salud, más de las dos terceras partes de la población no cuentan con un seguro formal de salud; el MSP (Ministerio de Salud Pública) y las demás instituciones públicas son incapaces de prestar atención a casi la mitad de ellos, precisamente a quienes adolecen de los peores indicadores de salud. Por un lado, los recursos financieros que se disponen para atender a este 30% de la población son por demás insuficientes, mientras que el promedio de gasto por persona llega a los 70\$ entre los afiliados del seguro social obligatorio del IESS y es casi cinco veces inferior en los afiliados al Seguro Social Campesino. En el financiamiento general de la salud predomina el gasto de bolsillo, que termina siendo por demás ineficiente a más de que merma onerosamente las economías familiares. En suma, el gasto en salud sigue siendo insuficiente mientras el gasto privado es inequitativo" (Bortman, citado por Sola 2004). En definitiva, lo descrito resume lo que podríamos señalar como principales males del sector salud ecuatoriano: la fragmentación y segmentación del mismo. Fragmentación tanto a nivel sistémico -es decir, del conjunto de las instituciones- como al interior de las propias instituciones que participan en el sistema, lo que es un obstáculo para la coordinación y el asentamiento de las bases del pretendido Sistema Nacional de Salud. La segmentación, por el contrario, tiene que ver con las coberturas poblacionales en salud que ofertan las instituciones. Si es verdad que el sector público cubre las demandas de clases medias bajas y pobres, los extremadamente pobres, quedan en manifiesta vulnerabilidad. Por otro lado, se conocen bastante bien las debilidades del sistema y cómo acometerlas (14), pero otra cosa es resolver la mayoría de los problemas estructurales que lo envuelven.

Vistos los principales condicionamientos de orden económico-político y su influencia en la construcción del sistema médico legitimado por el Estado ecuatoriano -la medicina cosmopolita-, creo necesario volver a subrayar la presencia histórica de otros modelos médicos coformadores de las concepciones y prácticas al respecto de la salud y la enfermedad. Ello se resume perfectamente en las siguientes palabras de una matrona quiteña que entrevisté en la capital de Ecuador, Ma1: "Verás, aquí en el Ecuador la medicina occidental es la norma, o sea es lo que ha adoptado el Ministerio de Salud Pública, es la medicina reconocida. Pero por debajo hay un saber inmenso aquí en mi país. Aquí como en todos los países Latinoamericanos. Pero aquí en los países del Ande, hay una sabiduría que a pesar de todo esto, se ha ido conservando. Y se va transmitiendo de manera oral, de madres a hijas y todo. Entonces hay un motón de saber" (15). Esta realidad no es baladí en la *sui generis* interpretación de la biomedicina y, por extensión, de su terapéutica. Veámoslo abajo más detalladamente.

4. El uso de la terapéutica química biomédica allí y algún ejemplo de su corolario en destino

Empecemos por redundar en la premisa de partida, es decir, que la medicina occidental en Ecuador está en plena batalla aculturadora/ enculturadora para erigirse como hegemónica en su panorama asistencial. De hecho, siendo también allí la preponderante, las particularidades sociales, políticas, económicas y culturales -como se apostilló atrás-, en no pocas ocasiones, la convierten en hegemónica entre comillas. Y es que, como indicaba la anterior informante al respecto: "hay un saber inmenso aquí en mi país". Como vengo defendiendo, la pervivencia de este conocimiento se refuerza con la incapacidad del Estado ecuatoriano para construir una red pública de salud consistente. La hipotonía que evidencia el laxo sistema sanitario público del Ecuador, se vislumbra a la perfección en la oferta de sus dispositivos asistenciales. Ya sea: 1-En los gratuitos, es decir, los dependientes del Ministerio de Salud Pública (MSP), tal como sostienen recurrentemente profesionales sanitarios, M1: "incluso acá, nosotros tenemos que para operar un paciente darle una receta y decirle tenga traiga esto, que lo vamos a necesitar", como usuarios, UE1: "El hospital público es horroroso, es sucio (...) este hospital no tiene nada, si tú vas tienes que poner todo: esparadrapo, gasas, sábanas... (...) dicen que es gratuita, pero si usted va a un hospital le van a cobrar hasta la inyección que le ponen. Usted la tiene que comprar y traer"; ó 2-En los del Instituto Ecuatoriano de la Seguridad Social (IESS) -éstos sólo disponibles para los que cotizan a la Seguridad Social-. Aquí también las quejas son muy frecuentes, UE2: "yo conozco varios casos en el mismo seguro del IESS que... Estás toda la vida aportando (...) en el IESS, yo, sinceramente, verás, nunca voy. Porque para coger una cita tienes que ir a las cinco de las mañana. Una vez que me dio una alergia, fui cogí cita y tuve suerte. Y allí me dieron *ketaconazol*, que era para hongos. Casi me matan". Lo recogido sólo es una muestra de voces que reafirman con sus experiencias la debilidad de los dispositivos sanitarios desplegados por el Estado ecuatoriano. Entiendo que esa flaqueza es un handicap que traduce, en materia de salud, una más suave imposición de la hegemónica del sistema biomédico. De tal manera que el relativo protagonismo que ejerce el modelo médico hegemónico allí, se evidencia como una característica a resaltar. Una cuestión, insisto, que se relaciona ineluctablemente con que el modelo importado de la medicina occidental, no puede contar con el apoyo de un Estado en horas bajas. Este hecho dibuja un paisaje que poco tiene que ver con lo que ocurre en los denominados países desarrollados. Donde, desde su potente participación pública avalada por el Estado, es dominadora/controladora del espacio sanitario. Es por ello que, en Ecuador, por la razón contraria, la biomedicina no está tan arraigada como en nuestro suelo. Aunque -como también se apuntó-, a pesar de todo, es palpable el paulatino avance de la medicina oficial y su control hacia otros sistemas médicos distintos a ella. Lo que le va dando, en la medida de sus posibilidades, solidez y legitimación.

