

PODER, CONOCIMIENTO Y CREENCIA: POR LOS CAMINOS DE LA RUDA EN LA LOCALIDAD SÉPTIMA DE BOGOTÁ, COLOMBIA

POWER, KNOWLEDGE, AND BELIEF:
FOLLOWING THE TRAIL OF THE *RUDA*
PLANT IN BOGOTÁ, COLOMBIA

SANTIAGO MARTÍNEZ MEDINA

*Investigador de la Red de Estudios en Etnopsiquiatría e Historia Social de la Locura
-Grupo de Antropología Médica de la Universidad de los Andes-
s.martinez36@uniandes.edu.co*

RESUMEN El presente ensayo explora las inconsistencias en las normatividades que pensadas desde la biomedicina pretenden reglamentar el uso de las llamadas “medicinas alternativas, complementarias, tradicionales o no convencionales” a nivel local. Para ello explora etnográficamente la biografía cultural de una planta específica en la localidad de Bosa, en Bogotá, comparándola con los decretos estatales destinados a reglamentar su comercialización y consumo. Concluye cuestionando los presupuestos con que pretenden capturarse estas prácticas, mostrando sus limitaciones conceptuales y prácticas, y preguntándose por los factores globales, económicos y sociales que justifican dicha reglamentación.

PALABRAS CLAVE:

Medicinas alternativas, complementarias y tradicionales, ruda, antropología médica crítica, Cabildo Indígena Muisca de Bosa.

ABSTRACT This text explores the inconsistencies in the local laws thought from the biomedicine, about traditional, alternative and complementary medicine. For it, explores the cultural biography of a specific plant in the community of Bosa in Bogota, comparing it with the state ordinances dedicated to regulate their commercialization and consumption. It concludes questioning the budgets with which they seek to be captured these practices, showing their conceptual and practical limitations, and wondering for the global, economic and social factors that justify this regulation.

KEY WORDS:

Alternative, Traditional and Complementary medicine, *Ruda*, Critical Medical Anthropology, Muisca Indigenous Council from Bosa.

PODER, CONOCIMIENTO Y CREENCIA: POR LOS CAMINOS DE LA RUDA EN LA LOCALIDAD SÉPTIMA DE BOGOTÁ, COLOMBIA¹

SANTIAGO MARTÍNEZ MEDINA²

E

INTRODUCCIÓN

ESTE ARTÍCULO SURGIÓ DE UNA CONVERSACIÓN CON UN amigo acupunturista. Según me contó aquel día, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, SDS, a través de su Oficina de Inspección, Vigilancia y Control, se encontraba revisando las características locativas y sanitarias de varios consultorios de medicina alternativa de la ciudad. El problema, argumentó mi amigo, es que los funcionarios del distrito no tienen en cuenta las sutilezas propias del conocimiento terapéutico tradicional chino. Por esto, en varios consultorios se decomisaron las agujas de acupuntura porque no eran desechables, e incluso, la SDS clausuró varios establecimientos porque su diseño arquitectónico se ajustaba a las reglas del *feng shui*, desobedeciendo los nueve parámetros de la habilitación diseñados para las IPS de todo el país. “No puede medirse todo con el mismo rasero”, concluyó mi amigo, mientras ejemplificaba su opinión contándome cómo para esta “medicina milenaria” el concepto de infección y asepsia es tangencialmente diferente al de la medicina alopática, donde opera una cierta obsesión por la limpieza y la desinfección que caracteriza los parámetros de la habilitación.

154

- 1 El presente artículo fue desarrollado a partir de la ponencia del mismo nombre presentada en el XII Congreso de Antropología en Colombia en el simposio “Creencia y verdad en los sistemas terapéuticos contemporáneos”, que se llevó a cabo en octubre de 2007 en la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá. Referente de etnias y género PAB vigencia 2007-2008, Hospital Pablo VI Bosa, Empresa social del Estado, ESE, Bogotá, Colombia.
- 2 Médico, Universidad Nacional de Colombia. Estudiante de la Maestría en Antropología Social, Universidad de los Andes, Bogotá. Gran parte de esta ponencia pertenece al trabajo de grado para dicha maestría y recoge algunas de mis observaciones de campo. s.martinez36@uniandes.edu.co

De manera similar la legislación nacional y los aparatos de control entienden los medicamentos de las llamadas “medicinas alternativas”. En el caso de la homeopatía, por ejemplo, a pesar de contar con una asociación reconocida por parte del Estado, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, INVIMA, y las llamadas “buenas prácticas de manufactura”, mantienen una creciente presión sobre productores, terapeutas y consumidores, aplicando medidas que no se corresponden con su cuerpo de conocimientos. Por esta razón, los medicamentos homeopáticos cuentan actualmente con fecha de vencimiento, lo que para aquellos homeópatas más ortodoxos es de por sí un absurdo. Una vez más el problema radica en que los expertos del INVIMA parten de un principio considerado *verdad*, a saber, un producto, para ser calificado como medicamento, debe contener un principio activo capaz de contrarrestar los efectos de la enfermedad, principio activo que además debe poder identificarse en el producto final mediante métodos de laboratorio. El punto es que si usted aplica al pie de la letra dicho axioma a un medicamento homeopático sólo va a encontrar en él alcohol y agua, pues el método de preparación del homeópata aísla la energía del producto inicial y la preserva en dicha mezcla. De allí que parezca absurdo a muchos homeópatas suponer una fecha de expiración para sus compuestos, pues como ellos mismos dicen, “... la energía no tiene fecha de vencimiento”.

En su tarea de control las instituciones sanitarias nacionales y locales también están interesadas en las plantas medicinales. El INVIMA publicó una lista de “plantas medicinales aceptadas con fines terapéuticos” que contiene noventa y cinco plantas de diferente origen y siete “asociaciones aprobadas” de dos o más plantas (INVIMA, 2003). Al mismo tiempo en los últimos tres años se ha producido abundante reglamentación sobre lo que las instituciones de salud pública llaman “fitomedicamentos”. Esta reglamentación responde en lo local a las políticas de salud de la OMS-OPS que abogan por la integración a los sistemas de salud formales de las llamadas “medicinas alternativas, complementarias, tradicionales o no convencionales”, con argumentos que van desde su “arraigo cultural” hasta su bajo costo (Organización Mundial de la Salud, 2002).

