

Salud Intercultural: diálogos desde la diversidad en Cotacachi

PRESENTACIÓN GENERAL Y METODOLOGÍA UTILIZADA.....	2
LA SALUD INTERCULTURAL DENTRO DEL MARCO JURÍDICO.....	4
<i>Salud intercultural.....</i>	<i>4</i>
Compresiones sobre salud y enfermedad	6
<i>Sistemas médicos.....</i>	<i>8</i>
Biomedicina.....	8
Medicina ancestral.....	8
Otros sistemas médicos	9
<i>Marco jurídico nacional.....</i>	<i>11</i>
<i>Espacios de acercamiento entre la ciencia y la sabiduría en la práctica.....</i>	<i>16</i>
ESTUDIO DE CASO: SALUD INTERCULTURAL EN COTACACHI.....	18
<i>Cotacachi, reconociendo su espacio geográfico, contexto sociocultural y formas de organización.....</i>	<i>18</i>
<i>Cotacachi, interculturalidad y medicina ancestral.....</i>	<i>20</i>
Antecedentes en el país.....	20
Adecuación intercultural de los servicios de salud.....	23
Parto Culturalmente Adecuado en el Ecuador.....	24
Salud intercultural en Cotacachi.....	29
CONCLUSIONES SALUD INTERCULTURAL.....	36
BIBLIOGRAFÍA.....	40
ANEXOS.....	43
<i>Anexo 1: Diferentes enfoques de la noción de salud.....</i>	<i>43</i>
<i>Anexo 2: Niveles de atención del Sistema de Salud en el Ecuador.....</i>	<i>44</i>
SIGLAS Y ACRÓNIMOS.....	45

Presentación general y metodología utilizada

El presente estudio de caso aborda el tema de la salud intercultural en el cantón Cotacachi a partir de lo que el Ministerio de Salud Pública (MSP) ha denominado desde el 2009, como Parto Culturalmente Adecuado. El Parto Culturalmente Adecuado busca ser un diálogo práctico entre ciencia y sabiduría al conjugar los saberes y prácticas propias de las parteras tradicionales con los conocimientos del parto institucionalizado, a partir de la biomedicina. Así, esta investigación tiene como objetivo conocer los procesos de diálogo en el planteamiento de los programas de salud intercultural, indagando en sus características, los mecanismos de transmisión de conocimientos tradicionales y científicos, los aportes desde el sector público, las fortalezas y debilidades en su implementación y la sensibilización resultante de la generación de estos espacios.

Para ese fin, metodológicamente se ha seleccionado como herramientas de análisis, además de fuentes secundarias, las entrevistas a profundidad, la observación participante y un taller con varios de los actores involucrados y representantes de las comunidades locales. Las entrevistas a profundidad han sido realizadas a funcionarios del Ministerio de Salud y la academia, quienes nos han brindado elementos de reflexión importante para esta investigación; a través de estos actores se han identificado diferentes formas de entender la medicina ancestral¹ y su relación con la interculturalidad como espacio que pretende poner en interacción a la biomedicina, la medicina ancestral y la medicina alternativa, para brindar servicios culturalmente adecuados, como es el caso del parto.

Además, se han realizado entrevistas al personal sanitario que se relaciona directamente con la atención de parto dentro de las instalaciones del Hospital Público Asdrúbal de la Torre ubicado en Cotacachi, información que ha sido complementada con la observación participante y el acercamiento a varios actores comunitarios.

Dentro del aspecto comunitario se ha seleccionado como actores claves a parteras tradicionales y dirigentes de la Unión de Organizaciones Campesinas Indígenas de Cotacachi, UNORCAC, la cual es una organización de segundo grado que busca una mayor participación de los campesinos e indígenas dentro del cantón y lucha por revitalizar los valores de dichas culturas, exigiendo que la educación y la salud en el cantón posean un enfoque intercultural (UNORCAC: s/f). Estos actores, a través de entrevistas y observación participante, han permitido profundizar en la concepción del

¹ O tradicional

parto desde la cosmovisión andina y vislumbrar las limitantes que se han encontrado para formar parte, de manera efectiva, del sistema de salud pública ecuatoriano.

Como elementos transversales de esta investigación se han considerado los testimonios de pacientes de los dos tipos de sistemas, ancestral y biomedicina, permitiéndonos conocer su perspectiva acerca de la atención del parto en estas dos realidades.

Estos acercamientos a las instituciones estatales, el personal médico, las organizaciones comunitarias, las parteras y los pacientes han develado avances en el área de salud intercultural y, a la vez, desafíos que deben ser trabajados para poder alcanzar un diálogo entre ciencia y sabiduría que satisfaga los intereses comunes de todos quienes conforman el sistema de salud a nivel local y nacional.

Se ha realizado, también, un acercamiento al área urbana de Quito para conocer casos urbanos de partos no institucionalizados que empiezan a proliferar en las ciudades, rescatándose el testimonio de una paciente de parto ancestral urbano y permitiendo conocer los desafíos que representa un proceso intercultural en el parto dentro del ámbito urbano.

La salud intercultural dentro del marco jurídico

Para un mejor análisis de esta investigación, resulta primordial conocer los principales ejes conceptuales que sostienen esta investigación; para ello, se abordarán diferentes comprensiones sobre salud y enfermedad, las definiciones de los sistemas médicos relevantes para esta investigación, se analizará el marco jurídico vigente en el tema de salud intercultural en el Ecuador y, por último, se hablará de los espacios de acercamiento entre la ciencia y la sabiduría en la práctica. Así, se busca comprender el significado de salud intercultural y la manera en la que se podrían articular los saberes ancestrales con los conocimientos científicos desde la academia y el marco normativo, a la par que sustenta la investigación realizada.

Salud intercultural

En términos generales, salud intercultural se refiere a un concepto utilizado para conocer e incorporar la cultura de los pacientes en el proceso de atención de salud, a partir de políticas y acciones que permitan que esto se lleve a cabo, logrando el respeto a la diversidad de las personas (biológica, cultural y social) y generando oportunidades para mejorar la atención de salud.

La incorporación de la interculturalidad implica fundamentalmente un posicionamiento ético y político de reconocimiento y respeto a la diversidad que permita una interacción horizontal y sinérgica, sustentada en el conocimiento, el diálogo y el irrestricto respeto a los derechos de las personas (MSP, 2012: 40)

El pensamiento sobre salud es diverso y es producto de una construcción social que marca tendencias y formas de establecer relaciones, currículos, políticas públicas, programas y proyectos destinados a enfrentar lo que, desde el paradigma occidental, se ha identificado como enfermedad. Este pensamiento ha acompañado al ser humano desde sus inicios, ya que “[L]a enfermedad, sufrimiento y muerte, así como la motivación para conservar la salud, son considerados hechos biológicos universales” (Alarcón, *et.al.*, 2003: 1062). Por su parte, Breilh (2012) identifica que “la vida en cualquier sociedad se desarrolla dinámicamente bajo la determinación de un gran movimiento metabólico que vincula a la sociedad humana con la naturaleza; (...) proceso que estuvo regido por la necesidad del sujeto social”. Sin embargo, este proceso esencial de mantenimiento de la vida se fue subordinando a una lógica de acumulación de capital “donde el centro no era ya la producción del sujeto vivo sino la producción de mercancías” (Breilh, 2012:107).

A la par de este pensamiento desarrollista, también se consolidó una forma hegemónica de entender la salud, donde la biomedicina –visto como el sistema médico² occidental- ha establecido una relación de poder frente a las medicinas tradicionales, a las que ha subordinado o estigmatizado porque no cuentan con los medios que le den validez y legitimidad científica, provocando tensiones entre las diferentes formas de comprender la salud, como lo manifiesta Alarcón (2003) al señalar que

...todos los procesos de interacción social y cultural que involucren la existencia de diferentes y, a veces, antagónicos sistemas de creencias están sujetos a importantes fricciones. Sin embargo, los conflictos entre diferentes sistemas médicos no emergen sólo de las diferencias en los modelos explicativos que los sustentan, sino también de la dominación social de un modelo de salud sobre otro (Alarcón, et.al., 2003: 1065).