Con todo, la conjunción de las peculiares descritas, genera un uso peculiar de la terapia biomédica por la ciudadanía ecuatoriana. Más aún, si lo observamos desde perspectiva de Occidente. Y ello nos interesa sobremedida si queremos entender -luego en nuestro medio- los desajustes entre muchos migrantes ecuatorianos y los dispositivos oficiales de salud españoles. Para visualizar este aspecto, creo oportuno, mostrar la particular utilización de las oficinas de farmacia como recurso de consulta y tratamiento de la enfermedad en Ecuador. Porque no se trata únicamente de que los sanadores no oficiales -curanderos...- puedan prescribir todo tipo de medicamentos, o de la petición de fármacos por parte del usuario para el consumo sin receta -automedicación-, sino de la utilización de la farmacia como un verdadero dispositivo sanitario -consulta, diagnóstico y/o tratamiento-. Sondeo, al respecto, el parecer del mayor número de agentes implicados -usuarios, sanadores formales e informales, farmacéuticos...-, lo que a su vez, hace aflorar las complejas relaciones que se establecen entre ellos y a las realidades "singulares" -claro que desde nuestra perspectiva- a la que todo ello deriva. Lo podemos apreciar en los relatos seleccionados. De hecho, el asunto es expuesto sin ambages, tanto por usuarios como por sanadores:

-Los usuarios: UE3: "En la farmacia tienen un mini consultorio y allí no me cobran, y me vendió el fármaco y curada", UE4: "Sí, a la farmacia más fácil. A veces por no pagar la consulta onde el médico. O a veces no hay tiempo para irse. A la farmacia se va, como ya lo conoce uno, déme señora, digo por ejemplo, déme para la fiebre de mi niño, tiene tanta. -Ya, tome, lleve esto, si con eso no quita se va al médico-. A veces me ha dado un jarabe, a veces me han dado pastillas (...) lo hacen, lo hacen porque todos van a la botica", UE5: "Voy a la farmacia y le digo: déme unas pastillas, verá tiene fiebre. O me da un remedio así para la infección, o para la gripe. Así no hay que pagar la consulta", UE6: "También preguntamos en la farmacia así de repente". UE7: "Entonces uno va cuando no alcanza turno va a automedicarse a la farmacia, déme unas bolitas para tal cosa. O a veces no alcanza para ir al médico y

dices déme esto". A lo visto, cuando se expone en las narrativas el uso habitual de este dispositivo, suele justificarse desde la escasez de sus recursos económicos, lo que, obviamente, también podríamos hacerlo extensible a la falta de cobertura sanitaria estatal gratuita. Ésta es una cuestión recurrente, que igualmente, es destacada por muchos de los sanadores entrevistados -ver abajo-, lo que debe entroncarse con lo reseñado en el epígrafe anterior sobre la situación del país ecuatoriano.

-Los sanadores. Éstos critican abiertamente las prácticas de la población. Coinciden en ello, tanto los calificados como formales: M2: "O directamente a la farmacia: ¿qué puedo tomarme para esto?, porque además la farmacia te receta. Por ejemplo, la paciente que viste entrar al principio es una paciente que está llegada de España. Viene trayendo a su niña porque desde que llegarían hace doce días, la niña está con problemas intestinales. Ya han llegado a la farmacia a preguntar algo, porque la niña está con diarrea dos días, antes de llegar acá. Ya ha tomado alguna medicación. La niña, como no se ve cuadro porque le han dado en la farmacia, entonces acude acá a la consulta médica como último recurso", M1: "La automedicación es entonces un asunto grave aquí. Porque no hay ningún control en las farmacias, porque te venden todo (...) todo te venden en las farmacias", MyN1: "La gente, ricos y pobres, lo que van es a la farmacia. Yo tengo la farmacia, ¿no?, de la medicina alopática normal, ¿eh?, van y compran en la farmacia y se automedican", Ma1: "Te dan de todo, ellos saben de todo, dan para todo. Hacen hasta exámenes, hasta auscultan pacientes, te dicen que has tenido..., tome su receta y ya está, y la gente se ahorra la consulta al doctor"; como los informales: NanF1: "La farmacia es un consultorio médico, lo cual no debería serlo. Si bien es cierto que el dependiente de una farmacia va aprendiendo conforme a los que llegan. A todo el mundo, doctorcito me duele el estómago, pues le da un antiespasmódico, la famosa Buscapina®", EIM1 (16): "Aquí a lo primero que acuden es al boticario: -Doctor, me duele aquisito. Tómese esto-. Van a la farmacia, ése es el primer paso. Cuando se complica la cosa ya buscan ayuda", Cu1: "Digamos el paso por la farmacia es lo peor que pueden hacer, porque hay gente que va donde el farmacéutico y dice -me dé tal cosa, véndame dos tabletitas-, y entonces le vende. Quieren ahorrarse la consulta, lógico, y entonces no sabe que al boticario lo que le interesa es vender, y como más o menos saben la reacción química, pues se lo dan. Pero pueden dar una cosa por otra. Hay personas que dicen, -me duele la pierna-, ya, pero puede ser desgraciadamente una apendicitis aguda. Es decir, los síntomas están en la pierna, y entonces le dan, por decir diclofenaco. Entonces que le hacen, quitar el dolor y agravar el proceso. Entonces ya cuando pasa el efecto, entonces ya comienza con vómitos, dolores de cabeza, con mareos de cabeza y recién a la clínica. -Ha estado a punto de pegarle una peritonitis, hay que operarlo inmediatamente-. Entonces, por evitar 10, 15 dólares que le cobre el doctor, que sí le va a decir lo que tiene, le cobran, por decir, 40 centavos o 80 centavos por dos comprimidos, produciendo un daño garrafal".

