

# LOS MERCADOS DE QUITO, ESPACIOS FUNDAMENTALES DE LA CULTURA LOCAL

Mario Siddhartha Portugal Ramírez<sup>61</sup>

## Resumen.

El texto muestra la exclusión de un tipo de medicina urbana, basada en hierbas, debido a que el modelo médico hegemónico en el país está determinado por lineamientos de salud globales y centrado en la biomedicina. La inclusión de la medicina tradicional, bajo un enfoque de interculturalidad en salud, se orienta hacia lo ancestral indígena, mientras que deja de lado otras medicinas en contextos urbanos.

El texto habla sobre los conceptos de modelo médico hegemónico y pluralismo médico, del cual surge el enfoque de interculturalidad en salud. Describe también la medicina de hierbas en el mercado San Roque y sus conexiones con otras medicinas. Por último discute cómo el sistema de salud público global determina al sistema de salud público local, cuyo núcleo es al biomedicina y que integra de forma subordinada a la medicina tradicional.

**Palabras clave: interculturalidad en salud, modelos médicos, medicina urbana, hierbas medicinales, salud global, pluralismo médico.**

---

<sup>61</sup> Mario Siddhartha Portugal Ramírez, sociólogo por la Universidad Autónoma Gabriel René Moreno (UAGRM) de Santa Cruz de la Sierra (Bolivia). Actualmente es maestrando en sociología de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Flacso) sede Ecuador.



## La medicina clandestina

Son las 9 de la mañana de un viernes, una mujer con un niño en los brazos espera en el giro<sup>62</sup> de las hierberas del mercado San Roque. Su hijo ha estado enfermo varios días, los medicamentos recetados por el doctor no le han hecho ningún efecto, por lo cual piensa que el niño tiene “espanto”. Sin embargo, tendrá que esperar al joven que aguarda con una bolsa de papel que contiene un cuy<sup>63</sup> que será usado para una “limpia”. Entre tanto una parroquiana pregunta qué puede tomar para los dolores menstruales, a lo cual la hierbera le dice que pruebe con una infusión de *eneldo* o de *ruda*. Más allá, un hombre señala con timidez una caja roja con una fotografía de una pareja semidesnuda que se besa y cuya leyenda principal dice “Jabón esotérico: Ven a mí, ven a mí...”, mientras otro texto despeja cualquier duda sobre la utilidad del producto: “Sígueme. El único jabón que atrae sexo-dinero-amor”.

Escenas como estas se repiten a diario en San Roque y en otros mercados de la ciudad como San Francisco, Central o Santa Clara; con mayor afluencia los martes y viernes, considerados como los mejores días para hacerse una “limpia”. De esta forma, los mercados no solo proveen alimentos y otros productos, sino también que son proveedores de salud.

Sin embargo, a pesar de que los usuarios la recomiendan a otras personas, que funcionarios de la alcaldía y del Ministerio de Salud Pública (MSP) saben que existe y que los medios de comunicación difunden noticias sobre las hierberas, resaltando que es parte del patrimonio de la ciudad; esta medicina opera en un espacio que el Estado parece ignorar o, al menos, no prestar demasiada atención. Hablamos entonces de una medicina clandestina.

En este texto, a partir de resultados de mi trabajo de campo en el mercado San Roque, quiero mostrar que la medicina tradicional urbana con hierbas de los mercados de Quito son excluidas por dos procesos. El primero es la configuración del modelo médico hegemónico en el país, determinado por el enfoque de salud global incluso en lo que respecta a la medicina tradicional. El segundo proceso es el enfoque de interculturalidad donde predomina la biomedicina como conocimiento universal y que produce una doble alterización: la biomedicina frente a la medicina ancestral y la medicina ancestral rural frente a la medicina tradicional urbana.

El primer acápite del texto busca precisar lo que se debe entender por pluralismo médico y modelo médico hegemónico. La segunda parte describe la medicina médica ancestral en su contexto del barrio San Roque y cómo se relaciona con otras medicinas. La tercera parte habla sobre el modelo médico hegemónico en el país y cómo se inscribe en este la medicina urbana. La cuarta parte son las conclusiones.

---

<sup>62</sup> Por giro se entiende a un “grupo o conjunto de productos y artículos afines, que presenten aspectos comunes para su comercialización dentro de la misma área (...)” (Concejo Metropolitano de Quito, 2014)

<sup>63</sup> Cuy = cobaya, conejillo de indias.

## La diversidad de las medicinas en un contexto de hegemonía médica

Las últimas décadas se caracterizaron por la lucha de pueblos indígenas y afrodescendientes para obtener derechos y la transformación del Estado hacia uno que se funde en la diversidad. Estas luchas se tradujeron en el reconocimiento, en mayor o menor medida, de derechos colectivos específicos para estos grupos y de la inclusión en la estructura del Estado de sus sistemas políticos, económicos, sociales y culturales.