Por su parte, en América Latina y, de manera particular, en Ecuador, el llamado constitucional establece la construcción de espacios de diálogo que fortalezcan el derecho humano a la salud individual y colectiva por medio del reconocimiento de la complejidad de las formas socioculturales. Es así que el marco constitucional ecuatoriano busca erradicar las profundas inequidades y exclusiones en el acceso a la salud que se han dado por cuestiones de clase, género, generación y pertenencia étnica (MSP, 2010: 11), obligando a los diferentes actores involucrados a repensar la concepción de la salud.

Para Darras “la claridad en los conceptos permite la certeza en las acciones” (Darras, 2010: Presentación), lo que se resume en la necesidad de comprender las diversas posiciones y formas de entender la salud y la enfermedad para poder concebir lo que la salud intercultural significa en su conjunto, siendo necesario dar respuesta a los temas relacionados con los modelos de vida que puedan convertirse en formas de reproducción de la enfermedad. Estos modelos generan que

[Vivamos] en definitiva expuestos a modos de vida malsanos que son procesos estructurados por un modelo de civilización que nos induce a trabajar, consumir y pensar mal, un modelo civilizatorio estructurado para ventaja de los negocios de escala, que opera como una maquinaria de producción y reproducción de enfermedad (Breilh, 2012: 107).

²Desde la antropología sociocultural un sistema médico se concibe como un conjunto organizado, coherente y estratificado de agentes terapéuticos, modelos explicativos de salud-enfermedad, prácticas y tecnologías al servicio de la salud individual y colectiva (Alarcón *et.al.*, 2003:1063)

Compresiones sobre salud y enfermedad

Como se ha mencionado, el pensamiento sobre salud ha acompañado al ser humano desde sus inicios, todas las culturas han desarrollado alguna forma de hacer frente a las condiciones cambiantes del ambiente, lo que Canhilmen llama *infidelidades* (Canguilhem en Caponi, 1997), es decir, la concepción de salud se ha construido en contraposición a lo que se entiende por enfermedad.

Esta noción está al alcance de todos, cualquier persona puede emitir un criterio de lo que considera que es salud y ha acogido “las diferentes expectativas, intereses y aspiraciones que los grupos tenían en mayor estima, en su momento como: la longevidad, la capacidad de trabajar, la capacidad de funcionar, la autonomía, la plenitud de las necesidades básicas” (Gómez, 2003: 2). Por esta razón, muchos estudiosos de las ciencias médicas (Canguilhem en Caponi, 1997; Gómez, 2003; Alarcón, 2003) consideran al concepto de salud como vulgar o popular; sin embargo, las reflexiones filosóficas sobre este tema también se han desarrollado a lo largo de la historia humana.

Reflexiones sobre el tema en occidente se remontan a la época clásica, en donde autores como Descartes, Leibniz, Diderot, Kant y Nietzsche trabajaron en relación al tema (Caponi, 1997). Para principios del siglo XVIII, una noción más técnica sobre la salud es requerida para consolidar el Estado moderno, volviéndose necesario “garantizar la producción de los cuerpos y controlar la enfermedad (...) [de tal forma que se genere] una noción técnica de la salud que le permitiera soportar sus intervenciones” (Gómez, 2003: 2).

Para el siglo XX la conceptualización de salud se ve influenciada por diferentes pensamientos y paradigmas. Así, por ejemplo, bajo la influencia del modelo keynesiano se desarrolló el paradigma del *bienestar* -entendido como la solución de las necesidades básicas-, paradigma en donde se reconocía el papel protagónico y responsabilidad del Estado para impulsar soluciones a las necesidades básicas de salud y considerar una noción integral del sistema de prestación de servicios estatales dirigidos a controlar todos los determinantes del bienestar -ambientales, culturales y económicos- (Gómez, 2003: 3). En este contexto nace la Organización Mundial de la Salud, OMS, la misma que considera la salud, lógicamente, como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2011).

Durante 1980, estos modelos keynesianos de salud del Estado de bienestar fueron criticados duramente al ser considerados paternalistas, ineficientes e ineficaces. Estas críticas provenían, prioritariamente, “del gran capital que veía en el Estado un bloqueo

para el enriquecimiento de los inversionistas y percibía en el sector de los servicios públicos un mercado potencial de alta rentabilidad” (Gómez, 2003: 4), proponiéndose, desde el capitalismo, al *desarrollo*³ como el nuevo modelo explicativo de la dinámica social; situación que se refleja de igual manera en la salud, en la cual subyace la carga ideológica y política del modelo liberal (íbid).

Otro de los paradigmas que inciden sobre la forma de concebir la salud es el que aparece acerca de la noción de *calidad de vida* en torno a las discusiones sobre el deterioro ambiental, especialmente en la década de los cincuenta y sesenta, pensamiento que se fue enriqueciendo con las perspectivas sobre las condiciones económicas, las circunstancias ambientales, el acceso a recursos económicos, el acceso a servicios básicos y la distribución de la riqueza (Gómez, 2003: 4).

Todas estas nociones han causado diversas reflexiones y críticas, basadas en el enfrentamiento de posiciones ideológicas, la apreciación desde el individuo y su subjetividad, la complejidad de los sistemas estatales desde quienes entienden la salud con “una noción medicalizada, ligada a la ausencia de enfermedad orgánica, hasta quienes proponen por una comprensión de la salud desde enfoques más amplios, integrales y dinámicos, donde entran en juego otras necesidades y aspiraciones de los individuos y de los grupos” (Gómez, 2003: 5).

Además, hay quienes de forma más radical dicen que “la salud no pertenece al orden de los cálculos, no es el resultado de tablas comparativas, leyes o promedios estadísticos y, por lo tanto, no pertenece al ámbito de los iniciados. Es, por el contrario, un concepto que puede estar al alcance de todos, que puede ser enunciado por cualquier ser humano vivo” (Caponi, 1997: 289), haciéndose urgente otras formas de acercarse y tomar en cuenta la complejidad y diversidad de comprensiones que se tienen en torno a la salud, con la finalidad de dar respuestas efectivas y contextualizadas a quienes padecen y sufren.

Caponi (1997) también enfatiza que “la aceptación de determinado concepto implica mucho más que un enunciado, implica el direccionamiento de ciertas intervenciones efectivas sobre el cuerpo y la vida de los sujetos, implica la redefinición de ese espacio donde se ejerce el control administrativo de la salud de los individuos” (Caponi, 1997: 291).

³ En este contexto, el desarrollo se entiende como un proceso social cuantitativo, homogéneo, global, irreversible y deseable, al que están sometidos todos los grupos humanos y cuyo mejor ejemplo son los países industrializados, cuyo modelo debe regir para los demás países del mundo (Gómez, 2003: 4).

En este punto, es necesario evidenciar los vínculos que existen entre sociedad y salud:

Por un lado, existen condiciones de vida impuestas, convivencia en un medio con determinadas características que no son ni podrían ser escogidas: alimentación deficiente, analfabetismo o escolaridad precaria, distribución perversa de la riqueza, condiciones de trabajo desfavorables, etc. Todas estas características, sumadas a las diferencias existentes en relación a las condiciones de saneamiento básico, constituyen ese conjunto de elementos que precisa ser considerado a la hora de programar políticas públicas e intervenciones tendientes a crear estrategias de transformación de las desigualdades que se definen como causas predisponentes para diversas enfermedades (Caponi, 1997: 293).

La complejidad que envuelve al tema de salud nos lleva a reflexionar sobre la realidad en que se desarrolla, siendo necesario analizarla desde sus aspectos más subjetivos hasta la más estructurada práctica médica, y desde la posición de quien se considera enfermo hasta la posición del médico o *yachac*, para poder, de esta manera, comprender la manera en la que se aplican sus conocimientos o sabiduría para el cuerpo y el alma de quienes los buscan. Ver Anexo 1.

Sistemas médicos

Biomedicina

El sistema biomédico es producto de una construcción ilustrada que separó el cuerpo y la mente “concibiéndolos como entidades autónomas, desvinculando de este modo lo fisiológico de lo psicológico (...) y que considera a la enfermedad como algo ajeno a la cultura, como algo real y objetivo, pero nunca como una construcción portadora de significación” (Ricco, 2010: 1), lo que lo ha llevado a concebir la vida desde un punto meramente biológico, que toma en cuenta signos y síntomas que se clasifican y que terminan en la elaboración de una receta portadora de la cura.