Retomo el pulso a lo dicho sobre el reproche de la mayoría de los sanadores entrevistados -formales e informales- al respecto de la arbitrariedad -a su parecer- utilización de la farmacia por buena parte de la ciudadanía ecuatoriana. Porque hasta ahí las coincidencias. Como defendí, el paulatino proceso de aculturación de la medicina oficial genera importantes fricciones entre los sanadores oficiales y los que no lo son. Una realidad que se detecta claramente, a propósito de la facultad de extender recetas. Porque en un panorama como el descrito, es más que habitual que los sanadores informales también envíen a sus pacientes a la farmacia con prescripciones de fármacos químicos. Y es que, tal como exponen los profesionales alópatas, la ley es laxa en cuanto a la regulación de la venta de fármacos. Aspecto fundamental para entender mejor el papel que tiene las oficinas de farmacia en el *continuum* salud/enfermedad de los ecuatorianos: M4: "Aquí no hay una ley, una ley que exija a la farmacia a expender productos con receta médica, excepto las drogas que se consideran fármaco-dependientes, es la única. Y sin embargo conozco pacientes deprimidos que se han hecho amigos del farmacéutico y que les expenden medicamentos prohibidos. No sé honestamente como lo hacen, porque ellos ante el consejo de drogas y estupefacientes tienen que justificarlo..., pero yo he visto que lo expenden". Es sorprendente como esa permeabilidad en el despacho de fármacos, incluye hasta los narcóticos. Es por eso que cualquier "receta" presentada por el doliente -al margen del origen de la expedición-, sea aceptada. Como me refirió M3, al respecto: "Alguna vez nosotros teníamos recetas de X. De él y de Y (17) y otros". A lo visto, ésta es una realidad que se hace extensible al conjunto de la geografía de Ecuador. También lo pude comprobar, *verbigracia*, al entrevistar a una farmacéutica en Quito (F1). Ella reconocía que "hay también curanderos que observan en la orina de las personas. Entonces según el color de la orina, te dice que te tomes unas, dos o tres ampicilinas, unos cuatro X, un jarabe de no sé cuántos, y la gente pues sí, viene con eso. Pues hay que recetar, porque de lo contrario se dan media vuelta y se van. Vienen a pedir lo que les ha mandado el curandero con el papelito, con el papelito". Esta

actitud tan frecuente en las farmacias ecuatorianas no es baladí, traduce la puesta a disposición de los sanadores no oficiales del principal recurso para la cura con la que cuentan los profesionales de la medicina occidental, a saber, la farmacopea química. De hecho, la normalidad de estas prácticas, hace que los propios terapeutas informales sean los que refieren, sin rodeos, el uso -en su terapia- de la química biomédica: 2Cu: "Le preparo de remedios y de farmacia. De farmacia, por ejemplo, un gotero (Ebocan®) para la borrachera del cerebro. Para el dolor de estómago Sibalgina®, Sisinalgina® Compos®, Sitalgina®, Oralgina®, eso damos para el estómago. Con una botella de manzanilla o de menta les ocupamos para el estómago. Las pastillas las compro en la farmacia ya vienen preparadas (...) Clixina®, Bebex® y dextrosa, no hay más tipos de sueros... La dextrosa cuando toca poner, por ejemplo, para el hígado. El Baclicil®, ese viene con vitaminas, cuando están débiles. Ampollas de Nervobion® para los nervios, y Norglucon® para los riñones" (18). Reconocido el bagaje sobre el particular, se llega a manejar a criterio propio las dosificaciones recomendadas y, cómo no, se argumenta sobre el caso: EIM1: "Yo receto magnesio. Yo tengo mucha fe al magnesio, al cloruro de magnesio. Para muchas cosas es una panacea. En unos libros que traje de Méjico, dicen que 120 mg/día. Me parece mucho 120. Yo doy una copa tequilera, que llamamos nosotros, de mañana -10 de la mañana- y cuatro de la tarde. ¿Por qué? Lejos de las comidas para que tenga mejor asimilación".