La interpelación de estos actores se dio en un contexto de crisis del Estado – nación que según Castells (1997) fue espoleado por la globalización de la economía y de procesos de identificación de la población que cuestionaron la ciudadanía propuesta por el Estado. Frente a esto, los Estados-nación recurrieron a alianzas y a promover su descentralización administrativa, lo cual hizo que problemas cotidianos como la salud, la educación o la cultura se convirtieran en temas de discusión global. La creación de entes supranacionales es también fundamental para Sassen (2007, p. 14) para quien el proceso de globalización significa la aparición de procesos e instituciones globales y la existencia de procesos inscritos en territorios y ámbitos que se consideran nacionales, pero que son globales. Como mencionaré más adelante, la salud esté inmersa en estos procesos.

Que existan diversas tradiciones médicas en una sociedad no es una novedad. La biomedicina<sup>64</sup> en sus albores coexistía junto a otras tradiciones médicas y sus terapias difícilmente podían distinguirse de éstas últimas (cfr. Belofsky, 2013). Sin embargo, a partir del siglo XV fue adoptando los métodos de experimentación y observación (Caramés G., 2004, p. 38) y pasó a ser la medicina oficial de los estados capitalistas, ayudándole en su establecimiento. Por ejemplo, ocupó un rol importante frente a los problemas higienico-sanitarios de las ciudades europeas del siglo XVIII que, por el incremento de población obrera, tenían serios problemas de salud, generando revueltas sociales (Foucault, 1999)<sup>65</sup>.

Su encumbramiento como medicina oficial significó que otras tradiciones médicas sean prohibidas, acusadas de “no científicas” y de estar basadas en supersticiones. Como ejemplo está la prohibición de la acupuntura y otras terapias tradicionales chinas durante la crisis del sistema imperial chino (dinastía Qing de 1644 a 1911) y la creación de la república en 1912 (Sussman, 1993, p. 36).

Sin embargo, lejos de desaparecer, las tradiciones médicas continuaron atendiendo las necesidades de salud y con el pasar de los años cobraron mayor relevancia e influencia. El caso de la acupuntura es sugestivo, puesto que su uso no solo se extendió a Korea, Japón y Vietnam a principios de la era cristiana, sino que llegó a Europa entre los siglos XVI y XVII,

---

<sup>64</sup> Por biomedicina entenderé la medicina clínica basada en las ciencias naturales, como la biología, biofísica, bioquímica, etc. (RAE).

<sup>65</sup> La medicina social urbana de este siglo permitió que la medicina entrase en contacto con otras disciplinas de las ciencias como la química. El análisis del agua, el aire y otros elementos, permitieron desarrollar un *corpus* de conocimiento que no sido posible si limitaba su estudio al cuerpo individual (Foucault, 1999, p. 378).

retomando importancia en la primera mitad del siglo XX (Sussman, 1993, p. 30)<sup>66</sup>. En términos teóricos el proceso que describí supone hablar de un pluralismo médico y del surgimiento de un modelo médico hegemónico.

Las medicinas continuaron operando no tanto por una resistencia contracultural, sino por su eficacia, su reconocimiento social y porque eran accesibles a muchos grupos sociales empobrecidos. (Menéndez, 1983, p. 107). La coexistencia de diferentes tradiciones médicas es lo que se conoce como pluralismo médico (Barnard & Spencer, 2002, p. 542), término usado por Charles Leslie en los años 70 (Kazianka, 2012, p. 43) y en Latinoamérica por Sheila Cominsky en la misma década (Mosquera S., 2007, p. 233). Tras esta noción está la idea de pacientes descontentos, conscientes de las limitaciones de la medicina, que buscan terapias alternativas para atender su salud (Horbst y Wolf en Kazianka, 2012, p. 43).

Si bien el término se ha generalizado, hay divergencias al describir el tipo de convivencia entre medicinas. Janzen (cit. Kazianka, 2012, p. 44) menciona tres usos del concepto: *asimétrico*, *simétrico* y *el integrador*. El pluralismo asimétrico comprende que hay una medicina legal, profesional e institucionalizada; frente a las medicinas indígenas y alternativas, no oficiales, secundarias, ilegales y “no profesionales”. El pluralismo simétrico ve un escenario donde las medicinas son reconocidas por igual por los usuarios. Por último, el pluralismo integrador quiere integrar con el mismo valor a todas las medicina a nivel ideológico y de prácticas individuales.

