

Los saberes en la medicina intercultural de la Unión Campesina del Azuay (Ecuador): construcción territorial y colectiva de aprendizajes transformadores¹

Knowledge in intercultural medicine of the Peasant Union of Azuay (Ecuador): territorial and collective construction of transformative learning

Fanny Tubay Zambrano²

Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador

fanny.tubay@ucuenca.edu.ec

ORCID: 0000-0002-9156-0956

María Teresa Arteaga³

Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador

maria.arteagaa@ucuenca.edu.ec

ORCID: 0000-0001-6654-9352

Citar como: Tubay, F. y Arteaga, M. (2024). Los saberes en la medicina intercultural de la Unión Campesina del Azuay (Ecuador): construcción territorial y colectiva de aprendizajes transformadores. *Desde el Sur*, 16(1), e0004.

RESUMEN

El estudio muestra cómo sanadoras y sanadores de la Unión Campesina del Azuay (UNASAY-E) en Ecuador, frente a las necesidades del mundo actual, plantean la necesidad de seguirse capacitando, y dan a conocer su visión de cuáles son los conocimientos que requieren para el cuidado del cuerpo, la mente y espíritu. La investigación es de corte etnográfico y utiliza herramientas como la

1 Este artículo forma parte de las investigaciones derivadas del proyecto «Diálogo de saberes: propuestas para contribuir con el fortalecimiento de las capacidades locales vinculadas con la salud intercultural en la Unión Campesina del Azuay UNASAY-E» financiado por la II Convocatoria de Proyectos de Investigación-Vinculación de la Universidad de Cuenca.

2 Profesora investigadora de la Universidad de Cuenca. Graduada del Máster Eurolatinoamericano en Educación Intercultural, y del Doctorado en Educación (UNED, España). Ha sido codirectora de un proyecto de vinculación-investigación (salud y educación intercultural), e investigadora principal en un proyecto de formación antirracista en la zona del Azuay. Investiga los ámbitos de la educación intercultural, el racismo, los estudios de género en educación y la inclusión educativa.

3 Docente y especialista educativo de la Universidad de Cuenca. Magíster en Estudios de la Cultura por la Universidad Andina Simón Bolívar. Técnica de investigación en un proyecto de formación antirracista en la Universidad de Cuenca. Sus líneas de investigación son historia de las mujeres, escritura en el ámbito colonial y dinámicas sociales.

entrevista semiestructurada y los grupos focales. Los resultados revelan que los conocimientos heredados de generación en generación están en permanente construcción territorial y colectiva. Expone, también, cuáles son los recursos, las medicinas naturales y los tratamientos aplicados para la sanación. La investigación concluye que la medicina ancestral continúa siendo desvalorizada y folclorizada, pese a que, por un lado, está reconocida en la Constitución nacional y, por otro, confiere bienestar al tejido social.

PALABRAS CLAVE

Salud intercultural, saberes ancestrales, medicina ancestral, construcción del conocimiento, UNASAY-E

ABSTRACT

The study shows how healers from the Peasant Union of Azuay (UNASAY-E) in Ecuador, faced with the needs of today's world, raise the need to continue training; and they make known their vision of what knowledge they require to care for the body, mind and spirit. The research is ethnographic and uses tools such as semi-structured interviews and focus groups. The results reveal that the knowledge inherited from generation to generation is in permanent territorial and collective construction. It also explains which resources, natural medicines and treatments are applied for healing. The investigation concludes that ancestral medicine continues to be devalued and folklorized, even though, on the one hand, it is recognized in the national Constitution and, on the other, it confers well-being to the social structure.

KEYWORDS

Intercultural health, ancestral knowledge, ancient medicine, knowledge construction, UNASAY-E

Introducción

La producción de conocimiento, metafóricamente al igual que el de las materias primas, está organizada alrededor de la explotación, la invisibilización y la desapropiación violenta de un conjunto de saberes y prácticas culturales. Esto trae como resultado una «violencia epistémica» (Pérez, 2019), que forma parte de los sistemas de poder (sexismo, colonialismo, capitalismo, etc.) y amenaza al conocimiento de personas y

comunidades, considerados de menor valía y utilidad, ya que no han sido validados por métodos occidentales. Además, no se los integra en el mapa de contenidos que se enseña y aprende en la escuela y la vida.

El mundo andino y colonial enfrenta una construcción eurocéntrica imperante que organiza el tiempo, el espacio, y a toda la humanidad, a partir de su propia experiencia como un dispositivo de referencia superior y universal (Lander, 2000). En consecuencia, se ha quitado voz y presencia a aquellos saberes del sur (Lander, 2007), también denominados periféricos, ancestrales, propios o andinos. No obstante, y en referencia al pensamiento complejo de Morín (1999), el conocimiento debe ser transdisciplinario, como una fuente plural, diversa y cambiante, que se ajusta a las necesidades reales que tienen las personas desde sus territorios y lugares de enunciación. En otras palabras, el conocimiento no únicamente debe construirse y ser validado desde un contexto, sino desde la diversidad de entornos y en unas relaciones horizontales.

El reconocimiento de los saberes interculturales relacionados con la salud y medicina ancestral atraviesa por un proceso histórico dispar, que es el resultado de una imposición colonial matizada alrededor del misticismo, del esoterismo y de una impronta no científica. La folclorización y la esencialización de métodos y mecanismos de sanación, de recursos que operan para sanar, de personas que ejercen desde los diversos ámbitos de saberes, al igual que la naturaleza, somete al oficio al reduccionismo cultural. De ahí que, para referirse a la medicina ancestral, se utilizan etiquetas asociadas a la brujería, y no como prácticas y creencias que dan sentido y resignifican la vida en las cosmovisiones andinas. Esto se evidenció durante la pandemia por covid-19, cuando las y los sanadores ancestrales tuvieron que hacer frente al desconocimiento y al reduccionismo de sus prácticas.

La medicina ancestral fue reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una variable étnica y cultural en los proyectos de salud, y supuso nuevas oportunidades para avanzar en la reflexión y atención integral y equitativa de los pueblos amerindios y afrodescendientes (Juárez, 2019). La Constitución de la República del Ecuador (1998) también la reconoció como elemento garantista del «respeto al orden público y a los derechos humanos [...] y colectivos» (artículo 84), y como dispositivo para la libre expresión y decisión de los servicios integrales de atención pública. En este contexto, se dio valor a «los conocimientos y prácticas de medicina tradicional, [...] 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» (artículo 84.12). En 2008 el país incorporó los principios de la plurinacionalidad y la interculturalidad,

«como un modelo social al que aspirar, que parte de la diversidad cultural para promover la interrelación, el diálogo y el enriquecimiento» (10, p. 88). Además, se estableció como el derecho fundamental la salud, «como un eje estratégico para el desarrollo y el logro del “Buen Vivir o Sumak Kawsay”» (Senplades, 2013).