Ante todo esto son muy frecuentes las voces críticas de los alópatas, centradas -casi siempre- en el mal uso que hacen los sanadores no oficiales de la farmacopea. Así lo manifiesta M3, cuando tiempo después de tratar con penicilina a un curandero infectado por sarna, vio su receta, pero utilizada en un paciente del sanador informal: "Un indígena otavalo (19) curandero se acerca con una piodermatitis producto de la famosa escabiosis (20). Del rasca bonito que se la llama aquí, por el rascado, por un prurito que le provoca y queda bonito rascarse. Entonces se infecta por las uñas infectadas, sucias (...) no hay una buena provisión de agua, sino máximo tienen, máximo agua de acequias, y esas contaminan y producen piodermatitis. Una infección de la piel que hay que tratar con penicilina, etc., etc. Llegó un curandero infectado, no podía ni caminar, parecía robot, de la infección de toda su piel, que había en piernas, pies. Comencé a aplicarle la penicilina intramuscular y el hombre se curó. Pero me pidió que le dé una receta perfectamente bien, con buena letra, letra legible para él tenerla para su tratamiento. Pasó tiempo, veo en otro paciente que mi receta médica había sido copiada en esas copiadoras Xeros por el curandero y con mi puño y letra, sin ni siquiera hacer el trabajo de transcribirla, sino que la mandó con copia. Y como indicaciones, ponía, bañarse en siete piscinas de agua termal como parte de tratamiento. Y el baño con unas hojas de verbena (creo que es el nombre de esta hoja), y de matico para el baño y el aseo, y bañarse en las piscinas (obviamente, ¿cuánta gente se habrá contaminado en estas piscinas?), y adicionar mi receta". La crítica aún es más explícita en las palabras de M2, al asociar la inadecuada utilización de los fármacos químicos por los no facultativos, con los efectos adversos que provocan: "sí, tú vas donde un curandero que ya tiene acceso a la farmacopea académica, y si te receta un corticoide y te dice que es como la mano de Dios, y te lo sigue recetando. Y la persona te empieza a desarrollar un Cushing (21), por ejemplo". Con la denuncia hacia este tipo de sanadores, se acompaña -otra vez- el meridiano reconocimiento de su acceso al arsenal terapéutico biomédico.

La más que tensa relación entre sanadores formales e informales, se amplifica, por parte de los primeros, hacia las oficinas de farmacia y sus trabajadores. Así, se imputa la incompetencia de los que dispensan el producto, ya que la mayoría de las veces no son los farmacéuticos titulados: M3: "Porque yo he escuchado y he visto, que en la fila, pacientes para poder comprar el producto, y delante de mí ha habido algún señor que pregunta, que está con diarrea, por ejemplo, y el de la farmacia, ojo, que no es, el que vende no es un doctor en farmacéutica, es un dependiente, es un vendedor. Este muchacho le dice: -vea tómese Ampivex®, ojo doy nombre y apellido, -tómese Ampivex® de 500 mg cada tres horas. Cómprese unas diez-. No le dan la dosis exacta, no le dan el tratamiento completo, eh, es más, puede ser algo viral y le están dando antibiótico. Uno de los efectos colaterales de la ampicilina es la diarrea. Es decir, muchas veces puede incrementar la diarrea por el mismo producto". A lo anterior -como habrá apreciado el lector en algún extracto anterior de entrevista- se le suma, la venta de fármacos por unidades: Ma1: "Le venden de una en una, lo que vaya pudiendo comprar la paciente. Dan la medicación sólo por poquito", M2: "En la farmacia te venden una, dos, tres tomas de alguna cosa". M3: "Así es, lo compran diariamente. Resulta muy caro para ellos. De la de 30 tabletas, de 30 comprimidos, compran a veces 10, 15 ó 20 y nunca..., yo he visto que muchos, muchos, eh, ni siquiera consumen ninguna tableta, y cuando vienen a la consulta en el siguiente control dicen: -no encontré-, lo cual, como se denuncia, genera tratamientos incompletos, y cuando de antibióticos se trata, graves resistencias. (...) en resumen, están dañando y prescribiendo y alterando. Permitiendo mutaciones de los productos, de las bacterias, porque

se están tomando ampicilina y antibióticos mal prescritos, sean dosis insuficientes y a veces inadecuados, porque la causa no es bacteriana". M1: "Eso pasa mucho. Eso pasa siempre. Eso pasa con mucha frecuencia en nuestro medio, porque la estabilidad económica del país es tan inestable que esto ha llevado a este tipo de situaciones. Hay pacientes que, la mayoría, si te hablo de un 100% que continúa el tratamiento, de los cuales del 100% será un 50% que termine el tratamiento con las indicaciones, las indicaciones correctas. El otro 50% aborta, no lo cumple, ya sea por medios económicos que no tiene, o otra. Al segundo o tercer día ya se sintieron mucho mejor". A pesar de que la culpabilidad de estas conductas inadecuadas en la dispensación de fármacos se pueda centrar en los asistentes de farmacia -por no tener la formación que el titular de la farmacia, que sí es farmacéutico-, la cuestión es de calado mayor. El seguimiento del particular me llevó a preguntar directamente por el asunto a distintos farmacéuticos. Por tomar sólo un ejemplo, tomo lo declarado abiertamente por la dueña de una céntrica farmacia de Quito. F2: "Todo el Ecuador en el momento que se les sugiere caja de diez, dan media vuelta (...) porque desde que yo tengo uso de razón siempre se ha vendido así la medicina, de comprimido en comprimido. Antes era preparada en fórmula, pero esto fue cambiando poco a poco, y ahora te dicen: -déme una tableta-, y yo tampoco puedo negarle la medicina". Como se anotó -refrendado por los propios profesionales oficiales-, la laxitud de la ley en cuanto a la regulación de la venta de fármacos, facilita las realidades descritas. Es destacable en relación con ello, lo que Ma1 sostuvo cuando abordamos la temática: "Y aquí no se tiene legislado nada sobre eso. Porque verás, hay sanciones para los curanderos. Por ejemplo, para los que no tengan permiso y tal, sanciones un motón. Pero para los boticarios nada, veras. O sea, si llegan alguno de estos *taitas* (22) que te digo, capaces son hasta de meterlos en la cárcel, pero los boticarios nada, verás". Es interesante la cuestión que destapa esta matrona, porque a pesar de que la gran mayoría de los sanadores oficiales -y también los que no lo son- coinciden en señalar el inadecuado uso que la farmacia hace de la dispensación de fármacos. Pero en la práctica, la legislación y la presión judicial -a la que se suma los posicionamientos de los colegios profesionales-, dirige las sanciones casi exclusivamente hacia los sanadores informales. Y es que, el farmacéutico, sí es un facultado y los otros no (23). Y todo ello reconociendo la importancia de un asunto como éste -es decir, el arbitrario papel de la farmacia como recurso en la lucha contra la enfermedad- para la salud de la ciudadanía. Aún así, basta con explicaciones de orden económico para zanjar un asunto de la complejidad de éste: M2: "El de la farmacia, si le preguntas, te dice que él se tiene que ganar también su dinero. -Y qué hago si tengo que ganarme mi dinero-, te dice, y qué respuesta le das tú. Si tú vas a cualquier farmacia, tú como persona X y dices: véndame tal cosa, te lo van dando".