Medicina ancestral⁴

En el ámbito de la medicina ancestral, los conocimientos se dan a través de la transmisión oral, siendo la etapa de aprendizaje aquel tiempo de convivencia entre ambos, en donde el reconocimiento del aprendiz como prestador ancestral de salud es dado por el *yachac*, partera o hierbatero, cuya legitimización hace que dicho reconocimiento se extienda a toda la comunidad (Vega, 2007: 425).

En la concepción tradicional, la enfermedad es de carácter psicossomático, moral, religioso, social y cultural; en este ámbito, la frontera entre lo natural y lo sobre natural

⁴ Llamada también tradicional

es permeable. Por ejemplo, en la concepción andina, la vida está afectada por *fuerzas o synchy* que la atraviesan, estas fuerzas son de carácter mágico, orgánico y físico (Ruiz Saona, 2006: 54) e influyen en la salud de manera decisiva, pero que no pueden ser explicadas desde la lógica de lo racional.

El proceso de salud y enfermedad no se encuentra en lo individual, ni la enfermedad significa somatización, sino que se encuentra inscrito en lo socio-cultural y está fuertemente influido y relacionado con factores del medio ecológico (Sánchez Parga, 1997: 197). La salud es el estado de bienestar en equilibrio del individuo con él y con su entorno, la buena salud para los Kichwas implica tener buenas relaciones con la comunidad (Ruiz Saona, 2006:51). Una de nuestras entrevistadas explica,

Para los indígenas, la comunidad es considerada un todo, y la pujanza de esas comunidad es el resultado de todas las buenas vibraciones digamos, de todos; pero cuando una familia o un miembro de esa comunidad estaba enfermo o tenía necesidades, la pujanza de esa comunidad disminuía, entonces ahí entendíamos nosotros porqué cuando teníamos un indígena, o dos o tres hospitalizados en Otavalo, teníamos a toda la comunidad en el hospital, porque todos iban a buscarle, a darle ánimo para que toda la comunidad reviva. Entonces decían que cuando las necesidades de la comunidad, de un miembro de la comunidad, son afectivas, espirituales, hacen las procesiones, romerías esas cosas; pero cuando las necesidades son físicas, ellos tienen la minga, por ejemplo, ellos, si necesitan hacer el tejado de una casa, hacen una minga y le paran la casa, las mingas para los ríos de agua. Eso no entendemos en los hospitales, en realidad en el hospital de Otavalo nos molestaba de que iba tanto indígena a visitar a un indígena ahí, y no les importaba las condiciones ni nada del indígena interno; todos estaban ahí, pero claro, ya cuando a uno le indican el porqué de las cosas, ya puede encontrar muchas respuestas a las cosas que las veíamos antes sin ningún criterio, sin ninguna explicación (Entrevista a CTS12, 2013).

Por tal motivo, en el sistema de salud ancestral el nacimiento, la enfermedad, la cura y la muerte son parte de un ciclo vital, que involucra al grupo familiar y no se lo concibe como un hecho aislado (Ruiz Saona, 2006:193). Por lo tanto, en la sociedad andina la enfermedad es parte de la vida, el hombre nunca está completamente sano, no hay ruptura entre la vida y la muerte, entre la salud y la enfermedad, la noción de vida no se limita a lo orgánico, sino que involucra múltiples aspectos, como se puede apreciar en el término Kichwa *onkoiel* el cual implica enfermedad no solo para los seres humanos, sino también para las plantas y los animales.

Otros sistemas médicos

Para Susana Ramírez (2010) es importante visibilizar otras formas de entender la salud que no contemplen solo los sistemas biomédico y tradicional-generalmente relacionado con lo andino-, invisibilizando otras formas de acercamiento a la salud y enfermedad

propios de otros pueblos y regiones de la costa o Amazonía. Ramírez argumenta que es fundamental comprender, dentro de estos sistemas médicos, las relaciones que se establecen con la religión, ya que éstas han marcado la forma en que la gente se acerca a los diversos sistemas médicos o construye alternativas. En el caso ecuatoriano, la relación entre religión y salud es más fuerte en la religión evangélica.

Otro sistema de salud alternativo es la autosanación, parte importante de la complejidad que tiene la salud dentro de cualquier sistema.

Marco jurídico nacional

*“La lucha por la igualdad es también la lucha por el reconocimiento de la diferencia”
PNBV, 2009: 35*

Para comprender la dinámica que existe dentro del cantón Cotacachi en relación a la salud intercultural, es necesario hacer un breve acercamiento a lo que significa salud intercultural a nivel internacional y nacional, descifrar sus alcances, logros y limitantes.

La concepción de salud intercultural es trabajada por la Organización Panamericana de la Salud en el marco de la conmemoración de los 500 años del descubrimiento de América y es, a partir de ella, que los cuerpos normativos de los países latinoamericanos estructuran propuestas tendientes a integrar este enfoque en sus sistemas nacionales de salud (Ramírez, 2008).

En el Ecuador, esta idea se refuerza con los procesos reivindicativos de los pueblos indígenas ocurridos durante la década de los noventa, fomentando la discusión en la palestra pública de la temática sobre salud tradicional o ancestral (MSP, 2010). Es así que, ya en la Constitución, CRE, de 1998, se establece el respeto y promoción de la medicina tradicional y alternativa en el Art. 44, mientras que el numeral 13 especifica los derechos colectivos y responsabiliza al Estado de la garantía de:

[...] sus sistemas, conocimientos y prácticas de medicina tradicional, incluido 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 (CRE, 1998).

La inclusión del concepto de salud tradicional en la Constitución de 1998 genera la creación de la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas, DNSPI, durante 1999. El objetivo de esta dirección era:

[O]peracionalizar el mandato constitucional ya señalado, estableciendo no sólo disposiciones técnicas, estratégicas y políticas a fin de legalizar, legitimar y desarrollar las medicinas tradicionales indígenas, sino la de construir modelos interculturales de salud que, comprendiendo las particularidades étnicas de la demanda, humanicen y adecuen sus servicios y prestaciones, al tiempo que consideren las distintas modalidades de articulación de las culturas sanitarias existentes en el país (MSP, 2008c: 18).

Para el año 2002, en el contexto de modernización del sector salud, se expide la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, ley que establece lineamientos para la construcción de un Modelo Intercultural de Salud, en el que se reconoce: la pluralidad de saberes, la visión de la diversidad cultural, la promoción de la interrelación entre la

medicina tradicional y alternativa, el impulso para la realización de investigación a través de la Fundación de Ciencia y Tecnología, FUNDACYT, y la orientación de las prioridades nacionales hacia un enfoque pluricultural; sin embargo, el Modelo Intercultural de Salud no prevé las estrategias para alcanzar estos objetivos (MSP, 2010).

Con el cambio de Constitución en el 2008, el tema de la salud intercultural es abordado de manera más específica en el país; así, su Art. 32 expresa que "... el derecho a la salud se rige por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, y enfoque de género y generacional" (CRE, 2008)⁵, realizándose, de esta manera ya decir del MSP, avances constitucionales de suma importancia en el tema de salud intercultural; de acuerdo a este Ministerio, la incorporación de la interculturalidad y el posicionamiento de las medicinas tradicionales y alternativas logran, incluso, un fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud, SNS (MSP, 2008: 12).

Además, de acuerdo al Art. 57, numeral 12 de la Constitución ecuatoriana, el Estado está en el deber de proteger los saberes ancestrales, así como los ciudadanos en el derecho de promover y recuperar el conocimiento y prácticas de medicina tradicional dentro de los territorios.

[m]antener, proteger y desarrollar los conocimientos colectivos; sus ciencias, tecnologías y saberes ancestrales; los recursos genéticos que contienen la diversidad biológica y la agrobiodiversidad; sus medicinas y prácticas de medicina tradicional, con inclusión del derecho a recuperar, promover y proteger los lugares rituales y sagrados, así como plantas, animales, minerales y ecosistemas dentro de sus territorios; y el conocimiento de los recursos y propiedades de la fauna y la flora (CRE, 2008).

siendo, además, el responsable de garantizar "las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos" (CRE, 2008: Art. 363).