Estados y organismos internacionales asumieron este último enfoque, el cual se denomina como interculturalidad en salud. La Organización Panamericana de la Salud espera que la interculturalidad en salud sirva para reconocer y valorar los conocimientos y prácticas de salud locales y su incorporación en los sistemas de salud, generando así un sistema con mayor equidad y participación (2008, p. 11). En el Ecuador se aspira también a promover el dialogo entre diferentes, basados en el respeto y la igualdad, que lleve a una situación de inclusión, simetría y equidad (Ministerio de Salud Pública, 2008, p. 28).

Sin embargo, la concepción de la interculturalidad dominante, extendida también al área de la salud, estaría inscrita dentro de un proyecto de una economía de mercado neoliberal que idealiza una sociedad de convivencia pacífica que no cuestiona la desigualdad, la explotación ni la dominación (Viaña, 2010, p. 12). La medicina es un producto de la realidad social, por tanto es un espacio donde se expresan las relaciones de hegemonía y subalternidad (Mendoza,

---

<sup>66</sup> El interés por la acupuntura surgió con una publicación de Wilhem Ten Rhijne en 1680 (Sussman: 1987:37). Sin embargo, los misioneros jesuitas en China ya conocían la terapia mucho antes que Ten Rhijne. En el siglo XX, Soulie de Morant, cónsul de Francia en China, publicaba en 1934 su “Compendio de la verdadera acupuntura china” y se fundaron en París dos sociedades de acupuntura, una bajo presidencia de Morant y otra por el médico Roger de La Fuye. En China se recuperaría la terapia a partir de 1955 bajo el régimen socialista. En los Estados Unidos, el interés surgió a partir de un artículo de 1971 en el New York Times, escrito por un soldado (White y Ernst, 2004: 663). En Latinoamérica, Argentina fue el primer país en introducir la terapia el año 1948, después de que un grupo de médicos tomaran clases con La Fuye.

s/f, p. 3). Es decir, en términos de salud, hablaríamos de que existe un modelo médico hegemónico.

El surgimiento de un modelo médico hegemónico supone el desplazamiento de otras medicinas que constituyen el *modelo médico subordinado*. Pero además, hay un tercer modelo médico: el de *autoatención* que son aquellas prácticas que hace el individuo para restituir su salud y que pueden ser acciones específicas o el uso de instrumentos complejos de curación (Menéndez, 1983, pp. 102-104).

La tarea es entonces observar las características de estos tres modelos médicos que surgen en una sociedad, lo cual supone una labor metodológica para describir las características estructurales de esos modelos, a partir de un análisis de la realidad y de tener siempre en mente que son ante todo construcciones teóricas (Mendoza, s/f, p. 7). Teniendo esto último en mente, trataré de caracterizar el modelo médico subordinado y su relación con el hegemónico a partir de una experiencia concreta: las hierbas del mercado San Roque.

## **La medicina clandestina del barrio San Roque**

El barrio San Roque en Quito se ha caracterizado por ser un centro de comercio y de migración indígena. Como zona de comercio se encontraron pruebas arqueológicas sobre esta función desde antes de la llegada de los españoles, pero que se hace más evidente desde la colonia (Municipio, 2010). En lo que respecta a la migración, ya desde los primeros años de la colonia fue un receptáculo de población indígena migrada a la ciudad, utilizada como mano de obra en la construcción de la Iglesia de San Francisco y haciendo diversos oficios (pintores, músicos, albañiles, etc.) para la población blanco-mestiza.

Migración y comercio están fuertemente relacionados en San Roque. Mientras que los indígenas se asentaban en la zona para la compra y venta de diferentes productos que provenían de las haciendas, los mestizos se dedicaron a la artesanía, a la venta de productos o eran propietarios de pequeños negocios de productos básicos.

En la zona, los dos mercados más icónicos son San Francisco y San Roque, el primero fue establecido oficialmente en 1893<sup>67</sup> en la plaza de Santa Clara (calle Vicente Rocafuerte, entre Cuenca y Sebastián de Benalcázar) y trasladado en 1980 a las Calles Chimborazo y Rocafuerte. El mercado San Roque funcionaba en la década del 50 en el espacio que ahora ocupa el mercado San Francisco, sin embargo, fue cambiado a las canchas del Colegio Central Técnico donde sigue en la actualidad. El motivo del traslado fue el desborde que sufrió por nuevos comerciantes y la clientela (Municipio, 2010, p. 83), aunque se aprovechó el cambio para designar puestos específicos por actividad (por ejemplo, las hierbas en el piso inferior) y para aplicar medidas de higiene y control hacia los comercios.

---

<sup>67</sup> A finales del siglo XVIII el mercado San Francisco estaba asentado en la plaza de San Francisco.