Como anotaba al inicio de este epígrafe, el uso singular de la terapéutica química biomédica allí, tiene su corolario en destino. Sin ánimo de entrar en detalle -porque la intención de este texto era ocuparse de lo que acontece en Ecuador (24)-, creo apropiado, al menos, subrayar el desconocimiento que los profesionales sanitarios entrevistados en distintos municipios murcianos muestran a propósito de los referentes médicos de sus pacientes migrantes, incluido el singular uso de la farmacia y/o la automedicación. Lo que parece alumbrar el aún escaso acercamiento de terapeutas e inmigrantes. Tomo sólo dos ejemplos de cómo se valora el grado de automedicación de los inmigrantes asistidos en sus consultas. En concreto se trata de un médico (MAP1) y una enfermera (EAP1), ambos, de Atención Primaria de Salud: Map1: "En eso no podemos decir, porque automedicación, porque en eso los españoles somos los reyes, pienso yo. Es algo que llevamos luchando muchísimo tiempo, de que tomarse lo que se toma el vecino, lo que le dice su padre o lo que dice su primo, que resulta que a lo mejor es un físico nuclear maravilloso, pero que no tiene ni idea de esto (...) entonces la automedicación en este país es un problema gravísimo (...) yo incluso considero que están aprendiendo de la automedicación, lo están aprendiendo aquí. Ellos no lo traían, hablo de los medicamentos, o sea de la cuestión farmacológica". EAP1: "En todo caso la automedicación es lo único que pueden usar más sobre todo los españoles, el extranjero, es más obediente y va al médico. El español tiende más a automedicarse". Sirvan, además, para respaldar y contrastar los datos expuestos en las entrevistas, lo que indican algunos estudios que se ocupan de esta temática. Sea el caso de la comparativa de Ecuador -Garzón *et al.* (1998)- y otros países de su entorno, como Perú y Bolivia -López y Kroeger (1990)-, respecto a España (25) (Tejedor *et al.* 1995). Es así que, del trabajo de Perú y Bolivia, se desprende que el 76% de los consultados adquieren especialidades médicas sin receta. Para el caso de Ecuador es del 72%. Lejos queda España, con una prevalencia de la automedicación del 40%, es decir, 22 puntos porcentuales más baja si la comparamos, por lo que aquí interesa, con la población ecuatoriana. En definitiva, si algo caracteriza al ecuatoriano en su itinerario terapéutico es la visita a la farmacia, ya sea para consultar al expendedor qué tomar, o para automedicarse. Sabiendo que la farmacia en España tiene mayor celo que en Ecuador a la hora de expender productos sin receta médica, éste hecho no es

suficiente para restar importancia al hecho descrito. Así, la intención de los datos presentados en este texto es poner en consideración cómo las condiciones político-económicas junto a determinados referentes culturales, le dan un barniz peculiar a la biomedicina en Ecuador y, en particular, al uso de la farmacopea química. Por lo que tener constancia de ello, puede ser de gran ayuda para maximizar los resultados que los dispositivos de salud y los profesionales sanitarios esperan en la atención de estos nuevos usuarios.