Al analizar el marco desde donde esta reglamentación se está produciendo, se puede constatar una vez más que ésta parte de asumir como *verdadero* un determinado tipo de conocimiento, que en alianza con el Estado y con sus instituciones, valida o no a los otros conocimientos terapéuticos disponibles. Reglamentando, controlando y colonizando aquellos considerados como “verdaderos”, y prohibiendo o máxime tolerando con desdén, aquellos dispuestos en el mundo de la *creencia* y con ello de la *no verdad* (Good, 2003). El punto, sin embargo, es que más allá de este ejercicio de poder-conocimiento, los enfermos en el plano local parecen transgredir en su misma búsqueda terapéuti-

ca las fronteras de lo que las instituciones y la “buena” ciencia consideran como seguro o efectivo, mostrando así la insuficiencia de las dicotomías –creencia-verdad; mito-ciencia– con las cuales continúa pensándose el proceso salud-enfermedad. En este escenario, el objetivo de este artículo es cuestionar, a partir de la “biografía cultural” (Kopitoff, 1986) de una planta específica en la localidad bogotana de Bosa, los conceptos sobre los cuáles está construida la última reglamentación nacional sobre el uso de plantas medicinales.

LA REGLAMENTACIÓN

Solamente desde el año 2004 el país cuenta con una reglamentación específica sobre el uso de plantas medicinales (Hay, Luna Borda *et ál.*, 2005). El decreto 2266 de 2004 y el 3553 del mismo año, que lo modifica en algunos aspectos puntuales, tiene como objetivo reglamentar “los regímenes de registros sanitarios, y de vigilancia y control sanitario y publicidad de los productos fitoterapéuticos”, entendidos éstos como cualquier presentación bruta o modificada de una planta medicinal cuyos componentes activos no han sido modificados ni aislados por métodos de laboratorio. Se incluyen las formas iniciales de transformación de la planta, como tinturas, esencias, extractos y jarabes, que pueden fabricarse en el hogar o a baja escala industrial. El decreto clasifica a su vez los “fitomedicamentos” en tres grupos: “preparaciones farmacéuticas con base en plantas medicinales”, “producto fitoterapéutico tradicional”, y “producto fitoterapéutico de uso tradicional importado”.

Llegué al estudio de estos decretos gracias mi trabajo en el Hospital Pablo VI de Bosa, ESE, y a mi tesis de Maestría en Antropología, a través de los cuales he tenido la oportunidad de conocer al grupo de mujeres y de mayores del Cabildo Indígena Muisca de dicha localidad. Esta comunidad, organizada alrededor de la figura de Cabildo Indígena desde los años noventa del siglo xx, obtuvo el reconocimiento oficial de la Dirección General de Asuntos Indígenas del Ministerio del Interior en 1999. Desde entonces el Cabildo se encuentra comprometido con múltiples objetivos, uno de ellos, la “recuperación y fortalecimiento” de la medicina tradicional. Raizales de Bosa, los actuales cabildantes muisca se encuentran en el proceso de consolidarse como organización sociopolítica en la localidad y la ciudad, articulados con otros cabildos y organizaciones de la ciudad. Esta tarea implica necesariamente reconceptualizar su historia y costumbres en el marco de lo que llamamos “tradicción” (Sotomayor, 1998), enfrentándose y adaptándose de muy diversas maneras a lo que la sociedad mayoritaria considera como “indígena” y como “muisca” (Durán Bernal, 2004; 2005; Restrepo, 2005; López Rodríguez, 2005). Dicha tarea no es ajena a la “medicina tradicional”, que en la comunidad gira en torno a las plantas medicinales y la huerta casera, con un protagonismo considerable de la mujer, quien

se constituye en el primer nodo terapéutico para la mayoría de enfermedades en la comunidad (Martínez Medina, Chiguasuque *et ál.*, 2006). En el contexto de la reconceptualización y el fortalecimiento, el grupo de mujeres y de mayores, consideraron viable y necesaria la implementación de un expendio de plantas medicinales, que articulado con las huertas caseras y la droguería alopática comunitaria, redundara en beneficios productivos y culturales para el resto de la comunidad. Dicho espacio debía facilitar la difusión de los conocimientos de las mujeres a las nuevas generaciones, extendiendo los usos de las plantas tradicionales dentro y fuera de la comunidad. Al mismo tiempo, se consideró inicialmente importante que el espacio cumpliera con las reglamentaciones vigentes, razón por la cual estudiamos en detalle los distintos decretos reglamentarios. Nos detuvimos especialmente en los llamados “productos fitoterapéuticos tradicionales”, en los cuales pensábamos podían incluirse las plantas medicinales utilizadas por las mujeres de la comunidad indígena. Sin embargo, muchas fueron las sorpresas que deparaba la reglamentación. Desde la misma definición de “producto fitoterapéutico tradicional”:

Aquel producto fitoterapéutico de fabricación nacional elaborado a partir de material de planta medicinal o asociaciones entre sí, cultivadas en nuestro país en las formas farmacéuticas aceptadas, cuya eficacia y seguridad, aun sin haber realizado estudios clínicos, se deduce de la experiencia por su uso registrado a lo largo del tiempo, y en razón de su inocuidad está destinado para el alivio de manifestaciones sintomáticas de una enfermedad.

Esta definición hace eco de los lineamientos internacionales emitidos desde la OMS sobre la materia (OMS, 2002; 2003). Como agencia multilateral, los decretos se concentran en reglamentar el uso de las plantas medicinales a través de dos conceptos biomédicos: la *seguridad* y la *eficacia*. Analicemos por un momento a qué tipo de seguridad, y a qué tipo de eficacia se refieren.