Esto se ha visto plasmado en el Plan Nacional de Desarrollo o Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013: *Construyendo un Estado Plurinacional e Intercultural*, reflejándose, así, el cambio de paradigma del desarrollo y el desafío que esto significa para la construcción de un Estado constitucional de derechos y justicia, plurinacional e

⁵Siendo esto reiterado en el Régimen del Buen Vivir, Sección Segunda: Salud, en el Art. 358: "El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional" (CRE, 2008).

intercultural. El PNBV menciona que “las posibilidades de vivir juntos en comunidad pasan primero por poder construir esa comunidad de todos y todas” (PNBV, 2009: 34), surgiendo, de ahí,

La necesidad de reconocer la diversidad como parte sustancial de la sociedad y como elemento que coadyuva al Buen Vivir a través del aprendizaje intercultural, la generación de sinergias y las posibilidades abiertas para nutrirnos de saberes, epistemologías, cosmovisiones y prácticas culturales distintas (PNBV, 2009: 35).

De esta manera, a la interculturalidad (así como al enfoque de género, generacional y territorial) se la ve como un eje transversal en este Plan, encontrándose, en el contexto de esta investigación, en el Objetivo 3: Mejorar la calidad de vida de la población. Y se incluye, como política, el reconocer, respetar y promover las prácticas de medicina ancestral y alternativa y el uso de sus conocimientos, medicamentos e instrumentos; incentivando la investigación sobre estas prácticas y conocimientos, facilitando la implementación progresiva de estas prácticas en los servicios de salud pública y privada, introduciendo contenidos que promuevan el conocimiento, la valorización y el respeto de los saberes y conocimientos ancestrales y alternativos en la malla curricular de los programas de formación profesional en salud, incorporando agentes tradicionales y ancestrales en el sistema general de salud, y generando y aplicando normativas de protección de los conocimientos y saberes ancestrales del acervo comunitario y popular (PNBV, 2009: 204).

Es importante mencionar que en el nuevo PNBV 2013-2017, la interculturalidad sigue estando presente; específicamente, el tema de salud intercultural se lo trata en el Objetivo 2: Mejorar la calidad de vida de la población, a través de la política 2.4: Fortalecer y consolidar la salud intercultural, incorporando la medicina ancestral y alternativa al Sistema Nacional de Salud, pero no se lo ha analizado a profundidad ya que fue presentado a la ciudadanía al momento en que esta investigación estaba culminando.

De esta manera, se puede observar que el Estado ecuatoriano aporta con un marco constitucional y legal que garantiza la promoción de las prácticas de medicina tradicional definidas en el Art. 259 de la Ley Orgánica de Salud como:

[...] [E]l conjunto de conocimientos y prácticas ancestrales de las nacionalidades, pueblos, comunidades indígenas, mestizas y afrodescendientes que a lo largo del tiempo han constituido un saber específico, mantenido y difundido en un contexto cultural, de interrelación de elementos naturales, éticos, espirituales, mentales, psicológicos y afectivos y que se explica y funciona en ese mismo universo cultural. Sus prácticas se corresponden con saberes, técnicas y procedimientos propios de su

cosmovisión y son ejercidas por sanadores de las medicinas tradicionales, reconocidos por sus comunidades y registrados por la autoridad sanitaria nacional.

La Ley Orgánica de Salud afirma que es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública “[e]stablecer políticas para desarrollar, promover y potenciar la práctica de la medicina tradicional, ancestral y alternativa; así como la investigación, para su buena práctica” (Art.6 - 26). El Art. 189 estipula que:

[l]os integrantes del Sistema Nacional de Salud respetarán y promoverán el desarrollo de las medicinas tradicionales, incorporarán el enfoque intercultural en las políticas, planes, programas, proyectos y modelos de atención de salud, e integrarán los conocimientos de las medicinas tradicionales y alternativas en los procesos de enseñanza – aprendizaje.

Es importante mencionar que, durante la última década, se han dado procesos de avance y retroceso en el tema de salud intercultural. Las diferentes leyes relacionadas con el tema reproductivo y de parto y posparto han tratado de integrar el enfoque intercultural en sus propuestas y ha estado conjugado con la imposición constitucional de proteger, fortalecer, y fomentar la medicina ancestral.

Con la creación de la Dirección Nacional de Interculturalidad, Derechos y Participación Social, en este último gobierno, se busca,

definir y asegurar la implementación de políticas, derechos interculturales de salud, planes, programas y demás herramientas que garanticen la articulación y complementariedad de los conocimientos, saberes y prácticas ancestrales y alternativas de salud en los diferentes niveles de gestión y atención integral, promoviendo y facilitando la participación social y el ejercicio de derechos (PNBV, borrador 2013-2017, 2013: 42),

implementándose, hasta el momento, unidades operativas con medicina alternativa y/o complementaria en 8 ciudades del país -Quito, Cuenca, Guaranda, Muisne, Eloy Alfaro, Lago Agrio, Morona y Gualaquiza- (íbid). Sin embargo, de acuerdo a una exfuncionaria del MSP, al desaparecer la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas y crearse la nueva Dirección Nacional de Interculturalidad, Derechos y Participación Social, se ha invisibilizado los derechos de los pueblos indígenas y la reducción de los alcances de la propuesta de 1999 con la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas, debido a que, en la práctica, ha significado la disminución del presupuesto y del personal relacionado a esta área

...primero había una autonomía y capacidad de participación social y coordinación interinstitucional con el movimiento social; actualmente no existe, porque simplemente la demanda de trabajo es mayor y es difícil cumplir con todos los

pueblos y nacionalidades en el Ecuador, porque no hay una solidez, es una disfunción operativa. Concretamente hay una ausencia de participación social, sobre todo esto ocasionado en el 2010, cuando recibimos una disposición a través de un circular de que no es posible ofrecer ni siquiera agua a los que son externos al Ministerio de Salud (Entrevista a GCS01, 2012).

En la actualidad, la temática de la salud en el país está delineada por el Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural, MAIS-FCI, el cual es “el conjunto de políticas, estrategias, lineamientos y herramientas que, al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud, para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad en el Ecuador, permitiendo la integralidad en los tres niveles de atención en la red de salud”(MSP, s/f: presentación) –Ver Anexo 2-; así, el MAIS-FCI se convierte en el marco para gestionar la salud a través del SNS.

Cabe decir que el MAIS-FCI, ha tomado en cuenta elementos de la Constitución de 2008. Este modelo plantea una profunda reestructuración institucional y el fortalecimiento de las unidades de salud a través de la infraestructura, equipamiento y capacitación de los recursos humanos con el propósito de “Orientar el accionar integrado de los actores del sistema nacional de salud hacia la garantía de los derechos en salud y el cumplimiento de las metas del Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir al mejorar las condiciones de vida y salud de la población ecuatoriana” (MSP, 2012: 53).

Es importante mencionar que también se hace referencia a la necesidad de “transformar el enfoque médico biológico, hacia un enfoque integral en salud centrado en el cuidado y recuperación de la salud individual, familiar, comunitaria como un derecho humano” (MSP, 2012: 53). Este modelo se orienta en tres enfoques: biopsicosocial, multidisciplinario e intercultural, en donde la interculturalidad:

implica fundamentalmente un posicionamiento ético y político de reconocimiento y respeto a la diversidad que permita una interacción horizontal y sinérgica, sustentada en el conocimiento, el diálogo y el irrestricto respeto a los derechos de las personas (MSP, 2012:40).

Este enfoque pretende establecer una relación de respeto y complementariedad entre culturas sanitarias diferentes, donde la biomedicina, la medicina ancestral y la medicina alternativa logren, en conjunto, “el bienestar del individuo, familia y comunidad respetando y considerando sus situaciones y condiciones diversas, a fin de que la provisión de servicios cumpla con criterios de pertinencia, coherencia y correspondencia” (MSP, 2012: 41), aunque cabe aclarar que en el ámbito legal nacional, estrictamente, se

considera que la sabiduría ancestral y la medicina occidental son ambos modelos aplicables y complementarios para la salud pública, pero no se habla de un diálogo sino, principalmente, de la integración de la sabiduría y medicina tradicional en el sistema de salud.

Espacios de acercamiento entre la ciencia y la sabiduría en la práctica

En la práctica, las formas de incluir y valorizar las prácticas de medicina ancestral no son comunes en el sistema de salud público. Eso se refleja, por ejemplo, en el hecho de que los médicos reciben una formación occidental en las universidades, aunque, según la Constitución, todas las carreras de educación superior deberían incluir el tema de sabidurías.