En la actualidad, el barrio y el mercado San Roque siguen atrayendo a población migrante, en especial indígena (Municipio, 2010, p. 61). Azogue (2012, pp. 23-24) señala que el barrio es un "lugar de acogida", es decir, de expectativas, oportunidades, confianza y apoyo al migrante, quien así podrá acomodarse a la ciudad para enfrentar las barreras físicas y simbólicas (lenguaje, discriminación, etc.). El mercado en particular reproduce las relaciones de complementariedad y reciprocidad económica (Azogue, 2012, p. 27).

San Roque es también un lugar de mujeres quienes despliegan estrategias de subsistencia y apropiación del espacio (Cuminao R., 2012, p. 83). Cuminao observa que desde la colonia fue la mujer indígena quien se dedicó al comercio, mientras los otros oficios eran realizados por el hombre indígena. Existió (y existe) entonces una división sexual del trabajo que percibe al trabajo en el mercado como una actividad para mujeres, asociado a la manipulación de alimentos, al trabajo doméstico y a las actividades litúrgicas y de fiestas.

Destaca justamente el rol de las hierberas en los mercados, al ser una actividad tradicional del barrio. En la mayoría de los casos son varias generaciones que trabajan en este oficio como la señora Tomasa de 85 años, quien trabaja más de 50 años como hierbera, al igual que lo hizo su madre y cómo ahora sus hijas: Patricia y Gloria Chicaiza.

Las hermanas Chicaiza comienzan jornada a partir de las cinco de la mañana. Ambas hermanas tienen hijos o nietos que deben atender para que asistan a la escuela, para luego poder acudir a sus puestos en el mercado. Su día laboral se inicia a las siete y ya a esa hora los compradores caminan por los pasillos del mercado.

"Caserita ¿Qué va a llevar?", "Hay ortiga, frutipan, manzanilla", "Venga, pase, baratito está", se oye decir en el pasillo y algunos ocasionales clientes se acercan para buscar alguna hierba. Una cliente está embarazada, tuvo dolores abdominales y desea saber que puede hacer. Gloria le indica algunos ejercicios que deberá hacer acostada y prepara un manojo de hierbas que serán hervidos y luego colocados como emplasto en la zona del dolor. En ese momento, otra mujer habla con Patricia y le pregunta que sirve para el colesterol alto, a lo cual ella responde que tome las hojas de alcachofa en infusión, aunque con moderación. Doña Gloria, en un momento en que no tiene ningún cliente, me dice con orgullo en la voz que ellas charlan con los pacientes y que eso les distingue de los doctores, quienes "atienden a la rápida, sin preguntarle a uno que tiene".

Junto a las hierbas, pueden observarse una diversidad de productos como velas de diferentes colores y tamaños, colonias o extractos con nombres tan llamativos como "7 machos", "Ven a mí" o "Deseo". Además, en los puestos de algunas hierberas se pueden ver pequeños carteles que anuncian que se hacen "limpias" para curar el "espanto", el "malviento" o el "mal de ojo". La "limpia" consiste en utilizar un manojo de hierbas para sacar las energías negativas que una persona acumula en su cuerpo. Se utilizan también otros elementos como huevos, aguardiente "Puntas" (para "soplarse" en el cuerpo del paciente) y un pequeño cóctel con varias plantas que deberá ser ingerido durante la terapia. Los niños son los más vulnerables a retener malas energías, por lo que a diario acuden padres con sus hijos.

Podemos agrupar las curaciones en tres categorías: fisiológica, psicológica y espiritual. La fisiológica consiste en la terapia con una o varias hierbas, preparadas de distintas maneras (infusión, emplasto, etc.) y que curan dolores, gripes, golpes, etc. Estas curaciones pueden combinar explicaciones y terapias tradicionales con biomédicas. Las tradicionales son, por ejemplo, la dicotomía frío/caliente, que explica la enfermedad por el desbalance de la temperatura en el cuerpo. Una explicación biomédica es, por ejemplo, que se diga que la enfermedad proviene del "aumento de glóbulos rojos en la sangre".

El psicológico se relaciona con el estrés y los problemas nerviosos, que además se considera que generan otros males físicos. La terapia consiste en recetar hierbas, aunque también baños con hierbas o flores, donde los primeros alejan las malas energías causadas por el estrés y las segundas generan suerte en el negocio o el amor.

El uso espiritual está relacionado con las limpias. Se limpia aquella mala energía que invade al cuerpo, pero que en muchas ocasiones puede ser causado por razones extranaturales como el susto, malaire, mal de ojo y hechicería. Esta última se dice que se provoca por la envidia y las intenciones directas de alguna persona por hacer daño a otra, para lo cual pide a un curandero que haga un hechizo. Las hierberas, sobre todo a través del cuy, pueden saber si es esto lo que hace que el paciente se enferme y luego harán limpias y recetarán hierbas para que los síntomas del hechizo desaparezcan.