Con respecto a la seguridad, el decreto entiende las plantas medicinales y sus productos derivados como *temporalmente* seguros, en cuanto que ante la ausencia de estudios clínicos que demuestren su seguridad, las instituciones y el Estado deben considerar el uso prolongado en contextos específicos como prueba de inocuidad. La biomedicina es pues garante de la seguridad del producto. Sólo mientras tal constatación se realiza, la “tradicición” es llamada a autorizar su uso. Las plantas medicinales y sus preparaciones son así pensadas como un momento inicial en la producción de medicamentos alopáticos. La invitación del decreto y de la OMS, es pues a someter las preparaciones tradicionales a la verificación mediante las herramientas de la biomedicina, como un primer paso en la determinación de los compuestos activos presentes en las plantas para su posterior fabricación como medicamento alopático. Recordemos ahora la definición de “fitomedicamento”, como producto cuyos compues-

tos activos *aún* no han sido *aislados* por métodos de laboratorio. Es así como se reconoce en otras prácticas terapéuticas una fuente para la obtención de nuevas herramientas terapéuticas. Fuente, debemos decirlo aquí, en *bruto*, que debe ser antes procesada por las estrategias conceptuales y metodológicas de la biomedicina moderna.

En cuanto a la eficacia, la reglamentación es también coherente con estos presupuestos. Los “productos fitoterapéuticos tradicionales” son *inocuos*, es decir, no tienen la capacidad de hacer daño o algún efecto objetivo, por lo que estos productos sólo están destinados al tratamiento de los síntomas. En otras palabras, estos tratamientos no se dirigen a la causa de la enfermedad, entendida ésta según criterios alopáticos, sino a proporcionar algún tipo de bienestar subjetivo a la persona enferma. Es así como la reglamentación ubica al “fitomedicamento tradicional” en el campo de los placebos, de lo psicosomático, de la creencia y en general, de todos aquellos dispositivos terapéuticos que no afectan la biología de la enfermedad sino el psiquismo del paciente.

La reglamentación expone además los requisitos que estos productos deben cumplir para obtener el aval de las instituciones necesario para su producción, comercialización y consumo. Aval que se concreta en la expedición de un registro sanitario, que requiere pruebas de inocuidad, formas de presentación y certificados del “uso tradicional”. De esta manera, el “fitomedicamento tradicional” debe demostrar su incapacidad de intervenir sobre la enfermedad a partir de pruebas de laboratorio para poder ser distribuido legalmente. De no ser así, el producto no puede someterse a comercialización por este medio, sino a las evaluaciones destinadas a aislar sus compuestos activos para la producción masificada de medicamentos alopáticos. Pero de todos los requisitos tal vez el más interesante es el que se refiere al “certificado de uso tradicional”. Detengámonos un momento en este último, para apreciar los presupuestos a partir de los cuales está construido el cuerpo conceptual de los decretos. El “certificado de uso tradicional”.

Se refiere a las pruebas documentales que demuestran que las sustancias activas presentes en las plantas medicinales se han utilizado durante tres o más generaciones para un uso medicinal o relacionado con la salud. En los casos en que el uso sea registrado como tradición oral y no escrita, las pruebas se obtendrán recurriendo a un profesional competente o a grupos indígenas o comunidades afrocolombianas que mantengan dicha historia.

Los interrogantes que genera el decreto en este punto son múltiples: ¿cómo puede demostrarse el uso de una sustancia activa por más de tres generaciones? ¿No implica el uso tradicional la inexistencia de la prueba de sustancias activas en las plantas? ¿Por qué tres o más generaciones? ¿Cómo puede *registrarse* por tradición oral un uso de esta naturaleza? Gran parte de las inconsistencias

evidentes en la reglamentación se deben a la forma como se entiende la eficacia de las plantas medicinales y de otras estrategias terapéuticas no alopáticas. Ya analizamos cómo para la biomedicina y el Estado si la planta funciona es porque debe tener un compuesto activo aprovechable. Toda la reglamentación está así orientada a limitar el acceso a estas otras terapéuticas a través del control, y a aprovechar alopáticamente aquellos conocimientos que pueden ser útiles a una concepción parcializada y hegemónica de la eficacia terapéutica. Mientras tanto, lo “tradicional” del uso es lo que permite pensar que las plantas son seguras –vimos cómo está explicitado en la reglamentación– y que las plantas son eficaces, bajo el supuesto empirista de que si no funcionaran las personas no las utilizarían por largos períodos de tiempo. Pero recordemos una vez más que si funcionan es porque tienen dentro de sí una sustancia aislable, que debe ser objeto de investigación y manipulación subsecuente. Por otra parte, de la definición podemos también inferir que para la reglamentación lo “tradicional” está circunscrito y localizado en tiempo, persona y espacio.

De esta manera podemos subrayar tres supuestos desde donde el decreto captura el uso tradicional de plantas medicinales, convertidas ahora en fitomedicamentos de uso tradicional:

1. El decreto asume una definición de *tradición* y *tradicional* como proveniente del pasado, inalterada e inalterable, contrario al conocimiento científico moderno de la medicina institucional-alopática. Esta concepción de lo tradicional implica que los conocimientos y usos de plantas medicinales no pueden actualizarse, modificarse o asociarse con otros conocimientos y usos, provenientes de variadas fuentes. Son a su vez vistos estos conocimientos como totalidades, fácilmente diferenciables de otros usos terapéuticos. Por esta razón, el uso tradicional es definido como aquel que puede documentarse históricamente por “tres o más generaciones” en un contexto específico.

2. El decreto asume que los llamados fitomedicamentos tradicionales se usan por un grupo poblacional particular. En este sentido coincide con la OMS y su definición sobre medicina tradicional que niega los intercambios de conocimientos y prácticas entre diferentes tradiciones médicas, gracias a una perspectiva que resalta la continuidad y niega el cambio, tanto en la práctica curativa como en los grupos humanos considerados tradicionales.

3. El decreto asume que el fitomedicamento sólo funciona en la medida en que sus componentes, así sean definidos cualitativamente y no por laboratorio, produzcan un alivio sintomático al paciente para un tipo de dolencia considerado enfermedad, en un tipo específico de cuerpo, a partir de la óptica de la medicina institucional-alopática.

Es claro que para una comunidad en proceso de consolidarse como comunidad indígena, en un contexto tan profundamente dinámico como lo es la ciudad de Bogotá, los presupuestos del decreto hacen imposible su aplicación

por lo menos en lo que a sus plantas medicinales se refiere. Pero que sean las mismas mujeres del Cabildo y de la localidad las que cuestionen lo tradicional del fitomedicamento tradicional, y lo enclaustrado de sus conocimientos.