La salud intercultural es un subcampo de la salud pública, e integra tres acciones principales para el cuidado y el bienestar de las poblaciones: a) racionalización de la atención curativa; b) promoción; y c) prevención de salud y el fortalecimiento del sistema de salud indígena, o de otros pueblos y nacionalidades (Aguilar, Blandón y García, 2020). No obstante, la comunidad científica continúa manteniendo lineamientos occidentales, que ponen en duda estos principios, a pesar de estar muy arraigada en la vivencia popular comunitaria de algunos grupos. Mayoritariamente el personal médico sostiene el paradigma de ser los poseedores de la verdad en el campo de la salud y descartan cualquier concepto ancestral tradicional en el tratamiento médico, al cual denominan «empírico» o «no científico» (Almeida y Almeida, 2014, p. 1179).

La construcción del conocimiento además de constituir un aspecto complejo y plural que abarca diversos ámbitos (biológico, psicológico, pedagógico y educativo) (Moreno, 2012) y procesos cambiantes y ajustados a los contextos, a las dinámicas poblacionales y sociales, requiere grandes esfuerzos para cambiar esa imposición y lucha dialógica entre lo ancestral, propio o periférico, frente a otros saberes y epistemologías del norte (Do Santos, 2020). La comunidad académica dominante valida todo aquello que se construye desde el poder: las epistemologías del norte. Pero lo cierto es que los saberes del sur (Lander, 2007) forman parte y son tan necesarios para reconstruir un tejido social que ha sido sometido a epistemicidio y borraduras culturales.

Por ejemplo, existen otras formas de aprender a leer y a escribir, que no datan únicamente de un sistema instruccional o escolarizado (Hernández, 2015; Zavala, 2019), sino que están asociados con crear lazos, construir recuerdos, mantener viva la memoria escrita y no escrita, y alcanzar una justicia sociolingüística en los colectivos enmudecidos. Hace falta, entonces, un diálogo horizontal que permita conocerse y reconocerse entre todos para construir un conocimiento socialmente justo (Freire, 2020), que, más allá de fragmentar, integre. El diálogo involucra un reconocimiento del carácter social y no meramente individualista del proceso de conocimiento.

Los procesos de sanación concentrados, en este estudio, permiten leer el mundo social, las relaciones, las representaciones, la historia, el pasado, el presente y el futuro en esos locus de vida; todo aquello encaminado a

partir de una cosmovisión asociada al plano espiritual en relación directa con la naturaleza. Todos los seres, humanos, animales, plantas, minerales y divinidades, tienen ánimo, que está estrechamente vinculada con el modo de concebir la vida y la existencia misma (Bugallo y Vilca, 2011, p. 8). Lo dicho se pervive en los modos de vida y en la filosofía del mundo andino, en donde la interacción y cuidados colectivos entre todas sus armoniza y protege la vida.

Materiales y métodos

La metodología cualitativa es un paraguas amplio para la ejecución del proyecto «Diálogo de saberes propuestas para contribuir con el fortalecimiento de las capacidades locales vinculadas con la salud intercultural en la Unión Campesina del Azuay-UNASAY-E», en el que se inscribe el estudio parcial que es presentado. La metodología, por tanto, es cualitativa, de corte etnográfico con un enfoque social y educativo, en el sentido de conocer y recopilar saberes que forman parte del tejido social. Mujeres y hombres no solo son portadores de saberes, sino usuarios de unas prácticas ancestrales con resultados y satisfacciones para la vida misma.

El objetivo del estudio es estudiar cómo sanadoras y sanadoras conciben la permanente capacitación y actualización de sus conocimientos, que debe dar respuesta a las demandas actuales; además, busca identificar cuáles son los conocimientos que se consideran necesarios para el mantenimiento de las prácticas de salud intercultural. En este contexto, es preciso señalar que fue la propia UNASAY-E, la que hizo el pedido de capacitación a la Universidad de Cuenca; esto con base en dos argumentos: por un lado, por las demandas del mundo actual en temas de salud y cuidado de la tierra; y, por otro lado, como una forma de vindicación social al formar parte, en el contexto de la capacitación, de una institución de educación superior. Sanadoras y sanadores por algunos meses formaron parte de la institución como estudiantes.

La investigación se realizó junto a un colectivo de mujeres y hombres (UNASAY-E) que han dedicado su vida y su experiencia a producir, reproducir y compartir saberes, que no están en bibliotecas o espacios formales educativos, sino que circulan en el territorio, en las plazas, los mercados o en las sedes laborales dentro de sus esferas privadas (hogar). El contexto de la investigación son seis parroquias de la provincia del Azuay, Ecuador: Zhidmad, que pertenece al cantón Gualaceo; El Valle, Baños, Tarqui, Sinincay y San Joaquín del cantón Cuenca. También se vincularon personas de diferentes comunidades, como Pinchisana, Maluay y Castilla Cruz.

Las herramientas y técnicas fueron la entrevista semiestructurada y los grupos focales:

- 79 entrevistas semiestructuradas
- 8 grupos focales
- También se entrevistó a personas relacionadas con la salud intercultural de los mercados 3 de Noviembre, 10 de Agosto, 12 de Abril, 27 de Febrero, Feria Libre y Mercado Rotary de la ciudad de Cuenca.

La muestra de sanadoras y sanadores desde una perspectiva sociodemográfica y educativa da cuenta de los siguientes aspectos:

- El 89 % de las colaboradoras son mujeres dedicadas a la salud intercultural, el grupo oscila entre 20 y 85 años, con trayectorias entre 2 y 55 años de ejercicio de la práctica.
- El 51 % de la muestra total (mujeres y hombres) finalizó su formación en educación básica, el 23 % no asistió a la escuela, el 19 % finalizó la secundaria, y solo un 7 % ha asistido a la universidad. De este grupo de sanadoras y sanadores, todos practican la salud intercultural. En algunas ocasiones, se combina la práctica con otras actividades como agricultura y otros oficios como carpintería, mecánica, veterinaria, etc.
- El 13 % asiste a sus pacientes en sus casas o consultorios propios, mientras que el 45 % lo hace en distintos mercados de la ciudad. Los demás no indican dónde realizan sanaciones, terapias y medicinas.