Gloria cuenta que aprendió a limpiar con cuy<sup>68</sup> con un curandero que ella llama "el que es más que uno". La transferencia de conocimientos es característico entre las hierberas quienes aprendieron de sus madres, suegras u otras personas y que ahora transmiten sus conocimientos a sus hijos e hijas, pues aseguran que se quedarán con sus puestos en el futuro.

Estas curaciones se hacen a diario en San Roque y otros mercados de la ciudad. Como podemos ver, se trata de una medicina tradicional que suma otros elementos en sus terapias, como velas, colonias, etc., pero también elementos biomédicos como cuando se pide al paciente que utilice suero o que use algún medicamento de venta libre como el paracetamol.

La relación con otras medicinas ocurre a menudo, pues las hierberas luego de hacer una curación pueden pedir al paciente que consulte al doctor para aliviar los síntomas remanentes. Asimismo, cuando consideran que alguna enfermedad no es su competencia, derivan al paciente al médico convencional, al homeópata, al curandero u otra hierbera con los conocimientos necesarios para atender la enfermedad.

## **El Estado, ese gran ausente**

Si consideramos que hay toda esta dinámica de salud en el mercado, uno creería que las instituciones del Estado no solo están presentes regulando esta medicina, sino también que la

---

<sup>68</sup> Si bien hay varias señoras que hacen limpias, solo las hermanas Chicaiza utilizan el cuy.

fomentan a través de políticas de enfoque intercultural. Esto lamentablemente no es así, porque esta medicina parece operar en una zona gris.

El MSP, a través de la Dirección Nacional de Salud intercultural, no tiene programas específicos de trabajo con ellas y su alcance a nivel urbano es muy limitado aún. Por su parte, el municipio las considera dentro de la categoría de “vendedoras” por lo cual los aspectos que controla a través de los administradores designados son la limpieza del puesto, uso de uniforme, venta de productos con registro sanitario<sup>69</sup>, limpieza en la manipulación de los productos y otros, pero nada específicamente relacionado a la salud<sup>70</sup>.

Quizás lo más parecido a una regulación es el artículo 29, inciso i, de la ordenanza metropolitana No 0253 que dice que una causa de suspensión temporal del puesto es “Practicar ritos, magia o hechicería en el puesto o en las instalaciones del mercado, exceptuándose las prácticas de medicina natural en puestos autorizados para el efecto.” (Municipio, 2010, p. 26) ¿Se consideran las limpias, en especial con cuy, como magia o hechicería? En todo caso, sí podemos considerarlos rituales pues la Real Academia Española los define como “Costumbre o ceremonia” y “Conjunto de reglas establecidas para el culto y ceremonias religiosas”. Sin embargo, los funcionarios con los que conversé me comentaron que este artículo no queda del todo claro.

¿Por qué pese a todos los avances constitucionales y legales esta medicina no es objeto de atención? Considero que esto se debe a dos motivos: la configuración del modelo médico hegemónico en el país y el enfoque de interculturalidad en salud del modelo.

En primer lugar, el modelo médico hegemónico en el país está determinado por los lineamientos de la salud pública global en la cual se inscriben instituciones como la OMS. Con el declive del Estado nación, vino también un debilitamiento de la salud pública clásica, cuyo campo de acción e investigación estaba determinado por las fronteras político – administrativas de los países. De esta manera, la salud pública global, que trasciende estas fronteras, subsume e incluye los espacios nacionales y locales de la salud (Franco-Giraldo & Álvarez-Dardét, 2009), haciendo que el Estado se convierta en un “campo de batalla fragmentado de ejecución de políticas, penetrado por redes transnacionales (gubernamentales y no gubernamentales) así como instituciones y fuerzas nacionales” (Held & McGrew, 2003, p. 29). Pero además, se critica que la salud global obedece a intereses económicos que generan inequidades dentro el sector salud (cfr. Biehl & Petryna, 2013)<sup>71</sup>.

En este contexto, la inserción de la medicina tradicional también viene condicionada a escala global. El modelo médico hegemónico en el país asumió características de la medicina

---

<sup>69</sup> Esto implica solo el control de estos productos que son adquiridos, sin embargo, este registro no alcanza en sí a las hierbas.

<sup>70</sup> Debo señalar que el mercado San Francisco, al ser turístico, promociona con mayor vehemencia a las hierbas, aunque esto no implica acciones más allá de lo publicitario.

<sup>71</sup> Algunas organizaciones como la People’s Health Movement critica que la OMS depende cada vez más de las empresas farmacéuticas y de los donantes extranjeros (Cf. Zumach, 2012; Bissio, 2014).

ancestral, aunque de una manera subordinada y limitada. Hasta la fecha quizás la mayor novedad ha sido la experiencia del “parto culturalmente adecuado” que ha supuesto que en algunos hospitales hayan parteras y espacios para su labor.