Cachiguango sostiene que la medicina de los Andes “no se aprende con parámetros intelectuales académicos de la Universidad, sino con la vivencia consciente del pasado y presente de la cotidianidad” (Cachiguango, 2010: 65) y recalca que “ninguna medicina resuelve todos los problemas de la humanidad, todas son válidas, porque responden a distintas realidades culturales” (Cachiguango, 2010:66).

En el Ecuador se han identificado algunos casos de acercamientos entre ciencia y sabiduría en el campo de salud y medicina; son espacios, donde la sabiduría medicinal comunitaria es valorada e integrada, por ejemplo, en universidades, hospitales públicos y privados.

La carrera de obstetricia de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central es un buen ejemplo de estos esfuerzos, aquí la interculturalidad se incorporó al pensum de estudios a través de la cátedra de Desarrollo Comunitario, hace aproximadamente 8 años, en colaboración con el centro de salud Jambi Huasi en Otavalo.

Entramos a un convenio con Jambi Huasi y el Jambi Huasi nos facilitó todo un censo de 56 comadronas de la cuenca del lago San Pablo, y se hizo unos módulos de capacitación que le llamamos nosotros “Un Parto Limpio”, porque ponernos a pelear, disputar espacios para enseñar a las comadronas sería absurdo, lo que nuestro objetivo era que esos partos puedan seguir siendo atendidos por las comadronas, pero en mejores condiciones.

(...) Ya en lo posterior, en el internado rotativo en el ciclo comunitario hemos tratado de ver que las internas, el ciclo comunitario hagan en áreas, preferentemente, en las provincias y tratamos de que hagan en comunidades en los servicios de salud, en comunidades en donde se hace parto vertical; entonces tenemos en Ibarra, en Cotacachi, aquí en Quito, tenemos el Jambi Huasi en Otavalo, en Riobamba tenemos el de Guamote y en Ambato tenemos Pillaro y Pelileo. Entonces, las alumnas en el

internado ya salen capacitadas para atender el parto vertical (Entrevista a CST12, 2013).

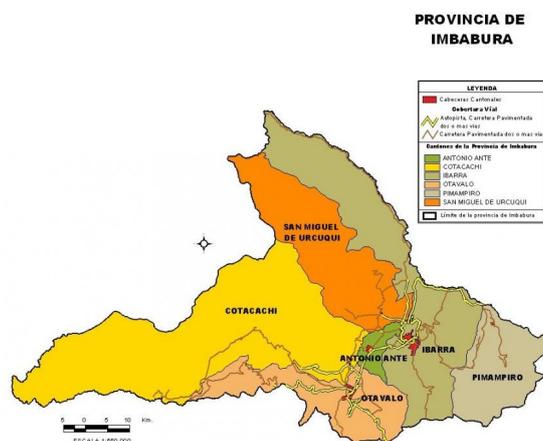
En este aspecto, resulta importante aclarar que, si bien es verdad que en ciertas universidades se está incluyendo el tema de salud intercultural, esto se realiza de manera muy puntual solo en algunas de las carreras médicas y en ámbitos específicos; en ciertos casos, de manera tal que no se genera una convivencia real y constante entre los estudiantes, profesores y las diversas maneras de entender y vivir la salud.

Asimismo, existen otros casos ya en hospitales públicos, como el del Hospital de Cotacachi, estudio en el que se ha basado esta investigación y del cual se hablará a continuación; convirtiéndose en claros ejemplos, aunque aún aislados, de los avances que se han logrado en el tema de salud intercultural y de los desafíos que todavía se enfrentan en estos ámbitos para poder hablar de un acercamiento real entre ciencia y sabiduría en el país. Por otro lado, al fundamentarnos en nuestra normativa jurídica, estos casos aún son mínimos frente al gran objetivo intercultural que la Constitución Ecuatoriana y su Plan del Buen Vivir exigen.

Estudio de caso: Salud Intercultural en Cotacachi

Cotacachi, reconociendo su espacio geográfico, contexto sociocultural y formas de organización

Mapa de ubicación del cantón Cotacachi



Fuente: Imbabura-Ecuador

Cotacachi, localizado en la provincia de Imbabura, es un cantón multiétnico compuesto de kichwas, negros y mestizos distribuidos en 8 parroquias (García Moreno, Peñaherrera, Vacas Galindo, 6 de Julio de Cuellaje, Apuela, Plaza Guitierrez, Quiroga, Imantag y Cotacachi) en una extensión de 1.725 kilómetros cuadrados, existiendo mayor densidad poblacional en la zona rural. En general, los mestizos se encuentran en la zona urbana, los kichwas en la zona andina⁶ y, en la zona subtropical (conocida como Íntag), prevalecen los negros, aunque también viven algunos mestizos y kichwas (Tituaña, 2007: 353).

De acuerdo con el último Censo de Población y Vivienda, el cantón posee 40.036 habitantes, representando actualmente el 10% del total de la población de la provincia de Imbabura; de ellos, el 40,55% se consideran indígenas, el 2,75% afroecuatorianos, el 53,53% mestizos y el 2,46% blancos (INEC: 2010).

El cantón Cotacachi posee un 18,69% de analfabetismo y solo el 22,68% de su población ha terminado la secundaria. Por otra parte, la pobreza por necesidades básicas insatisfechas en el cantón es del 72,8%, existiendo una amplia diferencia entre la zona urbana y la rural, con 25,2% y 86,2% respectivamente (íbid).

⁶ en las laderas occidentales del Nevado Cotacachi, dentro de la parroquia del Sagrario, San Francisco, Imantag y Quiroga (Universidad Politécnica Salesiana, s/f).

En el tema de acceso a servicios básicos, los servicios de saneamiento llegan solo al 31,2% de la población, con un déficit de servicios residenciales básicos del 67,5%. La esperanza de vida de la población de Cotacachi es de 75,7 años para los hombres y de 80,3 para las mujeres siendo, una de las principales causas de muerte en el cantón, los problemas cardio-cerebrales y los respiratorios (íbid).

En el tema organizativo, la principal organización de segundo orden del cantón es la Unión de Organizaciones Campesinas Indígenas de Cotacachi, UNORCAC, -fundada y reconocida en 1980- la cual busca “la participación más amplia y consciente de los campesinos e indígenas en la construcción de una sociedad más justa y equitativa tanto para varones como para mujeres”, y tiene, entre sus objetivos específicos, el luchar por la defensa y revitalización de los valores de las culturas indígena y mestiza (UNORCAC: s/f); forman parte de ella cuarenta y un comunidades y varias organizaciones de base campesinas, indígenas y mestizas.

La UNORCAC accede al poder político municipal del Cantón, desarrollando e implementando, en el año 1990, programas y proyectos relacionados con actividades de salud con énfasis en la medicina tradicional (Universidad Politécnica Salesiana, s/f). La UNORCAC comienza su participación pública para solicitar a la municipalidad la entrega de recursos para las comunidades y sus obras; a la par, se exige el reconocimiento por parte del Estado de los saberes indígenas y las exigencias que desde ellos se solicitaban. El primer movimiento que realiza esta organización de segundo orden es un plan estratégico que se basa en 5 ejes: fortalecimiento organizativo, aguas, tierras y biodiversidad, producción agropecuaria y otras alternativas productivas, salud intercultural y, por último, identidad, justicia, educación y gestión del conocimiento.

En el eje de fortalecimiento organizativo se busca “un trabajo más cercano desde la UNORCAC con sus comunidades y los grupos organizados” (Entrevista a S03, 2013). En el segundo, relacionado a los recursos naturales, los esfuerzos están destinados a “generar un ambiente de armonía entre el ser humano y la naturaleza, tenemos unas parcelitas agroecológicas integrales, trabajamos en el tema del aprovechamiento y uso racional del agua, tenemos proyectitos de mejoramiento de la infraestructura y todo el sistema de agua de lluvia, los tanques que captan agua de lluvia” (Entrevista a S03, 2013). El tercer componente es el de desarrollo económico, en el que se trabaja en actividades productivas de las comunidades, dentro del que se consideran a la agricultura, el turismo, la apicultura, la transformación de productos nativos, las plantas medicinales, bordados, comidas tradicionales; todas las actividades enfocadas una relación sustentable con el

medio ambiente. Y, el cuarto y quinto eje, corresponden al desarrollo social, en donde se busca el fortalecimiento de los talentos humanos comunitarios, “por ejemplo el programa de mujeres, el programa de salud, el programa de jóvenes, de niñez, también está el programa deportivo, un poco lo que se hace es el tema de mediación comunitaria” (Entrevista a S03, 2013).