En cuanto al tratamiento ético para garantizar el anonimato de sanadoras y sanadores, se ha asignado una codificación alfanumérica a las citas: entrevistas (E1, E2, E3, etc.) y grupo focal (GF1, GF2, GF3, etc.).

Resultados

La pandemia como escenario de cambio: volver a la tierra y volver al cuerpo

A raíz de la pandemia, las prácticas en medicina tradicional se vieron alteradas y se hicieron cada vez más necesarias para atender las enfermedades que llegaron con el covid-19. En ese momento, eran urgentes para conservar la vida en las poblaciones locales. Para los habitantes más pobres, la emergencia sanitaria se combinó con muchas otras emergencias: alimentaria, laboral, cultural, económica, por citar algunos ejemplos (Do Santos, 2020). La de tipo alimentaria ocasionó hambre en barrios y comunidades rurales, y las formas comunitarias de apoyo (comedores populares, merenderos) colapsaron ante el dramático aumento de la demanda y frente a la escasez de alimentos y mano de obra. En ese mismo ámbito, las escuelas cerraron, y la niñez, que antes recibía colaciones y meriendas escolares, dejó de recibirlas, ante el cierre de los centros educativos.

Otra emergencia ocurrió a nivel de la esfera pública. La violencia de todo tipo invadió los espacios donde las personas interactúan y sostenían sus relaciones sociales, laborales y domésticas. Hubo violencia entre comunidades, policía, saqueos, violencia contra la mujer, la familia, entre otras. Muchas parteras, sanadoras, yachaks, curanderas, sobadores durante el confinamiento, no pudieron ejercer sus oficios en los lugares que antes estuvieron afincados. Algunos decidieron visitar a domicilio a sus pacientes. Pero, para otros, la crisis económica, las muertes y el confinamiento obligatorio los condujo a vivir una crisis integral. En Azuay sanadoras y sanadores no podían salir de casa, no contaban con recursos, y se enfrentaban a un virus que apenas estaban conociendo, y que para los efectos debían autocapacitarse, hasta identificar las propiedades medicinales de plantas y tratamientos útiles para las urgencias del momento.

Necesitamos saber algo más, porque ahora [en] el tiempo que estamos viniendo están surgiendo más enfermedades nuevas también, pues. Claro, imagínese esta pandemia (E6).

Para una de las curanderas, la recuperación de procedimientos olvidados, y que eran aplicados por sus antecesores, cobró particular relevancia ante los escenarios de nuevas enfermedades causadas por el covid-19.

Por ejemplo, el restablecimiento de hacer las gelatinas, para los huesos, ahorita que está de moda esto del covid. Entonces quedan con dolor de huesos, articulaciones. Entonces se está pensado hacer las gelatinas de cuy, de pata, una gallina madura, cuy maduro. Entonces [hay que] hacer una gelatina de tres animales (E8).

Los interlocutores también aplicaron tratamientos para curar las afecciones originadas por la pandemia, con alternativas que antes habían utilizado, pues resultaban ser patologías similares a las atendidas en el ejercicio del libre oficio medicinal (gripes, neumonías o dolencias relacionadas). Sin olvidar que a la par estaban los mecanismos de prevención y sanación de la biomedicina que, en ese tiempo, se consideraron como «únicos» para salvar a la humanidad. Sanadoras y sanadores combinaron sus conocimientos con algunos métodos de la medicina occidental.

Los modos y los mecanismos de convivencia, las prácticas culturales y, en lo que compete a este estudio, las relacionadas con la medicina ancestral, exponen una composición de saberes constituida por sapiencias milenarias, métodos relacionales, complejos, que no se acaban, sino que se reproducen, consolidan y transforman. Estos tienen como fundamento

el diálogo, el intercambio, la participación colaborativa y el bienestar colectivo de todo un conglomerado social.

Nosotros debemos actualizarnos y aprender mucho (E1).

El aprendizaje es toda la vida hasta que Dios nos lleve a nosotros (E2).

Bianchi (2019) señala que, aunque los procesos de medicalización no se mantienen intactos, se encuentran en curso y transformación permanente. Y lejos de considerarlos procesos extintos o desfasados, constituyen insumos relevantes derivados en elementos empíricos, que permiten discutir y tensar la teoría alrededor de la salud intercultural, y no permanecer en una situación inercial o de confort investigativo lo que se produce en la sustantividad social.

Es bueno seguir aprendiendo cosas nuevas, porque todo el mundo, todo es cambiante, hay nuevas enfermedades y creo que sí deben capacitarnos más en lo que es con la medicina moderna también (E3).

Una alternativa que nace desde la naturaleza y de una sabiduría popular, que no es otra cosa que la transcripción de unos idiomas, contenidos y métodos de sanación históricos, que permiten la subsistencia y las condiciones sanitarias en las zonas rurales andinas y que tienen la intención de ser traspasados generacionalmente. Por esa razón es que los colaboradores insisten en dejar su legado a hijas e hijos, y a las jóvenes generaciones de sus comunidades, porque ven en peligro la prevalencia de sus conocimientos. No obstante, las nuevas generaciones tienen otros intereses que no están asociados al territorio local ni a la profesión de sus ancestros. Y si bien algunos participan parcialmente en los procesos de salud intercultural, no es suficiente, porque lo toman como un pasatiempo o una actividad que no les garantiza estabilidad económica ni un estatus social y cultural en la era actual.

La capacitación que yo le voy dando a ella [...] sería que va heredando lo que es mis raíces. Lo que yo sé lo iré haciendo que ella lo herede. Lo que más me gustaría es que ella se enfoque también un poquito y al igual que yo. Yo también me voy capacitando en lo que es la medicina general (GF1).

Los esfuerzos de difusión y transmisión de saberes por parte de sanadoras y sanadores son permanentes en el territorio tanto para ellos como para otras generaciones, pues lo que importa es la permanencia y actualización. Sin embargo, estos no siempre surgen con efectos sostenibles, dado que consideran que hace falta revitalizar los oficios, posicionarlos como prácticas válidas, cambiando la denominación mítica y folclórica que se le da a la medicina ancestral, para que de esa forma

la sociedad se interese mayormente y vea en la profesión un medio de cuidado y sostenimiento de vida.

Para sanadoras y sanadores ancestrales, la práctica profesional no solo representa un mecanismo de subsistencia, es también un medio importante para garantizar calidad de vida, un mundo más sensible, humanizado y capaz de permitir que todos puedan ser atendidos y tratados, no solo bajo un único sistema de salud; sino a partir de una propuesta colectiva que nace de la Pacha Mama. Las prácticas de medicina ancestral han sobrevivido con el paso de los años, aún en medio del reduccionismo cultural, y de la reconstrucción de imaginarios simplistas y desiguales (Coulomb, 2009). Esas prácticas colocan a este tipo de saberes en escenarios periféricos, tales como plazas, mercados o espacios matizados por la informalidad. No obstante, esas barreras no han logrado que la medicina ancestral desaparezca.