Notas

1. La publicación de Fernández-Rufete y Rico, *El impacto demográfico de la inmigración ecuatoriana en la Región de Murcia. Análisis del perfil poblacional y sociodemográfico del colectivo de inmigrantes ecuatorianos (CIE) en las comarcas murcianas del Alto y Bajo Guadalentín*, 2005, es fruto de ello.
2. En concreto, ocupó los meses de mayo, junio y julio de 2005, fundamentalmente en las ciudades de Loja y Quito. La investigación referida en la nota 1 (Fernández-Rufete y Rico, 2005) puso de manifiesto que las provincias de procedencia más representativas del grupo de ecuatorianos encuestados eran: Loja (27,1% del total), El Oro (18,8%), Pichincha (13,4%).
3. Fue A. Kleinman, uno de los primeros autores en defender la relación entre sistemas médicos y contexto cultural.
4. Son múltiples los autores que se manifiestan de distintas maneras en este sentido. Quepa señalar los trabajos de: Comelles y Martínez (1993); Davis-Floyd y St. John (2004); De Miguel (1985); Foucault (1978, 1990, 2008); Illich (1975); Laplantine (1999); Menéndez (1984b); Stagnaro (2002).
5. Para conocer este proceso en el caso de España -en concreto la influencia del régimen dictatorial y el rol de los colegios médicos- revisar el trabajo de Rodríguez y De Miguel (1996). Sería, no obstante, también necesario echar un vistazo al papel del Protomedicato, la Inquisición, los monarcas y el nacimiento de los Estados-nación, para tener una idea más nítida de cómo se va consolidando la señalada hegemonía. Por supuesto, en este recorrido, no se debe olvidar a autores como Michel Foucault (1990, 1997) -atrás comentado- o Robert Castel (1995), en su análisis de las relaciones entre modelo médico y pensamiento liberal.
6. La relación hegemonía/subalternidad es tomada de las teorías gramscianas. modelo médico hegemónico Antonio Gramsci -(1891-1937) pensador y político italiano, y uno de los fundadores del partido comunista de Italia- estudió las relaciones entre los intelectuales y el saber de las clases subalternas, es decir, la relación entre dominante-dominado. Sabido el hondo calado de los planteamientos de Gramsci -baste echar un vistazo a la relectura que Spivak (1997, 2009) hace de la subalternidad apoyada en sus trabajos-, lo que Menéndez rescata de su obra para aplicarlo a la medicina es: lo hegemónico como aquello que domina. De manera que los dominadores tendrán capacidad para implantar valores morales, políticos y culturales en los dominados. Éstos los interiorizan como parte del orden natural de las cosas, conforme a un proceso de socialización.
7. Reconociendo que no es muy apropiado el uso de las denominaciones: sanador formal/informal (Comelles: 1997), las utilizo para establecer un distingo entre los sanadores entrevistados.
8. Al respecto, me parece esclarecedor los que una matrona ecuatoriana del modelo médico hegemónico Instituto Ecuatoriano de la Seguridad Social (IEES) me relató en Quito: "y aquí fue donde yo contacté con parteras tradicionales, a las cuales generalmente en los estudios se las quiere occidentalizar. Se las quiere blanquear, poner un mandil blanco. Y hacer que hagan lo mismo que a nosotros nos enseñaron", rematando su discurso, en relación a lo que la biomedicina genera cuando se apodera del espacio de aquéllas: los partos son eminentemente biomédicos, es escuela occidental, son hospitales, en todos, llega la paciente, el marido no puede pasar, las parejas no pasan, sólo se quedan afuera, ¿no? Entonces la paciente pasa sola al centro obstétrico donde va a tener su labor y se le pone la camisita del hospital, que hace un frío tenaz, y se le dice a la madre que esté acostada, porque es más

cómodo controlar a la paciente... son varias camas en una sola sala. Es una sala comunal. Y el parto solamente es en decúbito dorsal, sólo así con las piernas, en la cama ginecológica tradicional, así es, así es el parto. A todas las pacientes se les hace episiotomía, se pone oxitocina y también el sintotex, para dilatar el cuello uterino. El número de cesáreas es altísimo, es una barbaridad".

9. De hecho, la propia Constitución de 1998, se hace eco del pluralismo médico de la población ecuatoriana. En concreto, en sus artículos:

Art. 44: "El Estado formulará la política nacional de salud y vigilará su aplicación; controlará el funcionamiento de las entidades del sector; reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de las medicinas tradicional y alternativa, cuyo ejercicio será regulado por la ley, e impulsará el avance científico-tecnológico en el área de la salud, con sujeción a principios bioéticos".

Art. 84: "El Estado reconocerá y garantizará a los pueblos indígenas, de conformidad con esta Constitución y la ley, el respeto al orden público y a los derechos humanos, los siguientes derechos colectivos; 84.1-Mantener, desarrollar y fortalecer su identidad y tradiciones en los espiritual, cultural, lingüístico, social, político y económico (...); 84.9-A la propiedad intelectual colectiva de sus conocimientos ancestrales; a su valoración, uso y desarrollo conforme ley (...); 84.12-A sus sistemas, conocimientos y prácticas de medicina tradicional, incluso el derecho a la protección de los lugares rituales y sagrados, plantas, animales, minerales y ecosistemas de interés vital desde el punto de vista de aquella".

Art. 85: "El Estado reconocerá y garantizará a los pueblos negros o afroecuatorianos, los derechos determinados en el artículo anterior, en todo aquello en que les sea aplicable".

10. Recordar que es en los últimos años de la década final del siglo pasado, cuando la llegada de ecuatorianos a España se empieza a hacer patente. Pasada casi una década, la situación económica, no es nada halagüeña.

11. Ésta hace mención a la Norma Mínima de la Seguridad Social, incluyéndose prestaciones diversas: asistencia médica, subsidio por enfermedad, desempleo, jubilación, maternidad, invalidez, asignaciones familiares, enfermedades profesionales, y muerte.