Cotacachi, interculturalidad y medicina ancestral

Antecedentes en el país

El enfoque que considera el Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural hace necesario comprender qué es interculturalidad y medicina tradicional dentro de las instituciones públicas y comunitarias del país. El Modelo diseñado por el MSP está en concordancia con la esencia misma de lo que se comprende como interculturalidad, sin embargo su puesta en práctica entra en conflicto. Una institucionalidad construida desde el poder hegemónico de la ciencia occidental (biomedicina) con los procesos y formas de relacionarse desde el saber local sobre salud aún no pueden comprenderse como complementarios o alternativos.

Desde el movimiento indígena, la interculturalidad en salud, sin una comprensión desde los derechos e igualdad, solo invisibiliza la diversidad o se convierte en un instrumento que justifica, pero no transforma. Al respecto, se menciona que “la comprensión de nuestras autoridades es limitada y miope, en relación a los derechos [porque] si bien se puede decir que han habido avances con respecto a la salud de los pueblos indígenas; ¿qué se puede decir del pueblo montubio o afroecuatoriano?, [mientras que el] modelo biomédico que ha imperado más de 40 años, no da cabida a ese conocimiento del otro” (Entrevista a S01, 2012).

Sobre este mismo tema, desde la academia se menciona que las estructuras sociales patriarcales, así como un modelo hegemónico de hacer ciencia impide advertir que existen otras formas de comprender la salud, y de que este mismo modelo se ha nutrido, de manera constante, de la sabiduría de las poblaciones locales, pero sin reconocerlas ni valorarlas, porque sus procesos no pueden ser cuantificados ni controlados, como lo exige un modelo estrictamente científico (Entrevista a THS02, 2013).

La posición de los dos actores involucrados en este diálogo intercultural, es decir tanto del personal médico científico como de las mujeres y hombres de sabiduría de la medicina tradicional, concuerda en las limitaciones que existen dentro del modelo

intercultural que se busca instaurar en el sistema de salud nacional. Se observa aún una falta de valoración del otro como igual, lo que deviene en disputas que no logran concentrar de forma efectiva un sistema médico intercultural que satisfaga a los pacientes y demás involucrados.

Uno de los principales reclamos que se hace desde los actores de medicina ancestral es la falta de respeto por sus creencias. Vale la pena enfatizar que, a pesar de que se considera que estas situaciones persisten, también se reconocen grandes avances en el campo de la salud, diferenciando el trato que la medicina tradicional recibía en el pasado, a la cual, incluso, se la tildaba de brujería. Una partera afirma:

[P]or eso nosotras hemos seguido a pesar de que siempre ha habido discriminación en el Hospital... pero últimamente, del año pasado acá hemos tenido un poquito más de aceptación, por ejemplo, en el Hospital cuando había un parto sólo podía entrar la parturienta, no los familiares, peor la partera [pero ahora] si quieren entrar con la partera le dejan entrar a la partera o sino con el esposo, ¡este es el campo que hemos ganado! (Entrevista a S06, 2013).

El espacio al que se refiere esta partera es justamente el involucramiento en Cotacachi de la medicina tradicional con la medicina científica dentro del Hospital Público de Cotacachi, práctica que ha sido solo ejecutada en el parto y no alcanza aún un eje que atraviese a todas las especialidades del hospital.

Por otra parte, la medicina ancestrales considerada un “legado histórico de pueblos originarios, que es transmitido de generación en generación y que se ha logrado mantener hasta la actualidad”; además, “existe una relación entre medicina ancestral y territorio, porque ese conocimiento es parte de él y está vivo” por eso la diferencia con lo que se entiende como *lo tradicional* relacionado con la aplicación del conocimiento sin necesidad de la relación con los ancestros o el territorio (Entrevista a S01, 2012).

Para ellos, la medicina ancestral es:

[u]n sistema tan complejo como el sistema biomédico, (...)con su cosmovisión propia;a veces, es incomprendido por los académicos porque la medicina ancestral en realidad es una práctica de saberes que incluye lo espiritual, la relación con las deidades, la relación con los recursos naturales y consagra sobretodo los elementos sagrados: la tierra, el agua, el fuego y el aire. Para la medicina ancestral lo primero son sus recursos, el otro como vivo y después esta el hombre; es decir, primero la naturaleza y después el hombre que no es igual en la biomedicina en la cual primero yo, segundo yo y tercero yo (Entrevista a S01, 2012).

En la medicina ancestral la

farmacología esta en el territorio, en las montañas, en las plantas, en la selva y no tienen porque ser alterados esos principios activos (...) para que surta efecto y

siempre la terapia que apliquen no va únicamente la planta sino también con su espíritu, con su rito, son su espacio sagrado (Entrevista a S01, 2012).

En cuanto a la relación entre medicina ancestral y Estado, se dice que no hay cumplimiento de lo que se ha establecido en la Constitución, esto se evidencia en la asignación de recursos y personal, además de que el trabajo del personal que hace medicina ancestral no está siendo reconocido monetariamente, porque no existen los mecanismos administrativos que lo permitan:

el ejercicio de los que realizan la medicina ancestral no está siendo reconocido monetariamente, ni en su equivalente que podría ser en becas o cualquier otra contribución a quienes están ayudando a salvar vidas, que son los hombres y mujeres de sabiduría, no hay esa retribución, salvo desde el mismo reconocimiento de su propio territorio, por exoneración de mingas o es reconocido su valor de sabidurías de diferentes maneras (Entrevista a S01, 2012).

Las implicancias de una falta de remuneración hacia los que ofrecen servicios de medicina tradicional dentro de las instancias del Ministerio de Salud van más allá de un valor netamente económico. La lógica comunitaria de la medicina tradicional se sustenta en la reciprocidad. De esa forma, cuando:

Ellos vinieron con la idea de integrarles a las parteras, a las voluntarias en el sistema de salud, pero no dijeron cómo es el sistema de pagos, nosotros le comentamos y le dijimos, cuando alguien va a la casa de la partera necesariamente paga en especie, lleva maíz, frejol, papas lo que tenga y la partera va a su casa y también se le paga de esa manera, entonces ellos pensaron que la forma voluntaria de trabajar podría ser igual en el hospital, cuando ellos dijeron van a ser voluntarias [nuestra duda fue que ellas] estando en su casa pueden hacer ese trabajo y pueden recibir un pago en especie, [pero en el Hospital no] (Entrevista a S03, 2013).

Es así, que un factor fundamental para incorporar una mirada intercultural a cualquier instancia es la necesidad de comprender y conocer a fondo todo lo que involucra el saber tradicional.

Otro de los temas conflictivos relacionados con el conocimiento y ejercicio de la medicina ancestral es el de la regulación, ya que desde el Estado existe la idea de normalizar, cuantificar y ejercer control, pero ¿cómo se puede calificar el conocimiento de una partera de 70 años, que ha ejercido su práctica toda la vida y que no sabe leer ni escribir?, ¿quién conoce para que califique?, ¿qué se controla? (Entrevista a S02, 2013).

Desde la Dirección Nacional de Interculturalidad la única forma de establecer mecanismos de regulación es desde el territorio, donde se realiza ese ejercicio, pero el Estado debe abrirse y reestructurarse incluyendo formas alternativas de instituciones, más relacionadas con los contextos en que se desenvuelven los pueblos ancestrales.

La propuesta en la que también se ha trabajado con actores de la medicina ancestral y que se está desarrollando actualmente es

un *proceso de legitimización cognitiva* donde se realiza un acompañamiento de sensibilización especialmente de la población joven para que se reconozca y valore la medicina ancestral, posteriormente con el uso de metodologías participativas se llega a una asamblea general donde incluyen en su agenda el reconocimiento, la valorización o la certificación del sanador o sanadora que tengan en la comunidad, acompañado de un acta que firman con responsabilidad el gobierno comunitario, indicando que tal persona... es el sanador y nosotros ponemos en el banco de datos la constatación de quienes (...) son consagrados en lo comunitario, este sería el aporte que estamos haciendo como Ministerio de Salud Pública (Entrevista a S01, 2012).