Pero quizás la mayor limitación es que la medicina intercultural se entienda sobre todo como la medicina ancestral indígena, limitando entonces lo intercultural al campo y que medicinas tradicionales en contextos urbanos, como de las hierbas, se vean excluidos de la salud intercultural. Es decir, es un modelo médico hegemónico basado en la biomedicina y en aspectos de la medicina ancestral indígena que subordina a medicinas urbanas tradicionales.

Trouillot decía que si la proximidad del Otro era un signo de diversidad, entonces quien no era este Otro podía definir la calidad de las relaciones, es decir, los individuos o grupos que no están categorizados en una alteridad podrán definir la forma, naturaleza, y significado del contacto con el Otro y que debe entenderse como “sensible”, “diverso”, “no discriminación”, etc. (Trouillot, 2011, p. 141). Esto parece ser el caso del modelo médico hegemónico y de su enfoque intercultural que proviene del pluralismo integrador.

El enfoque intercultural quiere integrar con el mismo valor a todas las medicina en sus niveles ideológico y de prácticas individuales, pero es la biomedicina, aquella que se presenta como conocimiento universal y no alteridad, la que determinará con sus protocolos que terapias de la medicina tradicional son aceptadas. El enfoque intercultural tiene así un primer proceso de alterización.

Sin embargo, existe un segundo proceso de alterización, esta vez dentro de la medicina tradicional. De esta forma, la alteridad estaría representada por aquella medicina tradicional urbana cuya existencia se reconoce, pero que finalmente dentro de las relaciones con la biomedicina y la medicina ancestral indígena es vista de soslayo, tolerada aunque ignorada, en suma, una medicina que se convierte en clandestina.

## **Conclusiones**

El modelo médico hegemónico del Ecuador es predominantemente biomédico y asume aspectos de las medicinas ancestrales indígenas, aunque de manera subordinada. Esto se debe en parte a que su configuración está determinada por los lineamientos de salud global, que establecen prioridades sobre la salud y el rol de las medicinas indígenas en los sistemas de salud nacionales.

El enfoque de interculturalidad en salud asumido en el país tiene un énfasis en la medicina ancestral indígena, mientras que en otro tipo de medicinas como las tradicionales urbanas tienen un rol subordinado y, como en el caso de las hierbas, están ausentes de las políticas públicas que tienen como objetivo mejorar el sistema de salud público.

Sin embargo, esta medicina opera de manera clandestina, ha estado y estará ahí. Sus conocimientos se seguirán transmitiendo de generación en generación, de madre a hija, de

abuela a nietas y continuará ahí semiescondida, despreciada por sus iguales; ajena a los debates académicos, a políticas públicas interculturales y al ojo vigilante del Estado, mientras continua contribuyendo a mantener la salud de la población.

## Bibliografía

Azogue, A. (2012). El barrio de San Roque...Lugar de acogida. En E. Kingman G., *San Roque: indígenas urbanos, seguridad y patrimonio* (págs. 21-36). Quito, Ecuador: Flacso - Heifer Internacional.

Barnard, A., & Spencer, J. (2002). *Encyclopedia of social and cultural anthropology*. Londres, UK: Routledge.

Belofsky, N. (2013). *Strange medicine. A shocking history of real medical practices through the ages*. New York, EE.UU: Perigee books.

Biehl, J., & Petryna, A. (2013). *When people come first: critical studies on global health*. New Jersey, EE.UU: Princeton University Press.

Bissio, R. (mayo de 2014). *La influencia de las transnacionales farmaceuticas sobre la OMS*. Recuperado el 20 de mayo de 2015, de Datos: <http://www.datos-bo.com/Ciencia-a-Salud/Industria-a-Farmacia/La-influencia-de-las-transnacionales-farmeceuticas-sobre-la-OMS>

Caramés G., M. (2004). Proceso socializador en ciencias de la salud. Caracterización y crítica del modelo hegemónico vigente. En G. Fernández J., *Salud e interculturalidad en América latina. Perspectivas antropológicas*. Quito, Ecuador: Ediciones Abya Yala.

Castells, M. (26 de 10 de 1997). *¿Fin del Estado nación?* Recuperado el 17 de 05 de 2015, de El País: [http://elpais.com/diario/1997/10/26/opinion/877816803\\_850215.html](http://elpais.com/diario/1997/10/26/opinion/877816803_850215.html)

Concejo Metropolitano de Quito. (2014). Ordenanza 0253 y su reglamento para mercados, ferias y plataformas. *Ordenanza metropolitana No 0253*. Quito, Pichincha, Ecuador: Agencia de Coordinación Distrital de Comercio (ACDC).