Oficios y profesiones de sanadoras y sanadores de la UNASAY-E: producción, reproducción y democratización del conocimiento

Los oficios y las profesiones asociadas a la salud intercultural en el grupo poblacional son las siguientes: fregador-fregadora⁴, sobador, curadora de huesos, terapeuta natural (especializada en columna y masajes), parto, partera, comadrona⁵, aguatero⁶, baños naturales, limpiadora⁷, curandera, yerbatera, sanadora, preparación de macerados, partera, licenciado en medicina ancestral, mama⁸, trabajo con medicina natural, curadora de shungo⁹, yachak¹⁰. Esta diversidad de denominaciones muestra distintas enfermedades, diagnósticos, tratamientos y terapias, pero también las especializaciones y los grados de conocimiento y reconocimiento social¹¹.

4 Persona que se ocupa de las articulaciones y los huesos a través de masajes. Se los denomina también sobadores o curadores de huesos.

5 En las entrevistas algunas informantes señalaban que comadrona es la forma correcta de referirse al oficio, y no como partera.

6 Persona que prepara aguas con plantas medicinales.

7 Persona que se encarga de limpiar las malas energías a través de hierbas; se las denomina también yerbateras, limpiadoras o curanderas. Se encargan de enfermedades como el mal de ojo, shungo virado, mal aire, espanto, etc., que son de origen energético.

8 Se usa esta palabra para dirigirse a una mujer a la que se tiene respeto por sus conocimientos. Se emplea taita para el caso de los hombres. Los dos vocablos provienen del kichwa.

9 *Shungo* es «corazón» en kichwa. Es una enfermedad en infantes que se produce cuando se ha dado un movimiento brusco o caída y hace que el hígado se mueva con consecuencias como diarrea y vómito (Ukucha, 2020).

10 Significa «sabio» en kichwa.

11 Entre algunas denominaciones que se registran a nivel de país están: «principiante, limpiador/a, sanador/a del susto, partero/a, vegetalista, limpiador/a con cuy, fregador/a y/o huesero/a, curandero-sanador/a, sabio/a, amawta-yachaq, hampi-yachaq, wilka yachaq, apurimaq yachaq» (Cachiguango, 2020, pp. 27-28).

Estos oficios, tal como se observa en la tabla 1, tienen como base varios tipos de conocimiento y especializaciones. Por un lado, está el reconocimiento de los saberes generales o provenientes de la medicina occidental y de los conocimientos propios o ancestrales, centrados en el cuidado del cuerpo y el espíritu, y, por otro lado, los recursos naturales que sirven para la sanación y que están disponibles en las farmacias ancestrales (huertas de plantas medicinales). En este contexto, y desde la perspectiva de totalidad, el ser humano no puede estar sano si la tierra que habita tampoco lo está.

TABLA 1. Tipos de conocimientos medicinales y mecanismos de sanación solicitados por sanadoras y sanadores

Conocimiento general	Conocimiento para el espíritu	Conocimiento del cuerpo	Farmacias ancestrales	Sobre otros temas
Medicina moderna	Espiritualidad	Movimiento muscular y facial	Dosificación	Nutrición o alimentación
Medicina ancestral/natural	Ética personal	Masajes	Plantas (componentes)	Agricultura
	Filosofía andina	Fracturas	Pomadas	Tecnología
	Psicología	Dolores de huesos y musculares	Agüitas/ infusiones	Derechos
	Limpias		Esencias	
	Ceremonias		Aceites	
	Sanación		Gelatinas	
			Macerados	

La tabla 1 también expone cómo se determinan otros tipos de conocimientos, como nutrición o alimentación, agricultura, tecnología y derechos humanos. Todos estos temas de capacitación fueron recogidos en las entrevistas y grupos focales, en donde sanadoras y sanadores expusieron sus necesidades. Además, se puede observar que se establece un diálogo con la ciencia cuando se plantea la necesidad de conocer sobre biología, dosificación de medicinas, filosofía, etc.

En el mundo occidental el término *enfermedad* es, «en una época determinada y en una sociedad concreta, aquello que se encuentra práctica o teóricamente medicalizado» (Foucault, 1996, p. 21) y requiere asistencia, tratamiento y medicina bioquímica. En el mundo andino, en cambio, es la consecuencia de tres causas que constituyen un abandono del carácter preventivo:

- a) Excesos que cometen las personas, principalmente en su régimen alimenticio, sus hábitos y modo de vida en general.
- b) La trasgresión de las normas de reciprocidad con respecto a los dioses y en relación con sus actividades cotidianas y que surgen, consecuentemente, como un castigo.
- c) Accidentes fortuitos o provocados o la interrupción de procesos curativos (Sumar, 1984, pp. 5 y 6).

Las tradiciones y las ceremonias representan un auténtico termostato, que regula la calidad de la vida social y con ella las emociones de los individuos (Gómez, 2007). Estar sanos en cuerpo, alma y espíritu es prioritario, y esto se refleja en el estado de satisfacción no solo de quienes están enfermos, sino que está estrechamente vinculado con el modo de concebir la vida, la existencia misma, de manera general y colectiva (Becerra, Paladines y Espinoza, 2020). Para los colaboradores, si el entorno natural no está sano, se corre el peligro de que la población y toda la naturaleza enferme. Por ese motivo, se protege a la madre tierra, puesto que en ella se encuentra el origen de muchas enfermedades (Sumar, 1984), pero también la medicina para todas las dolencias.

La vigencia de esta concepción de la salud y la enfermedad en el mundo andino conlleva a que los interlocutores estén ávidos de conocimientos complementarios, que ayuden a consolidar sus prácticas acordes a las necesidades de atención de las personas en la era actual. De ahí que las enfermedades que no consiguen ser curadas académicamente pueden requerir de diversas habilidades que no se agotan en las adquiridas generacionalmente, sino es aprender, descubrir, probar y ensayar otros métodos, incluidos los biomédicos.

Si quisiera saber las medicinas, todo eso, intercambiar todo, conocimientos. Lo que a mí me gustaría es así saber más de los montes, digamos, o sea de seguir preparando más. Digamos como para ya no comprar lo que es las medicinas farmacéuticas (GF4).