POR LOS CAMINOS DE LA RUDA

Doña Dolores Fontiba Tunjo tiene actualmente más de setenta y cinco años de vida en la vereda, hoy barrio de San Bernardino. Ella ha visto al pueblo de Bosa perder su independencia al anexarse a Bogotá, como ha visto luego la ciudad crecer sobre sus parcelas. Dolores también puede contar cómo el río Tunjuelito, que atraviesa la localidad de Bosa, fue contaminado por la creciente industrialización del sur de la ciudad en los años setenta y ochenta, y por las aguas negras de más de la mitad de la urbe que utiliza al río Tunjuelito como canal de desagüe. Los dos apellidos de Dolores son considerados hoy como tradicionales, en la medida en que corresponden a los apellidos de las personas entre las cuales se dividieron los predios del antiguo resguardo indígena de Bosa a mediados del siglo XIX. Por eso, y por considerarse raizal de la localidad, Dolores está incluida en el censo poblacional del recién constituido Cabildo Indígena Muisca de Bosa.

Doña Dolores es además reconocida como amplia conocedora en materia de plantas medicinales. Su huerta, sostenida a duras penas en contra de la sequía, la escasez de agua apta para el riego, y la disposición de residuos de construcción, han servido para que las mujeres más jóvenes y las instituciones interesadas aprendan más de las plantas y su uso medicinal. Entre las muchas plantas que siembra Dolores siempre está presente una famosísima planta amarga conocida como ruda de Castilla o *Ruta graveolens* (Martínez Medina, Chiguasuque N. *et ál.*, 2006), que Dolores aún vende en diferentes expendios de plantas medicinales de la localidad.

La ruda no está incluida en el listado de plantas medicinales aprobadas del INVIMA, lo que demuestra una vez más el rango reducido de productos que incluye (Hay, Luna Borda *et ál.*, 2005). Su uso puede rastrearse varios años atrás gracias a la memoria de Dolores y otras mujeres mayores de la comunidad. Aunque, como ella misma lo explica, la ruda que se utilizaba cuando ella era niña no se sembraba, sino que se encontraba en los camellones junto al río o en los cercanos humedales. Se trataba de otra variedad de ruda, conocida por las mujeres mayores como “ruda de la tierra”, “ruda de arado” o *Tagetes zipaquiensis* (Zuluaga, 1995), de origen centro-andino, víctima de la contaminación del río Tunjuelito y de la llegada del pasto quicuyo al sector (Martínez Medina, Casallas *et ál.*, 2007).

Así pues, el uso actual de la ruda de Castilla reemplaza el uso de otras plantas que debido a los cambios medio ambientales ya no se encuentra en la zona. Dolores recuerda que la ruda de la tierra, como la ruda de huerta o de

Castilla, se utilizaba sobre todo para los dolores menstruales y para “después del parto”. La ruda, es así, una planta esencialmente femenina, utilizada para la dismenorrea, como emenagogo³ y para “alimentar” y “cerrar la matriz” después del alumbramiento, todos estos usos relacionados con su capacidad para modificar la contractilidad uterina. Planta relacionada estrechamente con la figura de la partera, cultivada o recogida, se daba mezclada con todos los alimentos a las madres “recién paridas”. Abortiva, alrededor de la ruda hay una buena cantidad de prescripciones y advertencias, como el consenso general que prohíbe su ingesta durante el embarazo. Pero la ruda también tiene otros usos en la comunidad. Dolores explica cómo, debido a su fuerte olor, es ideal para “espantar moscas” y otros insectos indeseables, sola o en combinación con la altamisa, el paico, el ajeno o la cicuta. También puede utilizarse para el dolor de oído, aplicada la semilla en el pabellón auricular doloroso (Martínez Medina, Chiguasusque N. *et ál.*, 2006).

Si bien es poco probable que pueda demostrarse “documentalmente” el uso de la ruda por parte de la bisabuela de Dolores, como lo exige el decreto, lo cierto es que su uso se ha visto modificado por los diferentes elementos que han transformado la vida cotidiana de los raizales de la localidad. Con sus palabras Dolores nos enseña cómo los conocimientos pueden actualizarse y complementarse, adaptando anteriores procedimientos a nuevos medios o viceversa. Doña Inés Alonso, por ejemplo, ha complementado sus conocimientos con la información que sobre plantas medicinales puede leer en revistas, periódicos, o la Internet gracias a los buenos auspicios de sus nietos ya bachilleres. Es ella la que describe cómo la ruda “... controla casos de epilepsia y hemorragias, dolores de cabeza, reumatismo, y gota. El cocimiento –continúa Inés– alivia los dolores de parto, los entuertos, y los desarreglos menstruales”. Finalmente su semilla “... en un pañito blanco y colocado en el oído” calma los dolores del mismo.

Las mujeres intercambian así por diferentes vías los usos que conocen de las mismas plantas que ellas siembran en sus huertas o en materas. Para Inés la planta sirve para por lo menos cinco dolencias más, muchas de ellas concebidas a partir de la popularización del lenguaje biomédico de sus lecturas. Pero la vida de la ruda no termina allí. Dolores corta la ruda de su huerta, ojalá mientras la luna está en período menguante, y la vende a los diferentes y abundantes expendios de plantas medicinales de la localidad. Una vez en la venta de hierbas, la ruda de Dolores abandona el pequeño circuito raizal de las veredas de

3 La capacidad de producir la menstruación es reconocida también a nivel internacional por las publicaciones especializadas (Thompson, 1981). En otros países de Latinoamérica la ruda tiene usos similares (Maynard-Tucker, 1989). Para comparar los usos de la ruda en el Nuevo Mundo con respecto a los usos tradicionales en Europa (Halliwell, 1985).