Cuminao R., C. (2012). Construcción de las identidades de las vendeoras Kichwas y mestizas y los juegos de poder en el mercado San Roque. En E. Kingman G., *San Roque: indígenas urbanos, seguridad y patrimonio* (págs. 79-100). Quito, Ecuador: Flacso - Heifer Internacional.

Diario Hoy. (20 de 07 de 1998). *Mama Lucha se pasea por San Roque*. Recuperado el 19 de 05 de 2015, de <http://www.explored.com.ec>: <http://www.explored.com.ec/noticias-ecuador/mama-lucha-se-pasea-por-san-roque-1295.html>

Fernández J., G. (2004). La llama de Tin Tin. En G. Fernández J., *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas* (págs. 9-15). Quito, Ecuador: Abya Yala.

Foucault, M. (1999). Nacimiento de la medicina social. En M. Foucault, *Estrategias de poder. Obras esenciales* (Vol. II, págs. 363-384). Madrid, España: Paidós Iberica.

Franco-Giraldo, Á., & Álvarez-Dardét, C. (2009). Salud pública global: un desafío a los límites de la salud internacional a propósito de la epidemia de influenza humana A. *Rev. Panam Salud Pública*, 25 (6), págs. 540-547.

Held, D., & McGrew, A. (2003). *Globalización/antiglobalización: sobre la reconstrucción del orden mundial*. Barcelona, España: Paidós.

Kazianka, B. (2012). ¿El pluralismo médico como concepto adecuado en el contexto de la biomedicina "global" y la medicina indígena "local"? Un ensayo sobre la realidad médica de los mayas itzaes en San José, Guatemala "LOCAL"? UN ENSAYO SOBRE LA REALIDAD MÉDICA DE LOS MAYAS ITZÁES EN SAN JOSÉ, GUATEMALA. *Scripta Ethnologica*, XXXIV, 39-68.

Kingman G., E. (2012). San Roque y los estudios sociales urbanos. En E. Kingman G., *San Roque: indígenas urbanos, seguridad y patrimonio* (págs. 7-20). Quito, Ecuador: Flacso - Heifer Internacional.

Mendoza, Z. (s/f). *Modelos médicos y la interculturalidad*. Recuperado el 8 de Abril de 2015, de [bvs.per.paho.org: http://bvs.per.paho.org/texcom/cd048358/modelos.pdf](http://bvs.per.paho.org/texcom/cd048358/modelos.pdf)

Menéndez, E. L. (1983). Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En E. L. Menéndez, *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud* (págs. 97-114). México: Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social.

Ministerio de Salud Pública . (2008). *Gui técnica para la atención del parto culturalmente adecuado*. Ecuador: Minsiterio de Salud Pública; Consejo Nacional de Salud.

Mosquera S., M. T. (2007). Médicos y antropólogos que descifran y tratan males. El desarrollo e al antropología d ela medicina en Guatemala. *Desacatos* (23), 225-250.

Municipio, d. D. (2010). *San Roque: Memoria histórica cultural*. Quito, Ecuador: Municipio del Distrito Metropolitano de Quito.

OMS. (2013). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014 - 2023*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la salud (OMS).

Orellana S., D. (2003). *La salud en la globalización*. Quito, Ecuador: Abya Yala.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2008). *Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas*. Washington: OPS.

Sassen, S. (2007). *Una sociología de la globalización*. Buenos Aires, Argentina: Katz.

Sussman, D. J. (1993). *¿Qué es la acupuntura?* Buenos Aires: Kier.

Trouillot, M.-R. (2011). *Transformaciones globales. La antropología y el mundo moderno*. Popayan, Colombia: Universidad del Cauca, CESO-Universidad de los Andes.