Es así que los factores imprescindibles para poder calificar de intercultural a cualquier práctica son: el respeto a los saberes locales y aquellos que los practican, conocimiento y comprensión de todo lo que involucra la existencia de una mujer u hombre de sabiduría, el entendimiento de las lógicas comunitarias, la regulación y determinación clara de cómo se llevaran los procesos dentro del Estado y con los actores involucrados, y la constante sensibilización para lograr un diálogo auténtico.

Adecuación intercultural de los servicios de salud

La adecuación intercultural es, para el MSP, la transversalización del enfoque intercultural en todo el sistema de salud, lo que comprendería la parte administrativa institucional, la sensibilización de los servidores de la salud, los procesos de formación y la infraestructura, con la finalidad de llegar con un servicio adecuado y pertinente culturalmente al usuario.

Pero, como lo menciona una ex funcionaria del MSP, “la construcción de un estado plurinacional es complicada”; sin embargo, considera que se comenzaría por un cambio de actitud de los servidores públicos sobre las ideas que de los *otroculturalmente diferentes* tienen y, de manera particular, en el tema de igualdad de derechos, esta actitud debería verse reflejada en la provisión de servicios, en donde los temas del idioma, la comprensión de costumbres y tradiciones de los diferentes pueblos y nacionalidades son importantes al momento de ofrecer un servicio de calidad y calidez.

...no se puede tratar médicamente igual a un kichwa que a un shuar, ni a un shuar y que a un waorani, o a un mestizo igual que a un kichwa. Por lo tanto, el profesional de salud tiene que tener mucho reto (...) de acuerdo al territorio que le este asignado (Entrevista a S01, 2012).

Se menciona, además, que en términos generales el acceso a la salud “está limitado no solo para los pueblos culturalmente diferentes, sino para todos los pueblos, en la misma biomedicina” y que en la práctica cotidiana espacios culturalmente adecuados o un servicio culturalmente adecuado no existe; a pesar que desde el Estado se ha visto la intención de hacerlo, solo se ha logrado trabajar en el tema del parto, pero la salud es algo más integral, que va desde la prevención y topa elementos como la nutrición, la vacunación etc.; el camino recién inicia y la necesidades son muchas:

... hay mucho que trabajar, es decir que el modelo MAIS baja al territorio con la misma división que existe en oficina, lo mínimo que se ha hecho es en el tema parto con objetivo de reducir la muerte materna, pero no hay otros objetivos como la desnutrición. Hay mucho que hacer y falta gente, pero desde el nivel local, más que equipos o materiales o recursos, yo creo que lo necesario es voluntad de la gente a trabajar sobre todo para el enfoque de lo culturalmente adecuado, sólo falta voluntad, calor de hogar, familia, contacto con la tierra, que no se puede dar en el prototipo occidental de servicios (Entrevista a S01, 2012).

Parto Culturalmente Adecuado en el Ecuador

El Parto Culturalmente Adecuado busca combinar saberes tradicionales con conocimientos científicos, siendo fundamental comprender la magnitud que el parto tiene dentro de las concepciones tradicionales en el país.

En la cultura ecuatoriana y en sus saberes ancestrales, la maternidad es un evento de gran importancia, debido a lo cual, existe una infinidad de costumbres, rituales y conocimientos alrededor del nacimiento de un nuevo niño. El embarazo dentro del sistema de salud tradicional no se limita tan solo al parto. Este sistema se involucra con la mujer, su familia, el embarazo en sí, su situación emocional, el parto y el crecimiento del niño; actividad que se realiza por las parteras o comadronas. Por tal motivo y como nos comparte una partera es fundamental conocer holísticamente la situación de la mujer:

Desde el control nosotros siempre preguntamos ¿cómo se siente?, hacemos el control como hemos aprendido, nosotros somos como médicos, averiguamos cómo esta con la familia, la relación del marido con el embarazo, cómo está el contacto. También si el marido tiene buena voluntad, ¿si la embarazada necesita algo lo recibe?, le hacemos muchas preguntas y le damos consejos... llamamos y hablamos también con él, le explicamos que debe ayudar, le hacemos preguntas y le damos consejos, también ayudamos si el bebé está atravesado, le hacemos al marido ayudarnos, le explicamos que él también debe ser responsable porque después de que nosotros acomodamos al bebé, él se debe encargar de cuidar a la mujer, no hacerle trabajar mucho ... porque ellos deben saber y ayudarme a mí y a su mujer, sólo en ese caso puedo yo atender a la embarazada caso contrario deben hacer cesaria. ... aconseja[mos] que tienen que comer, le recomendamos jugos y otras cosas cuando no tienen suficiente agua, y le dejamos al marido o a la familia la atención de la embarazada ... (Entrevista a S03, 2013).

De esta forma, las parteras o comadronas, que son principalmente mujeres, se encargan del cuidado y protección a la madre y su hijo durante todas las etapas de desarrollo del embarazo y sus complicaciones; sus conocimientos nacen del aspecto cultural y social en el que ellas habitan. Al igual que los hombres y mujeres de sabiduría, el proceso de la labor de la partera encierra un conjunto de símbolos, ritos, creencias y prácticas que se entrelazan con la naturaleza, a partir de un todo se comprende al entorno. Además, las parteras tradicionales “[...]constituyen agentes comunitarios de esencial importancia para la organización social, poseedoras de conocimientos relativos a la salud reproductiva, cuya especialización médica se asocia a los cuidados femeninos durante la maternidad, el parto y el puerperio” (Araya, 2011: 13).

La transmisión de la sabiduría de una partera se pasa de generación a generación, las mujeres empiezan desde muy jóvenes y son adoctrinadas por las abuelas, madre o tías, junto a las cuales asisten diferentes partos para empaparse del conocimiento; la misión de una partera sólo puede ser aprendida mediante la práctica. Por ejemplo, una partera de Tunibamba nos comparte su experiencia:

A mí, me enseñó una partera mayor que hubo en mi comunidad.... Con mis primeros dos hijos di a luz con la partera, y ella decía yo ya estoy vieja, ustedes tienen que aprender, porque después cuando yo me muera quién les va a ayudar. Entonces ella me fue enseñando, cuando estaba acostada me cogía la mano y me sabía explicar cómo debía hacer y que no debía hacer para tocar al bebé (Entrevista a S06, 2013).

Esta es otra forma posible de aprender. También es posible adquirir estos conocimientos al asistir a alguna partera tradicional o en su defecto mediante dar a luz por cuenta propia. Las parteras consideran que esta labor no puede ser realizada por cualquiera, debe poseer vocación y reunir algunas cualidades valoradas en la comunidad (Gonzales y Corral, 2010).

La tarea que cumplen las parteras encierra un equilibrio con el respeto a la tierra y la naturaleza, la práctica de rituales, normas, representaciones y el uso de plantas medicinales y elementos naturales para protección de la madre y su hijo. Dentro de los conocimientos indígenas, el embarazo no es considerado una enfermedad, sino una fase especial por la que la mujer debe atravesar en su ciclo de vida. Las parteras buscan lograr un equilibrio en la mujer embarazada para poder hacer del parto una expresión más allá de lo biológico, entrelazando sus saberes en un parto adecuado y en relación con la vida y la Naturaleza (De Marco, 2002).

Las parteras asisten a la mujer principalmente en el embarazo y el parto. Durante el embarazo se encarga de la alimentación y de recetarle plantas medicinales que le ayuden a mantener una adecuada salud para el crecimiento de su hijo, además posicionan correctamente al bebé para que se efectuara un parto natural y sin complicaciones.