Las culturas ancestrales han sobrevivido gracias a su sabiduría, expresada en la subsistencia y capacidad de adaptación a través de sus formas de vida tradicionales. También han sobrevivido debido a su concepción respecto a la naturaleza y el respeto del medio, que las rodea como vida que forma parte del universo (Becerra, Paladines y Espinoza, 2020), y al reconocimiento de la medicina occidental o tradicional, como complemento y herramienta dialógica para garantizar el más elemental de los derechos del ser humano, a la vida.

A mí lo que me gustaría capacitarme más es en el área de los masajes, yo curo bastante del estrés; entonces, aprender más técnicas sería bueno (E14).

Masajes, todo eso, me gustaría saber más a fondo [...] Todo eso también me gustaría aprender más a fondo, todo eso de las fracturas, lo general sí se sabe (E27).

Tecnología. Claro, eso sería muy bueno, porque ahorita la tecnología es lo primordial y en todo el mundo se rige en las redes sociales y es en el mundo actual, moderno (E5).

Afirman que necesitan capacitaciones de otros temas relacionados:

Capacitación en diferentes áreas; manejo de hierbas, tanto como para sanar como para limpias, baños, hierbas para beber, infusiones, hierbas para limpiar espacios, ceremonias, conocimiento de las hierbas, conocimiento de las enfermedades, las diferentes formas de sanación, los masajes (E50).

A veces otros compañeros saben muchas cosas, me gustaría aprender muchas cosas también. Hacen pomadas, bueno, veré, yo sé hacer pomadas para el mal aire, pero también hacen macerados con hierbaluisa, así he escuchado, pero yo no he hecho todavía. Si me gustaría para hacer masajes, a veces hacen de manzanilla macerados [...] también me gustaría eso (E23).

Estos procesos de capacitación permiten a los profesionales de la medicina ancestral trabajar abiertamente sin tener impedimentos y beneficiando a un número alto de población. Además, les permite generar ingresos, aunque estos no responden a criterios oficiales de empleabilidad y seguridad social. La medicina ancestral no tiene un salario, como sí lo tiene la medicina científica, «por eso los médicos ancestrales, yachaks, trabajan en sus viviendas y eso es parte de los ingresos para su subsistencia» (San Martín García, 2017, p. 5).

Mujeres y hombres señalan la importancia de conocer sobre medicina moderna en relación con la medicina tradicional o natural. Esto se debe a que, en el mundo indígena, por un lado, todo está relacionado y forma parte de una totalidad; y, por otro, no existe, como tradicionalmente se ha creído, una oposición entre los dos conocimientos (medicina occidental y medicina ancestral). De hecho, tal como se señalaba anteriormente, el contexto de la pandemia creó la necesidad de comprender y conocer de mejor manera el mundo que nos rodea; así, «las exigencias éticas de la mundialización se hacen cada vez más evidentes, ya que problemas tanto locales como globales aparecen más y más y se influyen mutuamente» (Beauclair, 2010, p. 10). En este contexto, sanadoras y sanadores buscan atención de la medicina occidental, no la desconocen ni la rechazan, sino

que más bien la ven como un complemento que puede ayudar a resolver las patologías presentes entre sus integrantes.

Por otra parte, el cuidado del espíritu está estrechamente relacionado con una ética medicinal y se configura como una prioridad para mujeres y hombres vinculados con la salud intercultural. Al respecto, los participantes señalan:

La espiritualidad, primeramente, el poder del cosmos, el gran espíritu de dios. Segundo, todas las energías que nosotros nos enlazamos a través de los cerros, de las lagunas, el templo que nosotros manejamos ética personal, de que yo sea una persona muy sensible una persona que debo de tener un buen carácter, un buen acercamiento, ganarme la confianza, ser aceptada por los miembros de la comunidad entonces. Mi moralidad, mi manera de tratar a los pacientes, mi manera de indicarle la curación se tiene que adentrar con una preparación, como se dice, con un conversatorio, una preparación espiritual (GF5)

A mí me falta fortalecerme en filosofía andina mism[a], en los conocimientos, porque poco tengo; por ejemplo, los solsticios, los equinoccios, la conexión de la mujer con el calendario, esas cosas sí me gustaría fortalecer (E15).

Esto se relaciona con lo que «se trata de un conjunto de conocimientos que permiten a las personas saber, actuar y vivir reflexionando sobre su propia manera de vivir o habitar en un contexto determinado» (Mujica, 2017, p. 72). Para los pueblos y las nacionalidades las normas surgen de la madre naturaleza, en donde los principios (ética) y los actos (moral) se ajustan a las leyes de la naturaleza. Es decir, todo acto debe estar en armonía con la naturaleza y el espíritu (Cachiguango, 2020). Los conocimientos para el cuidado del espíritu se expresan en la filosofía andina, la psicología, las limpias y las ceremonias. Estos no solo buscan el bienestar del cuerpo, sino un equilibrio entre lo que se hace y se dice, a través de principios como solidaridad, dualidad, complementariedad, reciprocidad, honradez, veracidad y laboriosidad. Lo cual circula en sentido contrario a los principios vehiculados por el capitalismo (Beauclair, 2010).

El cuerpo es «envoltura» con significados y significantes, en donde además se puede observar actores y actantes, por lo que «no puede ser considerado afuera de las redes sociales de las cuales forma parte (Fontanille, 2016). Y de ahí que para las y los sanadores sea importante la actualización de conocimientos, pues es un organismo complejo, en donde cada enfermedad está relacionada con un tipo de tratamiento: masajes, vaporizaciones, limpias energéticas, compostura de huesos y músculos, entre otros.

El uso de plantas forma parte de esta medicina, tanto así que la OMS estableció un plan estratégico (2014-2024) que «tiene la finalidad de ayudar a los Estados Miembros a desarrollar políticas dinámicas y aplicar planes de acción que refuercen el papel de la medicina tradicional en el mantenimiento de la salud de las personas» (p. 9). En consecuencia, se pautan dos parámetros más como la protección de la propiedad intelectual de pueblos y comunidades, y la promoción de la investigación, desarrollo e innovación (OMS, 2014). Mujeres y hombres están conscientes de que este es un punto importante en su práctica, pues indican que hay muchos colegas que curan o sanan, pero hay pocos que conocen las dosificaciones (E39).

Las plantas son procesadas y transformadas en infusiones, macerados, esencias o aceites y pomadas o cremas; y para esto se requiere además conocimientos básicos de agricultura. Cabe decir que muchos de los participantes han sufrido vulneraciones, ya sea en el reconocimiento de sus saberes o en el uso de espacios para el ejercicio de sus prácticas médicas, en las que el uso de las TIC y el *marketing* forman parte de sus demandas.