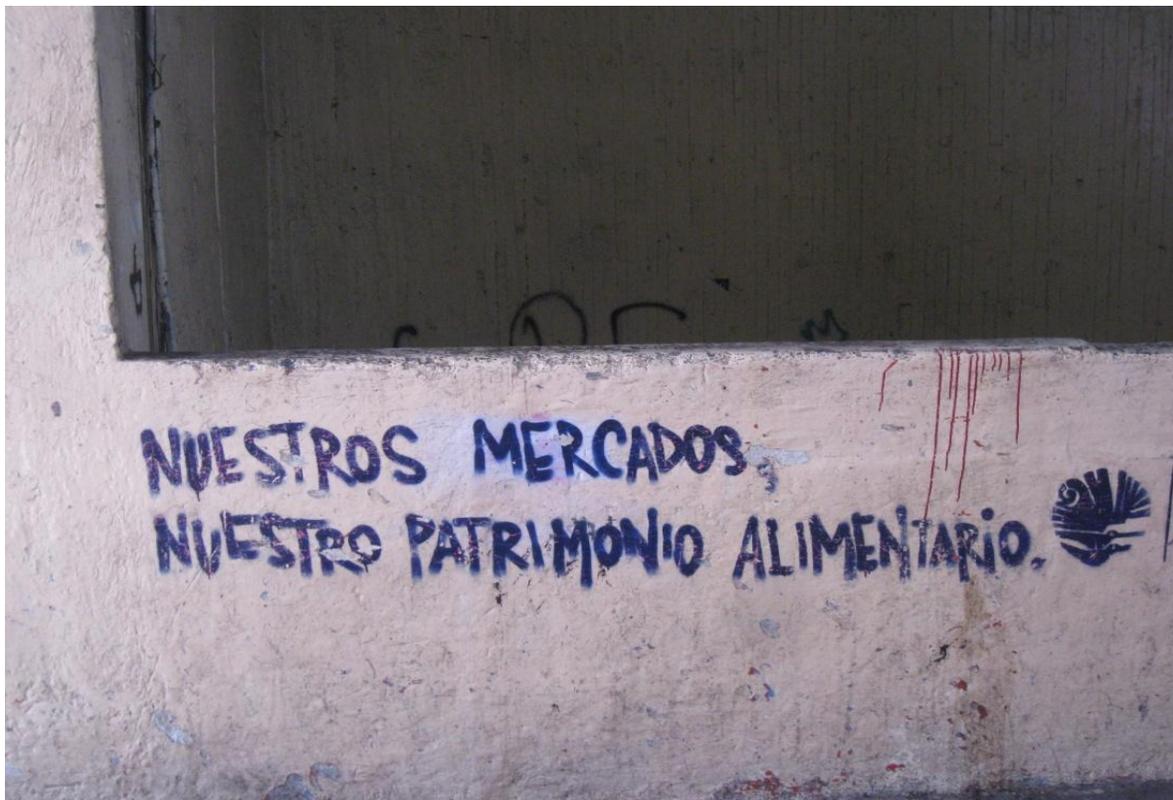
Viaña, J. (2010). Reconceptualizando a la interculturalidad. En J. Viaña, L. Tapia, & C. Walsh, *Construyendo interculturalidad crítica* (págs. 9-62). La Paz, Bolivia: Instituto Internacional de integración; convenio Andrés Bello.

Zumach, A. (21 de 05 de 2012). *La OMS es blanco de críticas*. Recuperado el 20 de 05 de 2015, de <http://www.dw.de>: <http://www.dw.de/la-oms-es-blanco-de-cr%C3%ADticas/a-15965576>

# Galería de fotos

Juan Mérida

Mario Portugal<sup>72</sup>



A diario, miles de personas visitan los mercados de la ciudad con el fin de abastecer su despensa con los productos que se ofrecen en estos lugares. Sin embargo, los mercados son mucho más que el comercio porque en su interior albergan procesos que muestran la diversidad social y cultural de nuestra ciudad. Nuestros mercados son colores, rostros, mensajes y espacios que nos recuerdan que éstos son partes integrales de nuestra vida diaria y de la realidad de Quito. Hemos querido reflejar esta pluralidad con este recorrido fotográfico de algunos de los mercados de la ciudad.

En la foto, un eslogan del Frente de Defensa y Modernización del Mercado San Roque reivindicando la necesidad de conservar los mercados en las ciudades.

---

<sup>72</sup> Juan es miembro del Grupo derecho a la Ciudad, mientras que Mario es sociólogo boliviano cercano al colectivo.



**La cura con hierbas en San Roque combina también productos esotéricos.**



**Mural del Mercado de San Roque con motivo del festival Detonarte organizado en octubre del 2014.**



Sede de la asociación de vendedores del Mercado



Mural del Mercado de San Roque con motivo del festival Detonarte organizado en octubre del 2014.



**Actividad colaborativa con los niños de los comerciantes del Mercado San Roque con motivo de la presentación de la Tercera Revista El Canelazo en diciembre del 2014**



**La señora Mercedes Correa hace una “limpia” a una niña (Mercado San Francisco)**



**Jengibre, pétalos de flores, ají, sábila y ortiga son utilizados a diario para curar**



**Mercedes Correa cura espantos y hace “limpias” a diario en el mercado San Francisco**



**Los productos esotéricos como velas, esencias y perfumes llegan de Perú y Colombia.**



Entrada de la primera escuela multicultural del Ecuador fundada en el año 1989, un referente de las demandas indígenas por una educación bilingüe.



**La plataforma Primero de mayo distribuye hierbas medicinales a todos los mercados de Quito.**