12. El documento de la OPS/OMS, *Condiciones de salud de las Américas* (1998) lo describe así: "El sector salud ecuatoriano en la actualidad está constituido por una multiplicidad de instituciones públicas y privadas con y sin fines de lucro, escasamente coordinadas, sobre la base de acuerdos y normas del Consejo Nacional de Salud". En este entramado, el papel del sector público es preponderante y está conformado por: los servicios del Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) -que incluye el Seguro General y el Seguro Social Campesino (SSC)-, Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía: Instituto de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) e Instituto de la Seguridad Social de la Policía (ISSPOL), los de la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG), la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA), la Cruz Roja Ecuatoriana, y los servicios de salud de algunos Municipios. Casi el 50% de las camas hospitalarias son del Ministerio de Salud Pública (MSP) y el 85% de los establecimientos ambulatorios son de entidades públicas. El sector privado está integrado por entidades privadas con fines de lucro (Hospitales, Clínicas, Dispensarios, Consultorios, Farmacias y las Empresas de Medicina Pre-pagada) y las organizaciones privadas sin fines de lucro (como diversas ONG, organizaciones populares de servicios médicos, asociaciones de servicio social, etc.). Todas, representan el 14.6 % de los establecimientos del país. Los servicios privados se financian por el gasto directo de las familias. Las entidades privadas para su funcionamiento deben estar registradas y autorizadas por el MSP.

13. Coincidiendo con mi estancia en Ecuador, en concreto, en el mes de agosto de 2005, el Ministro de Economía del Gobierno de Alfredo Palacios, viajó a Venezuela para pedir crédito al Presidente Chávez. El propósito es controvertido, por lo menos así lo trató allí la opinión pública. A pesar de ello, muchos son los que afirman que mejor con Venezuela -con Chávez incluido-, que con el FMI. Se trata quizás de una de las escasas bazas que le quedan por jugar a los dirigentes ecuatorianos, sobre todo si pretenden -tal como prometió el nuevo Presidente de la República del Ecuador- el aumento del gasto social, sin negar -al menos abiertamente- el pago de la deuda externa. Por cierto, aquél Ministro de Economía que solicitó ayuda económica a Venezuela, es Rafael Correa, Presidente de la República del Ecuador desde el 15 de enero de 2007.

14. *Verbigracia*, Ramiro Echeverría (1997, 2000) señala una serie de determinantes al proceso

responsable de capitanear los cambios de la reforma de salud en Ecuador, que considera: de tipo exógeno o ajenos al propio sector -"la globalización y las reformas del Estado, los cambios en los perfiles demográfico y epidemiológico, los riesgos y vulnerabilidades, las reformas a los sistemas de seguridad social y el aumento de expectativas sociales"-; y endógeno o intrínsecos a él -la desarticulación e incoordinación del sector salud, el contar con modelos de atención y organización insuficientes, el acceso inequitativo a los servicios de salud, el déficit de cobertura y baja calidad de atención, el gasto ineficiente y no solidario, y el bajo financiamiento público"-; presentando además una serie de objetivos para reformar este sector: "acceso equitativo a los servicios; cobertura universal de prestaciones; atención de calidad y con calidez; gestión eficiente; financiamiento solidario y sostenible; y participación y control social".

15. En adelante aparecerán distintos informantes ecuatorianos, identificados de la siguiente manera: M1, M2, M3 (Médico 1, 2, 3); MyN1 (Médico y Naturópata 1); Ma1 (Matrona 1); NanF1 (Naturópata no Facultativo 1); EIM1 (Especialista en imposición de manos 1); Cu1, Cu1, Cu2 (Curandero 1,2); UE1, UE2, UE3 (Usuario ecuatoriano 1, 2, 3).

16. El especialista en imposición de manos, fundamentalmente, utiliza éstas para sanar al doliente. Son pues sus manos el principal catalizador de la energía sanativa transmitida. Si bien -como es sabido-, el hacer de estos sanadores "informales", transita por prácticas variopintas. Registrarlo así -especialista en imposición de manos- es porque él, se identificaba de esta forma.

17. En la entrevista se indica el nombre de dos de los curanderos más afamados de Loja (Ecuador). Con la intención de conservar el anonimato, aparecen en la transcripción como X é Y.

18. Puede haber errores en los nombres de los fármacos aquí recogidos, derivado de la dificultad en la transcripción de esta entrevista.

19. Cantón de la provincia de Imbabura.

20. Enfermedad contagiosa de la piel, ocasionada por un pequeño parásito llamado *sarcoptes scabiei*. También se la conoce popularmente como sarna.

21. El síndrome de *Cushing* se define por un grupo de trastornos producidos por niveles elevados de glucocorticoides circulantes, en particular de cortisol. Los síntomas que se pueden presentar son múltiples: enrojecimiento de las mejillas, obesidad en el tronco, aumento del apetito, cara de luna llena, piel fina que se lesiona con facilidad, mala cicatrización de las heridas, aumento de la susceptibilidad a las infecciones, debilidad y atrofia de los músculos proximales, hipertensión, acné, osteoporosis, intolerancia a la glucosa que puede producir diabetes, cansancio excesivo, amenorrea en mujeres, y euforia u otros síntomas psicológicos.

22. El *taita* (*chamán*, *yachag*, o brujo) es el hombre sabio que cura. Se suele distinguir del curandero porque a diferencia del primero, a aquél se le suponen poderes mágico-espirituales. Esto no es óbice para que, en ocasiones, sean denominados/considerados *yachag*, a los curanderos mayores.

23. De hecho, con los curanderos que contacté en mi estancia en la provincia ecuatoriana de Loja, habían tenido problemas con la justicia derivados de las denuncias provenientes de diversos facultativos y/o sus colegios. Así, el más conocido -"X"- se negó a ser entrevistado. Unos meses atrás a mi petición, estuvo detenido. El otro -"Y"- también fue denunciado, aunque salió mejor parado, ya que sólo hubo de cerrar durante tres meses su consulta, sin pasar por el calabozo.