San Bernardino y San José. Uno de estos expendios es atendido por doña Marina⁴ desde hace más de diez años. Como se describe en mi diario de campo la tarde que conocí a Marina, la ruda comparte en este sitio un tipo de espacio muy particular con otras plantas, esencias, riegos, velas y velones:

Doña Marina tiene un puesto de plantas medicinales de unos dos por cuatro metros aproximadamente, vecino de otros negocios de hierbas, ventas de animales, utensilios de cocina, cacharrerías, etcétera. Está ubicado en un sitio llamado El Tropezón, un antiguo punto de confluencia de dos caminos, convertido ahora en lugar de referencia en medio de la urbanizada localidad. Colgando de la pequeña apertura a la calle hay paquetes llenos de polvos de diferentes colores, azufre, semillas, manilas y lo que parecen ser amuletos. Sobre el mostrador la zarzaparrilla, con su forma de piedra, la caléndula de flores anaranjadas, y un par de marañones. Dentro del pequeño puesto, en el suelo, apañuscados, varios frascos de esencias y riegos para la suerte y el amor. Al fondo, junto a ellos, velas y velones de colores, miel de abejas y otros frascos cuyo contenido no puedo identificar. La sábila, siempre colgando al lado del mostrador. Perdida en el rincón se encuentra una vitrina con imágenes del santoral católico. Marina me muestra además las bolsas de plástico y los atados de papel periódico donde guarda muchas otras plantas medicinales. Veo, por ejemplo, la ya famosa esteiva que sirve para endulzar las bebidas y que Marina recomienda para los enfermos de diabetes, o su compañera la insulina, de la cual Marina no había escuchado hasta hace unos años y que sirve, ¡oh sorpresa!, "... para bajar el azúcar en la sangre".

En el local de Marina, envuelta en papel periódico la ruda espera al próximo comprador. Como ella misma confirma, la mayoría de las personas piden la planta para el dolor abdominal, especialmente las mujeres para el dolor y los "atrasos" menstruales. Es más raro aún que alguien pregunte por cómo curar el dolor de oído, o cómo ahuyentar pulgas con su extracto. Sin embargo, no sólo la compran mujeres y no sólo se usa para dichos fines. Como también nos puede explicar María Nelly Chiguasuke, médica tradicional del Cabildo, con la ruda se pueden hacer muchas otras cosas que superan con creces el ámbito de lo estrictamente terapéutico sobre el cuerpo físico que entiende la medicina institucional. De la misma forma que el puesto de ventas de Marina supera lo propiamente fitoterapéutico, la ruda sale del restringido mundo del alivio sintomático para ubicarse en el centro de los rituales con los que muchas personas en la localidad, indígenas y no indígenas, buscan corregir los malos rumbos de la suerte.

4 Éste un nombre pseudónimo.

Explorando estos usos conocí a una partera retirada, doña Lucila⁵, esposa de un raizal de Bosa y cabildante de la comunidad muisca por adopción. En aquella oportunidad Lucila estaba contándome cómo la ruda puede darse con la flor de la borraja y con la de la sanguinaria para producir abortos, o para “purgar la matriz”, cuando el aborto ya se ha producido. Entonces me contó la historia de un par de inquilinos que vivieron en su casa hace algunos años, a través de la cual podemos entender la forma en que la ruda *limpia* las malas energías y aleja la envidia, y cómo ahuyenta los insectos o limpia la matriz.

Doña Lucila no era en aquella época experta en seleccionar a sus inquilinos. Tal vez por eso aceptó en casa a una pareja de jóvenes, recién llegados a Bogotá con un par de niños. Pronto fue claro para esta mujer que la relación de la pareja no era buena. Peleaban, discutían; el hombre golpeaba a los niños y a su “pobrecita” esposa. Con el tiempo la violencia empeoró y amenazó con afectar a los hijos de doña Lucila, que recriminaban a su madre por no desalojar a la pareja. Pero ésta le había “cogido cariño” a los niños y no se atrevía a expulsarlos. Hasta que las peleas de sus inquilinos empezaron a afectar a su propio núcleo familiar. Sus hijos varones reñían constantemente con su padre, quien a su vez discutía continuamente con ella por cualquier motivo. Con el tiempo la partera descubrió la razón de sus discusiones. La pareja de inquilinos estaba afectando de alguna forma toda la paz del hogar. “Entonces dije, ya no más –cuenta doña Lucila– y le dije a la muchacha que con mucha pena, pero que no podían seguir con esas discordias en mi casa. Al otro día el hombre me pagó y se fueron”. Sin embargo, aunque la tranquilidad volvió a sus oídos, no así a sus relaciones familiares:

Por eso me fui donde el señor Abel. Él tenía un puesto [de hierbas] ahí, frente al cementerio. Yo le conté y me dijo que eso era por esas discordias y esas envidias que trajeron a mi casa. Me recomendó hacer unos riegos con las siete hierbas amargas y las siete dulces, por siete días, trapeando con el agua el cuarto donde ellos [la pareja] estaban y bañándonos todos en la casa con el riego. Pero que tenía además que hacer una oración que era... ‘Que salga el mal y que entre el bien como entró Jesús en Jerusalén’. Me tocaba primero barrer y lavar, y luego sí trapear con el agua [de hierbas]. Al final echaba aceite de sándalo en el agua, que además de limpiar, ambienta.

La ruda, planta clasificada por las mujeres del Cabildo como amarga, es parte esencial de este famoso “baño de las siete hierbas” con el que Lucila purgó su casa de la violencia. Pertenece a un grupo especial de plantas que se pueden ubicar en los dos grandes grupos de plantas según la clasificación de Nelsy Chiguasuque:

5 A pesar de hacer parte de la comunidad, ocultaré la identidad de esta mujer a petición suya, especialmente porque con ella traté temas como la interrupción del embarazo en la comunidad.

plantas curativas y plantas rituales o esotéricas. Por esto doña Inés, aunque con cierta reticencia, también puede explicar el “otro” uso de la planta, que con creces sobrepasa cualquier definición de fitomedicamento: “... Se usa para baños de la cabeza a los pies, ya sea en cocimiento o en extracto. Esta planta se puede mezclar con las siete hierbas amargas, o con limón y canela”. La mala suerte, la envidia y el desamor se pueden así tratar con la ruda y sus acompañantes, como también las consecuencias de todos estos males (Pinzón, 1998; Uribe, 2003): con cruces de ruda debajo del colchón se evita la acción del *maleficio* brujesco.