El *ayllu* es la base de la organización comunitaria andina; por ello, en este todos los conocimientos son aprendidos, transmitidos y fortalecidos en comunidad, pero son comunidades que van más allá de las fronteras, pues lo que convoca a estas mujeres y hombres es el cuidado de la vida (humana, animal, vegetal).

Para poder actualizarse cómo es la curación, cómo curan ellos o también tener encuentros o ceremonias que hacen de todos los *yachaks* relacionados de todos los países y sectores (E6).

Aquino explica que «el pensamiento y la acción comunitaria» es una ideología de los pueblos indígenas; es una «actitud humana hacia lo común» y «como la raíz, el pensamiento, la acción y el horizonte de los pueblos indígenas» (2013, p. 11). En palabras de Zibechi, la comunalidad es un pensamiento y práctica emancipadora, que se convierte en un proceso incompleto, porque no es el fin, sino una forma de vivir (citado por Aquino, 2013). Por ello, se hace necesario una valoración primero individual y luego colectiva de estas prácticas y conocimientos.

No valoramos el conocimiento de uno mismo por timidez. [...] a veces somos bastante tímidos en hablar, todo eso yo creo que [...] se necesita capacitar para poder decir lo que uno en verdad es (E 30). Debemos tener un poquito más de preparación para estar convencidas de que no solo ellos se han preparado [...] Porque nosotros quizás con estas experiencias somos más preparadas que

ellos [...] nosotros sí nos sentamos a conversar, hay muchas cosas que ni siquiera saben lo doctores, sinceramente (E47).

Valorarse primero uno como persona [...] para así poder transmitir al resto. O sea, que las personas confíen también en lo que es en medicina natural. Una solución también sería tal vez hacernos una pequeña organización y tratar de dar talleres y de conocimientos, porque hay personas que sí les interesa (E53).

Piñacué (2014) explica que «se realiza la colectividad, fundada por la experiencia del territorio-creencia-saber, siendo esta concepción principio del conocimiento colectivo, es decir, que el conocimiento no parte de un yo-individual, sino de un yo-colectivo» (p. 165). A partir de las reuniones con sanadoras y sanadores, la Universidad de Cuenca propuso el codiseño de unos cursos de capacitación a partir de sus necesidades. Ahora bien, es preciso señalar que los cursos que recibieron fueron impartidos por dos grupos de capacitadores; en primer lugar, por personas reconocidas como «taitas» o «mamas», quienes a lo largo de su vida ha recibido distintas capacitaciones dentro y fuera del país sobre salud intercultural. A esto se suma que son reconocidos como tales por la comunidad de sanadoras y sanadores. En segundo lugar, un grupo de expertos en bioquímica y farmacias ancestrales.

Discusión

Para analizar y comprender el mundo y el reconocimiento que tienen las prácticas sanitarias, se requiere mirar alrededor de tres esferas (familia, Estado y sociedad civil) (Honneth, 2006). Para el mundo andino esto representa una consigna de vida, porque la salud intercultural es colectiva y su proveedora es la Pacha Mama. En cada cultura y entre estas las cosmovisiones andinas, existen formas diversas de convivencias y estructuras sociales que dan cuenta de la organización de la vida y sus derivaciones. Así, por ejemplo, la educación, la cultura, el trabajo y la salud tienen medios propios y características que reflejan las necesidades, los recursos y las prioridades de existencia.

En la medicina local o ancestral, hay una forma integral y particular en la que expresan y sienten las poblaciones, y que responde a procesos de adaptación local, que solo cobran sentido en la sustantividad local. Foucault (1996) señala que, en el ámbito de los sufrimientos, de las anomalías, de las desviaciones, de las perturbaciones funcionales, de los trastornos de la conducta que corresponden a la medicina, hace falta una intervención que exija una práctica específicamente adaptada.

En las comunidades campesinas, en la ruralidad e incluso en contextos urbanos, los procesos de salud-enfermedad y atención son considerados como una construcción social, histórica y cultural. Y son el resultado de

modalidades de relaciones y, a su vez, constituyen representaciones y prácticas que convergen e inciden en procesos paralelos como son los ideológicos, sociales, políticos y económicos (Ramírez *et al.*, 2018). En ese sentido, los medios de comunicación, la tradición oral y las prácticas ancestrales han dado paso a la pervivencia de otros métodos de sanación, que no se enmarcan en la biomedicina o medicina occidental, sino que se desprenden del territorio, de la Madre Tierra, del espacio central de vida para los pueblos originarios en el mundo.

Brígida San Martín García (2017) indica que los yachaks han hecho que los huertos integrales se mantengan como unidades operativas para que los vecinos conozcan y empiecen a cultivar plantas medicinales como manzanilla, romero, ruda, chilchil, claveles, begonias, floripondios, malvas y otras especies que tienen un alto poder curativo. Los huertos permiten concienciar sobre la importancia de mantener la vegetación del cerro, donde crecen variedades de plantas con grandes poderes curativos.

En el mundo andino hay enfermedades o patologías que tienen significados distintos, dependiendo del contexto social y cultural de los sujetos; y todas son válidas y respetables para sus usuarios. En palabras de Bugallo y Vilca (2011), las personas son afectadas de diversos modos, los que reciben variadas denominaciones: «así, tenemos enfermedades relacionadas con seres poderosos que pueblan, o son parte, del medio o espacio circundante: susto, *maradura*, *aicadura*, pilladura, mal aire, sopladura, *teste/tiste*, mal de ojo, entre las más conocidas. Otras afecciones son *gualicho*, *tiricia*, empacho, falseadura» (p. 55). Todo esto ocurre en un escenario en donde no solo lo relacionado con la salud ancestral, intercultural o propia es excluido de la vida moderna, sino que sucede en contextos educativos, donde también estos saberes construyen la vida y le dan sentido a lo que la gente piensa, siente y quiere (Guber, 2011).

La medicina ancestral que se practica en las comunidades indígenas y campesinas es uno de los mayores patrimonios que tienen pueblos y nacionalidades. Las mamas, los yachaks, los taitas, los curanderos, entre otros, son las personas que tienen el conocimiento para sanar (Armijos *et al.*, 2016), y cuyas acciones se construyen sobre dimensiones axiológicas, percepciones y prácticas, que relacionan a los afectados con alteridades que obran en el nivel de las representaciones de los sujetos locales, y que el sistema de salud académico no ha logrado incorporar (Bugallo y Vilca, 2011).