24. La información sobre la investigación en destino está disponible en: Rico (2007, 2009a, 2009b).

25. Si bien son muchos los trabajos sobre el particular en España, tomo como referencia el estudio español de Tejedor *et al* (1995) por la proximidad temporal con el realizado en Ecuador (1998) y el de Perú y Bolivia (1990).

Bibliografía

Acosta, Alberto

2002 "Ecuador: deuda externa y migración, una relación incestuosa", *Documentación Social*, julio: 261-282.

Barreiro, Pedro I.

2002 "Instituto Ecuatoriano de la Seguridad Social y Seguro Social Campesino", en R. Fierro Benítez, *El cóndor, la serpiente y el colibrí, la OPS/OMS y la salud pública en el Ecuador del siglo XX*, Quito, Organización Panamericana de la Salud.

Castel, Robert

1997 *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*. Buenos Aires, Paidós.

Comelles, Josep María

1997 "De la ayuda mutua y de la asistencia como categorías antropológicas. Una revisión conceptual", *III Jornadas Aragonesas de Educación para la Salud*, Teruel, septiembre.

Comelles, Josep María (y Ángel Martínez Hernández)

1993 *Enfermedad, cultura y sociedad: un ensayo sobre las relaciones entre la antropología social y la medicina*. Madrid, Eudema.

Davis-Floyd, Robbie (y Gloria St. John)

2004 *Del médico al sanador*. Buenos Aires, Creavida.

De Miguel, Jesús María

1985 *La salud pública del futuro*. Barcelona, Ariel Sociología.

Echeverría, Ramiro

2000 *El proceso de la reforma del sector salud de Ecuador agosto de 1997 a agosto de 2000*, Quito, Centro de Estudios y Promoción para el Desarrollo Social (CEPAR).

1997 *El proceso de la reforma del sector salud de Ecuador 1992-1997: aportes para un debate*, Quito, Centro de Estudios y Promoción para el Desarrollo Social (CEPAR).

Fernández-Rufete Gómez, José (y Juan Ignacio Rico Becerra)

2005 *El impacto demográfico de la inmigración ecuatoriana en la Región de Murcia. Análisis del perfil poblacional y sociodemográfico del colectivo de inmigrantes ecuatorianos (CIE) en las comarcas murcianas del Alto y Bajo Guadalentín*. Murcia, Quaderna.

Foucault, Michel

2008 *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Madrid, Siglo XXI.

1997 *El nacimiento de la clínica, Una arqueología de la mirada médica*. Madrid, Siglo XXI.

1990 *La vida de los hombres infames*. Madrid, La Piqueta.

1978 *Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber*. Madrid, Siglo XXI Editores. modelo médico hegemónico

Garzón, Ángel (et al.)

1998 "Un estudio sobre la automedicación en Ecuador", [consultado 22-10-2006]. Disponible en: <http://come.to/automedicacion>

Illich, Iván

1975 *Némesis médica: La expropiación de la salud*. Barcelona, Barral.

Laplantine, François

1999 *Antropología de la enfermedad. Estudio etnológico de los sistemas de representaciones etiológicas y terapéuticas en la sociedad occidental contemporánea*. Buenos Aires, Ediciones del Sol.

López, Roberto (y A. Kroeger) (comp.)

1990 *Morbilidad y medicamentos en Perú y Bolivia*. Lima, Editorial Gráfica Bellido.

Menéndez, Eduardo

1984a *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión en salud)*. México, CIESAS: 4-5.

1984b "Estructura y relaciones de clase y la función de los modelos médicos. Apuntes para una antropología médica crítica", *Nueva Antropología*, México, año VI, nº 23.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS)

1998 *Condiciones de salud de las Américas*, Quito, OPS/OMS.

Rico Becerra, Juan Ignacio

2007 *La atención primaria de salud y su impronta en el proceso de salud/enfermedad/atención de los inmigrantes ecuatorianos residentes en el municipio murciano de Lorca*, Tesis de doctorado, Murcia, UCAM.

2009a *El inmigrante "enfermo". Apuntes y reflexiones desde un trabajo antropológico*. Murcia, Isabor.

2009b "Utilidad del seguimiento de las carreras curativas de los inmigrantes para la visibilización de sus prácticas: los ecuatorianos en Murcia", *Revista de Antropología Experimental*, nº 9: 169-177.

Rodríguez, Josep (y Jesús María de Miguel)

1990 *Salud y poder*. Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).

Salgado, Wilma

2001 "Economía ecuatoriana y tendencias recesivas de la economía mundial", *Ecuador Debate*, nº 54, diciembre.

Sola, José

2004 "Una desconcentración incompleta: la reforma de la salud en el Ecuador", *Ecuador Debate*, nº 61, abril.

Spivak, Gayatri

1997 "Estudios de la subalternidad: reconstruyendo la historiografía", en Silvia Cusicanqui y R. Barragán (comp.) *Debates post coloniales: una introducción a los estudios de subalternidad*, La Paz, Aruwiwiri.

2009 *¿Pueden hablar los subalternos?*, Barcelona, Museo d'Art Contemporani de Barcelona.

Stagnaro, Juan Carlos

2002 "Biomedicina o medicina antropológica", *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, nº 13: 19-26.

Tejedor, N. (E. Zafra y Y. Sánchez)

1995 "Trastornos comunes de salud: autocuidado y automedicación", *Atención Primaria*, 16 (1):13-8.