Así pues, la ruda se utiliza en dos registros no fácilmente diferenciables entre sí, y sin duda interrelacionados. Puede hacer bien como puede hacer mal, al tiempo que puede curar en múltiples niveles, sanando el cuerpo más allá de la facticidad con que lo entiende la medicina alopática. Reproduce sus efectos en diferentes niveles de realidad, a través de su cualidad mimética (Tausig, 1993): puede alimentar la matriz y producir la menstruación, como saca la mala suerte y limpia las malas energías y la envidia. Aleja las brujas y las plagas, como protege el cuerpo contra su efecto; de la misma forma cierra la matriz después del parto impidiendo que se “enfríe”. Por esto la ruda es un verdadero *pharmakon* (Girard, 1983; Uribe, 2000), que es capaz de *limpiar*, en el sentido de atraer sobre sí el mal para poderlo sacar. No en vano la oración que el yerbatero enseñó a doña Lucila compara explícitamente a la planta con Jesucristo. Por las mismas razones, Dolores insiste en la importancia de tener siempre ruda en la huerta de su casa. Como la sábila, la ruda señala la acción de la envidia al tiempo que previene su efecto gracias a su penetrante olor y a la aplicación sobre el cuerpo. Beatriz Chiguasuque, líder del grupo de mujeres del Cabildo, explica este punto en particular: cuando se brota la piel después de un baño con agua de ruda, sola o en combinación, significa que sobre la persona está actuando la envidia o la brujería en forma de malas energías, frente a las cuales reacciona la planta previniendo su entrada en el cuerpo, o señalando su acción para que el enfermo pueda tomar las medidas adecuadas. Por esto, los baños con ruda y sus plantas acompañantes deben realizarse especialmente en algunas fechas del calendario. La importante difusión de esta práctica satisface especialmente a Dolores, para quien el fin del año es siempre una muy buena temporada: la ruda multiplica sus clientes para esas fechas.

Nelsy, por su parte, la considera indispensable en el trabajo ritual que realiza en el Cabildo. Las limpiezas que realiza al lado de su esposo, también médico tradicional de la comunidad, incluyen “barrer el cuerpo” del afectado con ruda, artemisa y cicuta, de forma similar a como el médico del Putumayo usa la *waira sacha*. Este soplar y limpiar con la planta lo aprendió Nelsy precisamente de los taitas del Sibundoy en su largo recorrido físico y espiritual por diferentes comunidades indígenas del territorio nacional, buscando reintroducir la

“medicina indígena” en su comunidad. Así mismo, Nelsy continúa interesada en aprender más de las mujeres mayores de su propio Cabildo, segura de poder integrar esos conocimientos en su ya híbrida práctica curativa.

Cada diciembre Dolores aumenta la venta de la ruda. Llegada esta temporada vienen las preparaciones para recibir el año “como Dios manda”, es decir protegido con el baño de las siete hierbas. Al mismo tiempo, Nelsy y su esposo duplican sus consultas y limpiezas. Es una buena temporada donde los dolientes indígenas y no indígenas acuden a la planta en busca de protección y curación. En la ruda encuentran mucho más que un producto “en bruto”, que a pesar de todos los análisis no agota sus múltiples significaciones y usos potenciales. Es esta riqueza la que hace que la planta sea tan apreciada en las huertas y los expendios como el de doña Marina. Para la ruda, lo intrincado y complejo de su historia como producto medicinal hace también parte de su eficacia como tratamiento.

PERSPECTIVA CRÍTICA

Hace ya varios años Charles Leslie propuso tratar los sistemas médicos como estructuras pluralistas, en donde un conjunto de prácticas médicas mantienen una relación competitiva o complementaria, al tiempo que sostienen entre ellas relaciones asimétricas de poder (Pedersen, 1988: 404; Nichter y Lock, 2002). En estos sistemas –más o menos integrados, más o menos controlados por parte del Estado–, las prácticas que los componen no pueden pensarse como aisladas en la medida que tanto unas como otras comparten conocimientos y se transforman rápidamente. Así, las tecnologías, practicantes y sustratos ideológicos, en los que se apoyan estas medicinas se ven modificados por el contacto que de una u otra manera establecen entre ellas a través de los enfermos en sus más o menos abigarrados itinerarios terapéuticos.

Es precisamente esto lo que nos enseña el particular camino de la ruda. Sólo siguiendo los pasos de aquellas personas que se sanan o hacen daño con una determinada práctica, podemos apreciar la complejidad del enfermar y sanar en medios como el nuestro. De ahí que la tan prometida incorporación de estas “otras medicinas” solamente sea posible en la medida que se considere al sistema de atención a la enfermedad como un sistema cultural y local (Kleinman, 1980), en relación con sistemas y redes más amplias de ofertas de salud, donde operan otras formas de entender y actuar sobre el cuerpo y la enfermedad. De otra manera estas mismas prácticas corren el peligro de perder, en medio de la “ideología del control” de la salud pública (Watts, 1999), gran parte de su potencial curativo, despojadas de la vitalidad que el intercambio de significados y conocimientos produce.

Sin embargo, para el Estado, la medicina institucional y las agencias multilaterales, la pregunta sigue reduciéndose a la seguridad y eficacia desde una perspectiva considerada *verdad*; esto es, desde la biomedicina occidental, que

impide cualquier otra aproximación al problema (Waldram, 2000). La reglamentación sobre fitomedicamentos promete así controlar los peligros del uso “no racional” de plantas y preparaciones similares, a través de su validación, por un cuerpo de conocimiento insensible a la forma como las plantas son utilizadas a nivel local. Este panorama se consolida mediante la definición de instrumentos técnicos para aplicar los mecanismos de inspección, vigilancia y control a los expendios de medicina tradicional o popular. De esta manera, puestos como el de Marina quedarían sometidos al control de las instituciones de salud, con herramientas tan inadecuadas como los decretos que someramente hemos analizado en este documento. Es así como a nivel local la prometida integración a los sistemas de salud formales de las llamadas “medicinas tradicionales, alternativas, complementarias o no convencionales” promovida desde la OMS, y su estrategia de Atención Primaria en Salud, más que una integración de otras perspectivas sobre el enfermar y el curar, se convierte en una herramienta para la colonización y aprovechamiento de otros conocimientos terapéuticos. Medicinas “alternativas” ahora no proscritas sino coaptadas y adoptadas por el capitalismo (Baer, 2002), obligadas a integrarse a la medicina alopática occidental, no en vano son consideradas por muchos la “única medicina” (Angell y Kassirer, 1998), la propietaria de la *verdad* natural sobre el proceso salud enfermedad.