Las sanaciones se realizan con hierbas, limpiezas energéticas y ceremonias que incorporan elementos como tabaco, aguardiente, incienso y diversos elementos de la naturaleza (Armijos, Cota y González, 2014). Este tipo de medicina integral en el mundo andino no solo determina la diferencia

entre sufrimiento y enfermedad en un universo de creencias, valores, experiencias y emociones socialmente válidos (Ramírez *et al.*, 2018); también establece y pone en valor la integralidad del ser humano, su bienestar y la diversidad, cuidando el cuerpo, la mente y el espíritu.

De ahí que se entiende que lo intercultural representa la apertura de categorías moderno/occidentales para comprender/entender el mundo andino, y en especial los complejos elementos que están interactuando entre sí, y no solo de modo causal, que desembocan en un desequilibrio. Para esto se requiere insistir en que espacios, personas, seres poderosos (actuales y potenciales), plantas y animales están íntimamente relacionados (Bugallo y Vilca, 2011). Así como integrar el bagaje cultural, los saberes, las ideas y los talentos que cada individuo trae consigo y que suma y enriquece el mapa inagotable de saberes presentes en el espectro social.

Lo expuesto indica que, así como existe la diversidad cultural, la hay entre las personas que brindan servicios médicos ancestrales, y en quienes reciben y se benefician de los procesos de sanación. Dentro de un mismo grupo étnico indígena, se puede encontrar diferentes sensibilidades y criterios formales a la hora de considerar la salud y la enfermedad por parte de sus miembros (Juárez, 2019, p. 8). Vale mencionar que las personas participantes no siempre ejercen una sola forma de la salud intercultural. Es decir, hay, por ejemplo, mujeres que señalan que antes fueron parteras o comadronas, pero que, por distintas razones, ahora son limpiadoras o yerbateras. Es de ese modo que la investigación da cuenta de cómo se constituye la medicina ancestral en los territorios de la UNASAY-E, y cómo esta representa un conjunto de saberes y prácticas intercambiables y extrapolables al mundo de la occidental, puesto que las consecuencias recaen en el bienestar colectivo del mundo natural.

Conclusiones

La construcción del conocimiento en salud intercultural demuestra en este estudio la combinación de diferentes perspectivas, prácticas y saberes procedentes de la diversidad cultural que habita en el territorio de UNASAY-E. Ese reconocimiento de la diversidad cultural establece que los saberes que rodean el contexto no solo son aplicables casa dentro de la ruralidad o del mundo andino, sino que bordean esos espacios y tienen gran impacto y significado en la vida de la sociedad urbana, rural, campesina y moderna. Los usos y los mecanismos de curación, en resultados esperados y satisfactorios para los usuarios, demuestran que hay otros dispositivos disponibles y diversos para que los seres humanos puedan desarrollar sus capacidades en comunidad, con cuerpos, mentes y espíritus sanos.

La enfermedad para el mundo andino adquiere otras connotaciones. Esta logra valorar y respetar la diversidad de creencias, prácticas y conocimientos de diferentes culturas en relación con la salud y la enfermedad. Se reconoce que cada cultura tiene su propio enfoque y formas de entender y abordar la salud. Desde la perspectiva intercultural, los sanadores, los usuarios y sus prácticas promueven la equidad, la inclusión en la atención sanitaria, y devuelven la dignidad como personas, como ciudadanos y como actores clave para el equilibrio de la vida y la naturaleza. Así, por ejemplo, pudimos encontrar a un colectivo de mujeres desempeñándose profesionalmente en actividades —dentro y fuera de las esferas privadas— que les generan recursos, a cambio del conocimiento que portan. También encontramos a grupos etarios en los que se valora el saber, y se da el sitio que tienen las personas adultas mayores, las infancias y todos los grupos generacionales, sino que reconocen su derecho como sujeto de derecho, y como portadora de una serie de elementos que representan una gran farmacia ancestral.

Finalmente, vale mencionar que esta rama de lo intercultural como enfoque mantiene presente los principios y las bases para construir sociedades más inclusivas, participativas, justas y liberadoras, pues ayudan a movilizar el conocimiento desde entornos y corporalidades poco escuchados y visibilizados. De ese modo, a través de la salud intercultural se continúan promoviendo: *Un diálogo intercultural*, es decir, la comunicación y la interacción equitativa y horizontal entre personas, preocupaciones y propuestas de soluciones desde miradas y saberes distintos, cultural y naturalmente. *Una colaboración y trabajo en equipo* entre actores sin distinción étnica, social, cultural, económica u otra; sino más bien se resalta o fomenta una participación inter y transdisciplinar, que lo único que tiene en común es el bienestar del alma y del cuerpo de los seres vivientes. Se ha percibido *la incorporación y la interacción de saberes tradicionales* junto con los occidentales, logrando fusionarlos, validarlos y darles la importancia que tienen para la vida. Y se detecta un modelo de *investigación y evaluación intercultural* que se promueve en este tipo de intervenciones en salud desde una perspectiva intercultural. Esto implica que ha implicado contemplar diferentes enfoques metodológicos, incluir a las comunidades en el diseño y ejecución de los estudios, y valorar los resultados según los criterios culturales reales.

Por todo lo expuesto, el estudio concluye que la construcción del conocimiento en salud intercultural es un proceso continuo que requiere un compromiso constante con la equidad, la inclusión, la justicia social y cognitiva. Además, busca superar las desigualdades y garantizar que todas las personas tengan acceso a servicios de salud culturalmente

apropiados y de calidad acorde a sus propias cosmovisiones, creencias y particularidades.

Contribución de autoría

Las autoras contribuyeron en todo el proceso de levantamiento de información, análisis y dimensión de los resultados. Estuvieron involucradas en las siguientes fases: conceptualización, curación y tratamiento de datos, análisis de datos, adquisición de fondos (como investigadoras de un proyecto de vinculación-investigación), investigación, metodología, administración de proyecto, recursos, software, supervisión, validación, visualización y redacción (borrador y versión final).

Fuente de financiamiento

Este artículo ha sido financiado por el proyecto «Diálogo de saberes: propuestas para contribuir con el fortalecimiento de las capacidades locales vinculadas con la salud intercultural en la Unión Campesina del Azuay UNASAY-E», ganador de la II Convocatoria de Proyectos de Investigación-Vinculación de la Universidad de Cuenca en Ecuador.

Potenciales conflictos de interés

Ninguno.

Agradecimientos

A la Universidad de Cuenca y al Vicerrectorado de Investigación, por la II Convocatoria de Proyectos de Investigación-Vinculación.