Lo que debe interesarnos, sin embargo, no es si debe o no modificarse la reglamentación. Es, por el contrario, si existen realmente las condiciones para que tal reglamentación sea factible. En un medio donde un determinado conocimiento terapéutico ha construido una alianza con el Estado, los medios de verificación, interpretación y aprehensión del proceso salud-enfermedad están ya establecidos de antemano (Waldram, 2000). Así, lo que queda de la ecuación no es más que un ejercicio de poder a través del cual las otras medicinas, no gratuitamente llamadas “alternativas, complementarias o no convencionales”, deben situarse: medicalizándose a través de normas para su ejercicio –como que todo homeópata deba ser antes médico– o a través de reglamentaciones como la analizada hasta el momento.

Finalmente, es importante preguntarse por las múltiples motivaciones que llevan a las instituciones nacionales e internacionales de salud a plantearse la integración de estas prácticas a un ejercicio fuertemente hegemónico e ideológico. Por alguna razón, en las últimas décadas la opinión de la institucionalidad de la salud pública mundial ha virado de la condenación al control de estas “otras” medicinas. Sin embargo, no es difícil constatar cómo este tipo de reglamentaciones no constituye una respuesta pluralista a la “diversidad médica postmoderna” (Adler, 2002) sino, por el contrario, es un ejemplo de la radicalización del control a través de la salud pública. Así, no se puede ser muy optimista con respecto a la perspectiva “integrativa” u holística en esta materia, si se consigue a través de

una reglamentación que desconoce el papel cultural en la construcción del proceso salud-enfermedad, y en las estrategias diseñadas para curar. Vivimos en un contexto donde se ha radicalizado una determinada perspectiva de la eficacia y seguridad de las tecnologías curativas, que ignora el papel simbólico de todo acto curativo, incluso en el seno de la misma biomedicina –explorado por múltiples analistas, ver por ejemplo Hellman, 2007; Welch, 2003; van der Geest y Reynolds, 1989–, al tiempo que devora cualquier nueva opción terapéutica para reintegrarla en la creciente economía de la salud. No en vano el mercado de “medicamentos herbarios” ha crecido “drásticamente” en los últimos años. Según estimaciones, el mercado mundial de los “fitomedicamentos” ha alcanzado “... un valor de sesenta mil millones de dólares de los EE.UU., con una tasa de crecimiento anual entre el 5 y el 15 por ciento” (Correa, 2005). Es precisamente en este contexto que una antropología que se pregunte por las medicinas llamadas “alternativas, tradicionales, complementarias o no convencionales”, no debe sólo “... mostrar las limitaciones del actual modelo biomédico e incorporar observaciones de perspectivas médicas *cross*-culturales” (Micozzi, 2002), sino también evidenciar las relaciones de poder que atraviesan la vida social de estas terapéuticas.

EPÍLOGO

Tiempo después de la presentación en el Congreso de Antropología de la versión ponencia de este documento, gentilmente fui invitado al “Primer encuentro de pueblos indígenas. Bogotá cada vez más diversa”, que se llevó a cabo en el Parque Simón Bolívar, una lluviosa tarde de octubre de 2007. Como representante de la transversalidad de etnias del Hospital Pablo VI Bosa, ESE, presenté nuestra experiencia y me referí a las limitaciones nacionales y locales para la implementación adecuada de un “enfoque diferencial de etnias” para las actividades de salud pública en la capital. Esa tarde también intervinieron los representantes de la Secretaría Distrital de Salud, SDS, y voceros de algunos cabildos de la ciudad. En esa oportunidad, la persona más interesada en mi reflexión alrededor de la reglamentación sobre “productos fitoterapéuticos tradicionales” fue Víctor Jacanamijoy, que como todo taita *yajecero* está acostumbrado tanto a desconfiar de las reglamentaciones sobre su actividad, como a la persecución de entidades estatales –por ejemplo el Ministerio del Medio Ambiente y el Departamento Administrativo del Medio Ambiente, DAMA– por los productos vegetales que comercializan taitas que en Bogotá se visten también de legalidad portando una fotocopia de la resolución 5078 del Ministerio de Salud Nacional⁶.

6 Por la cual “... se adoptan normas técnico administrativas en materia de medicinas tradicionales y terapéuticas alternativas y se crea el Consejo Asesor para la conservación de las mismas”.

Empero, fue hasta el final de mi intervención que pudimos cruzar un par de palabras. Conversación que a la postre dejó muy preocupado a don Víctor.

—Como si fuera poco —le dije— el decreto define que ningún producto puede ser legalmente comercializado si contiene actividad estupefaciente o psicotrópica.

El doctor Víctor, como le llamo desde su crítica mordaz a mi propia condición de terapeuta cuando nos conocimos hace unos años, solamente me miró, alzó los hombros y sin alterarse concluyó:

—Nos tocará estudiar con cuidado ese decreto. —☞

REFERENCIAS

Adler, S. R.

2002 "Integrative Medicine and Culture: Toward an Anthropology of CAM", en *Medical Anthropology Quarterly* 16(4): 412-414.

Angell, M. y J. P. Kassirer

1998 "Alternative Medicine. The Risk of Untested and Unregulated Remedies", en *New England Journal of Medicine* 339(12): 839-841.

Baer, H. A.

2002 "The Growing Interest of Biomedicine in Complementary and Alternative Medicine: A Critical Perspective", en *Medical Anthropology Quarterly* 16(4): 403-405.

Correa, C. M.

2005 "Protección y promoción de la medicina tradicional. Consecuencias para la salud pública en los países en desarrollo". Ginebra, South Centre.

Durán Bernal, C. A.

2004 "El Cabildo Muisca de Bosa: el discurso de un movimiento social étnico y urbano". Trabajo de grado para optar al título de politólogo, Departamento de Ciencia Política, Facultad de Ciencias Sociales, Bogotá, Universidad de los Andes.

Durán Bernal, C. A.

2005 "Ser un muisca hoy. La identidad muisca como proyecto colectivo de organización política y cultural en la Localidad de Bosa", en A. M. Gómez Londoño, *Muiscas: representaciones, cartografías y etnopolíticas de la memoria*. Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana, pp. 348-369.

Girard, R.

1983 *La violencia y lo sagrado*. Barcelona, Editorial Anagrama.

Good, B. J.

2003 *Medicina, racionalidad, y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona, Ediciones Bellaterra.

Halliwell, B.

1985 "Two Plant Notes", en *Garden History* 13(2): 160-163.

Hay, Y. O., C. A. Luna Borda, et ál.

2005 *Estrategia promoción de uso de plantas medicinales y productos derivados*. Bogotá, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D. C.

Hellman, C. G.

2007 *Culture, Health and Illness. Fifth edition*. New York, Oxford University Press.

INVIMA

2003 *Plantas medicinales aceptadas con fines terapéuticos*. Consultado en la red mundial octubre de 2007: http://www.invima.gov.co/version1/consultas_publicas/archivos/plantasmedicinales.pdf

Kleinman, A.

1980 *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderline between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley, University of California Press.

Kopitoff, I.

1986 "La biografía cultural de las cosas: la mercantilización como proceso", en A. Appadurai, *La vida social de las cosas. Perspectiva cultural de la cosas*. México, Grijalbo, pp. 89-122.

López Rodríguez, M.

2005 "Los resguardos muisca y raizales de la sabana de Bogotá: espacios sociales de construcción de la memoria", en A. M. Gómez Londoño. *Muisca: representaciones, cartografías y etnopolíticas de la memoria*. Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana, pp. 332-347.

Martínez Medina, S., M. N. Chiguasque, et ál.

2006 *Ziscagoscuca. Manual de salud para la Comunidad Indígena Muisca de Bosa*. Bogotá, Hospital Pablo VI Bosa E. S. E.

Martínez Medina, S., R. Casallas, et ál.

2007 *Los seres del agua. Memoria, contaminación ambiental y cultura en el Cabildo Indígena Muisca de Bosa*. Bogotá, Hospital Pablo VI Bosa E.S.E. Cabildo Indígena Muisca de Bosa.

Maynard-Tucker, G.

1989 "Knowledge of Reproductive Physiology and Modern Contraceptives in Rural Peru," en *Studies in Family Planning* 20(4): 215-224.

Micozzi, M. S.

2002 "Culture, Anthropology, and the Return of 'Complementary Medicine'", en *Medical Anthropology Quarterly* 16(4): 398-403.

Nichter, M. y M. Lock

2002 "From Documenting Medical Pluralism to Critical Interpretations of Globalized Health Knowledge, Policies, and Practices", en M. Nichter y M. Lock, *New Horizons in Medical Anthropology. Essays in Honour of Charles Leslie*. London, Routledge.

Organización Mundial de la Salud

2002 *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud

2003 *Pautas generales para las metodologías de investigación de la medicina tradicional*. Ginebra, oms.

Pedersen, D.

1988 "Curanderos, divinidades, santos y doctores: elementos para el análisis de los sistemas médicos", en E. Reichel-Dolmatoff, *Rituales y fiestas de la Américas. Memorias de 45º Congreso Internacional de Americanistas*. Bogotá, Uniandes, pp. 403-418.

Pinzón, C.

1988 "Violencia y brujería en Bogotá", en *Boletín Cultural y Bibliográfico* xxv (16): 35-49.

República de Colombia. Ministerio de Protección Social

2004 *Decreto 2266 de 2004. Por el cual se reglamentan los regímenes de registros sanitarios, y de vigilancia y control sanitario y publicidad de los productos fitoterapéuticos*. Bogotá, Ministerio de Protección Social.

República de Colombia. Ministerio de Protección Social

2004 *Decreto 3553 de 2004. Por el cual se modifica el Decreto 2266 de 2004 y se dictan otras disposiciones*. Bogotá, Ministerio de Protección Social.

Restrepo, L. F.

2005 "Reflexiones sobre los estudios muisca y las etnopolíticas de la memoria", en A. M. Gómez Londoño. *Muisca: representaciones, cartografías y etnopolíticas de la memoria*. Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana, pp. 316-330.

Sotomayor, M. L.

1998 "Porque somos indígenas, pero ¿por qué somos indígenas?", en M. L. Sotomayor. *Modernidad, identidad y desarrollo*. Bogotá, Instituto Colombiano de Antropología, pp. 399-423.

Taussig, M.

1993 *Mimesis and Alterity. A Particular History of the Senses*. New York, Routledge.

■
Thomson, W. A. R., Ed.

1981 *Guía práctica ilustrada de las plantas medicinales*. Barcelona, MacGraw-Hill.

Uribe, C. A.

2000 "La violencia sacrificial y la locura", en E. Villa. *Memorias del II seminario de Antropología de la Religión*. Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana, pp. 292-304.

Uribe, C. A.

2003 "Magia, brujería y violencia en Colombia", en *Revista de Estudios Sociales* (15): 59-73.

Van der Geest, S. y S. Reynolds White

1989 "The Charm of Medicines: Metaphors and Metonyms", en *Medical Anthropology Quarterly* 3(4): 345-367.

Waldram, J. B.

2000 "The Efficacy of Traditional Medicine: Current Theoretical and Methodological Issues", en *Medical Anthropology Quarterly* 14(4): 603-625.

Watts, S. J.

1999 *Epidemics and history: disease, power and imperialism*. New Haven, Yale University Press.

Welch, J. S.

2003 "Ritual in Western Medicine and Its Role in Placebo Healing", en *Journal of Religion and Health* 42(1): 21-33.

Zuluaga, Germán

1995 *El legado de las plantas medicinales en la Sabana de Bogotá*. Bogotá, Fundación Herencia Verde, Ministerio de Salud.