A la Unión Campesina del Azuay UNASAY-E, por los aprendizajes y la colaboración con el proyecto de vinculación-investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar-Peña, M., Blandón, M. F. T. y García-Perdomo, H. (2020). Salud intercultural y el modelo de salud propio indígena. *Revista de Salud Pública*, 22(4).
- Alarcón M., A. M., Vidal H., A. y Neira Rozas, J. (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista médica de Chile*, 131(9), 1061-1065.
- Almeida Vera, L. y Almeida Vera, L. (2014). Fundamentación del modelo de gestión intercultural ecuatoriana en la atención primaria de salud. *Medisan*, 18(8), 1170-1183.
- Aquino Moreschi, A. (2013). La comunidad como epistemología del Sur. Aportes y desafíos. *Cuadernos del Sur. Revista de Ciencias Sociales*, 34, 7-19.
- Armijos, C., Cota, I. y González, S. (2014). Traditional medicine applied by the Saraguro yachakkuna: A preliminary approach to the use of sacred and psychoactive plant species in the southern region of Ecuador. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, 10(26). <https://ethnobiomed.biomedcentral.com/articles/10.1186/1746-4269-10-26>
- Armijos, C., Gilardoni, G., Amay, L., Lozano, A., Bracco, F., Ramirez, J., Bec, N., Larroque, C., Finzi, P. V. y Vidari, G. (2016). Phytochemical and ethnomedicinal study of *Huperzia* species used in the traditional medicine of Saraguros in Southern Ecuador; ache and MAO inhibitory activity. *Journal of Ethnopharmacology*, 193(4), 546-554. <https://doi.org/10.1016/j.jep.2016.09.049>
- Asamblea Nacional Constituyente. (2008). Ley Orgánica de Salud. Boletín Oficial Ecuador.
- Beauclair, N. (2010). Éticas andinas y discursos de reivindicaciones indígenas: Asociando tradición y alter-mundialización. *Tinkuy*, 12, 9-34.
- Becerra, M. H., Paladines, M. A. R. y Espinosa, M. (2020). Efectos psicológicos en los rituales ancestrales en Sagrario-Ecuador. *Revista INFAD de Psicología*, 1(1), 463-476.
- Bianchi, E. (2019). ¿De qué hablamos cuando hablamos de medicalización? Sobre adjetivaciones, reduccionismos y falacias del concepto en ciencias sociales. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 9(1), e052. <https://doi.org/10.24215/18537863e052>
- Bugallo, L. y Vilca, M. (2011). Cuidando el ánimo: salud y enfermedad en el mundo andino (puna y quebrada de Jujuy, Argentina). *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, 11. <https://journals.openedition.org/nuevomundo/61781>

Cachiguango C. (2020). *Nuestra manera de pensar, sentir, conocer y hacer medicina. Código de ética de los hombres y mujeres de sabiduría ancestral-tradicional de las nacionalidades y pueblos del Ecuador*. Dirección Nacional de Salud Intercultural y Ministerio de Salud Pública.

Coulomb, R. (2009). Reduccionismo cultural y territorial del patrimonio urbano. *Centro-h*, 3, 79-90.

Do Santos, B. (2020). *A cruel pedagogía do vírus*. Boitempo Editorial.

Fontanille, J. (2016). El cuerpo y sus envolturas: del psicoanálisis a la semiótica del cuerpo. *Tópicos del Seminario*, 1(11), 103-123. <https://www.topicosdelseminario.buap.mx/index.php/topsem/article/view/311>

Freire, P. (2020). Pedagogy of the oppressed. En *Toward a sociology of education* (pp. 374-386). Routledge.

Guber, R. (2011). *Le etnografía. Método, campo y reflexividad*. Siglo XXI Editores.

Hernández Guerrero, J. (2015). La pluridisciplinariedad de la enseñanza de la lectura y la escritura. *Hachetepepé. Revista Científica de Educación y Comunicación*, (11), 29-41. <https://revistas.uca.es/index.php/hachetepepe/article/view/6207>

Honneth, A (2006). El reconocimiento como ideología. *Isegoría*, (35), 129-150. <https://doi.org/10.3989/isegoria.2006.i35.33>

Instituto Nacional de Medicina Tradicional. Dirección General de Investigación y Tecnología. (1984).

Juárez, G. (2019). Culturas, etnicidades y aflicciones. Perspectivas amerindias en la salud intercultural. *Asclepio*, 71(1), p259-p259.

Lander, E. (2007). Diálogos a través del Atlántico Sur: saberes hegemónicos y saberes alternativos. *Cuadernos de Historia. Serie Economía y Sociedad*, (9), 171-182.

Lander, E. (2000). Ciencias sociales: saberes coloniales y eurocéntricos. En E. Lander (comp.), *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales perspectivas latinoamericanas* (pp. 11-40). Clacso.

Moreno, C. (2012). La construcción del conocimiento: un nuevo enfoque de la educación actual. *Revista Sophia: Colección de Filosofía de la Educación*, 13, 251-267.

Mujica Bermúdez, L. (2017). Siete notas andinas para pensar la ética. *Revista Kawsaypacha: sociedad y medio ambiente*, 1, 69-91. <https://doi.org/10.18800/kawsaypacha.201701.003>

Organización Mundial de la Salud, OMS. (2013). *Estrategia de la OMS sobre la medicina tradicional (2014-2024)*. OMS.

Pérez, M. (2019). Violencia epistémica: reflexiones entre lo visible y lo ignorable. *El lugar sin límites*, 1(1), 81-98.

Piñacué Achicue, J. (2014). Pensamiento indígena, tensiones y academia. *Tabula Rasa*, (20), 161-192.

Planificación y Desarrollo Secretaría. (2013). *Plan nacional para el buen vivir 2013-2017*. Ediciones Senplades.

Ramírez, D. H., Altamirano, C. T., Guevara, A., Obregón, M. y Gaus, D. (2018). El abordaje integral e intercultural del paciente. *Práctica Familiar Rural*, 3(2).

San Martín García, B. (24 de agosto de 2017). El huerto es el laboratorio de los yáchac o sanadores ancestrales. *El Mercurio*, ed. 35182. <http://documentacion.cidap.gob.ec:8080/bitstream/cidap/1638/1/El%20huerto%20es%20el%20laboratorio%20de%20los%20yáchac%20o%20sanadores%20ancestrales.pdf>

Sumar, H. (1984). *Salud y enfermedad en el mundo andino*. Ministerio de Salud.

Zavala, V. (2019). Justicia sociolingüística para los tiempos de hoy. *Íkala, revista de lenguaje y cultura*, 24(2), 343-359.

Recepción: 25/10/2023

Aceptación: 2/1/2024