En el parto, la función de la partera es la de una guía, prepara el lugar del parto con diferentes elementos de abrigo y una variedad de plantas medicinales para la limpieza y proceso del parto, después de este, se encarga de examinar el cuerpo de la madre y el niño. Todo el proceso de nacimiento está cargado de mucho simbolismo y rituales, como por ejemplo el corte del cordón umbilical, el que depende de si es un niño o niña. El trabajo de la partera no culmina con el nacimiento del niño, ellas acostumbran a visitar a la madre para chequearla y atenderla junto al niño, se encarga de bañar con plantas medicinales a la madre y realizar el encadenamiento o fajado; también, se encargan de recetar ciertos alimentos para mejorar la leche materna y aconsejan sobre los primeros cuidados del bebé. Aparte de los roles que cumplen las parteras durante el embarazo y el parto, ellas son consideradas guías espirituales y líderes femeninas, ayudan en la orientación de la comunidad, sobre todo a mujeres con temas relacionados con salud sexual y reproductiva (Gonzales y Corral, 2010).

Todos estos factores que forman parte de la labor de las parteras se ven complementados por el reconocimiento comunitario que estas mujeres tienen. Las parteras dentro de sus comunidades son actoras fundamentales, su voz es escuchada como la representante política de cada localidad. Ellas direccionan y enfrentan desafíos para generar mejoras dentro de sus comunidades y el área de salud en la que se desarrollan. Este conjunto de factores hace que las parteras sean un foco imprescindible para generar mecanismos que logren una adecuada dinámica del Buen Vivir en las diferentes comunidades a las que pertenecen.

Este ámbito de la salud intercultural ha tenido un interesante desarrollo en el Ecuador, para el Ministerio de Salud Pública del Ecuador el Parto Culturalmente Adecuado es una estrategia que permitirá cumplir:

“[...] los objetivos del Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal y del Plan Nacional del Buen Vivir (PNBV), cuyas metas son: disminuir en un 35% la mortalidad materna y neonatal precoz, y aumentar al 70% la cobertura de parto institucional” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador y CARE, 2010:2).

Para lograr este fin, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador en su Guía Metodológica para la Atención de la Salud Materna Culturalmente Adecuada (2011), establece objetivos que buscan sensibilizar a los proveedores institucionales y comunitarios de salud para mejorar la calidad de la atención y superar las barreras culturales; garantizar la coordinación entre los procesos de atención de la medicina convencional, la medicina ancestral y la alternativa en el plano del respeto y apoyo mutuo hacia la complementariedad en la atención del embarazo, parto, posparto culturalmente adecuados; y, fomentar la participación social que promueva actitudes de respeto, diálogo y enriquecimiento cultural mutuo, entre la población usuaria, parteras, prestadores de servicios de salud, y otros actores sociales locales, en el marco de la pertinencia cultural de la atención del embarazo, parto y posparto.

Estos objetivos se deben enfocar a través de cuatro fases para la adecuación cultural y su implementación, se comienza con la selección del personal institucional y comunitario necesario para conformar un equipo técnico y tradicional adecuado para el embarazo, parto y post parto culturalmente adecuado; se continua con la debida organización de las capacitaciones; un tercer paso es sensibilizar al personal en análisis de la mortalidad materna y neonatal, interculturalidad y cosmovisión, atención desde los hombres y mujeres de sabiduría ancestral y la adecuada atención del post parto; y, se culmina con la gestión, monitoreo y seguimiento de la labor llevada a cabo en la temática (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2011).

Este ha sido el enfoque considerado dentro de la normativa y guías de procedimiento del Ministerio de Salud Pública, a pesar de ello “[...] la responsabilidad del Estado sobre lo que dice la Constitución no está cumpliendo, porque la Constitución también incluye la medicina ancestral y no se está haciendo realmente casi nada [...]” (Entrevista a S01, 2012), esto es visible en la falta de involucramiento del Ministerio de Salud en la preservación y promoción de los hombres y mujeres de sabiduría, quienes poco a poco han desapareciendo dentro del país y con ellos los saberes ancestrales, lo que causaría una gran pérdida del patrimonio cultural a la nación. Pero, además, es palpable la falta de capacitación constante que tiene el personal sanitario, lo que genera que el proceso se detenga con cada rotación interna. Al respecto, un funcionario médico informa:

En eso hemos demorado bastante tiempo. Cuando ya están sensibilizados, más que capacitados, en todo lo que es interculturalidad, viene el cambio. Y todo el trabajo queda en la nada... Es difícil sensibilizar al personal de salud, y que se den cuenta

que debemos respetar las creencias y la cultura de otras personas. Porque muchas personas son bien cerradas y no quieren dar paso al cambio, abrirse a este proceso que tiene que ir en todo el Ecuador (Entrevista a S04, 2013).

PARTO EN LAS CIUDADES

Nuestro acercamiento a las pacientes que han elegido a un partero o partera dentro de la ciudad para dar a luz, nos ha dejado vislumbrar importantes datos sobre la relación que las mujeres buscan tener con sus embarazos.

Dentro de la ciudad la relación con los conocimientos tradicionales propios del país no es fuerte, lo que genera que los acercamientos a partos humanizados se relacionen directamente con la medicina alternativa. Medicina que recupera prácticas ancestrales que pueden tener alguna relación con las prácticas tradicionales locales, pero que, en su mayoría son el resultado de la recuperación de saberes extranjeros.

A pesar de ello, la opción de un parto humanizado aumenta el interés de los padres en conocer y recuperar conocimientos locales en la crianza de sus hijos, sobretudo en factores relacionados con la alimentación de sus bebés. Aseguran que este tipo de partos genera en las madres, padres y el bebé una relación estrecha; benefician la salud de la madre y el niño durante el embarazo y su crecimiento; dan más confianza a la madre con sus médicos; disminuyen los dolores durante el parto; aumenta la felicidad del bebé y su relación con el entorno y permiten disfrutar realmente de la experiencia que significa traer una nueva vida al mundo.

Adicional a ello, existe en el sector urbano, cada vez más, la percepción de que las cesáreas han venido aumentando en los hospitales, viéndose un porcentaje cada vez menor de partos naturales en las ciudades; lo cual está generando un espacio para otros saberes en el tema del parto.

Yo reconozco dos tipos de personajes en este campo obstétrico, dos tipos para tipologizar, si cabe, de servidores frente a la necesidad de una mujer en embarazo y parto.

La biomedicina hace creer que el más capacitado es el especialista; sin embargo, si sólo hace cesáreas ya no está capacitado (...) Y el otro, que es una persona que confía en la capacidad de la persona para decidir desde el principio; por lo tanto, de ganar en esos 9 meses la confianza en sí mismas, en voluntad, en capacidad y en estar sobre los propios pies y ser una *sacha warmi*, es decir, que nadie le va a venir a decir “ahora sí mijita venga le opero” (Entrevista a S05, 2013).

Las mujeres urbanas embarazadas y sus familiares que prefieren este tipo de parto, justifican la búsqueda de procedimientos alternativos debido principalmente a la inhumana relación que existe dentro de los hospitales convencionales con las mujeres embarazadas. Recalcan el maltrato del que son víctimas tanto en hospitales públicos como privados y cómo en estos estadios las prácticas de asepsia generan que la madre no pueda relacionarse instantáneamente con su bebé. También consideran que el parto dentro del sistema de salud convencional ha degenerado en una práctica netamente mercantil.

Fuente: entrevistas a mujeres urbanas atendidas por parteras y parteros urbanos

Elaboración: equipo investigador FLACSO

Salud intercultural en Cotacachi

Durante las diferentes visitas y recopilaciones bibliográficas ha sido posible observar que, entre los enfoques más importantes de salud intercultural en el cantón, se encuentra el rol de las parteras comunitarias. Se considera que en el Cantón existen alrededor de 127 parteras, de las cuales 28 han sido capacitadas y reconocidas por el Ministerio de Salud (IUSY, 2006). Durante el año 2008 al 2011 las parteras de Cotacachi han atendido 64 controles del primer trimestre de embarazo, 256 controles del segundo trimestre y del tercero 590; además, han asistido 198 partos, 438 controles de post parto y 207 controles a recién nacidos dentro de las instalaciones del Hospital Público de Cotacachi (Cruz Roja Ecuatoriana, 2011).

Así, el tema de salud intercultural ha sido y es tratado por diversas instancias en Cotacachi. El Municipio, el MSP y la UNORCAC acogen el tema y lo han posicionado en sus agendas, existiendo esfuerzos, aunque a veces cuestionados, para trabajar de manera conjunta. Sin embargo, si bien se han logrado avances importantes en el tema, existen grandes desafíos aun por cumplirse para que se generen espacios reales de acercamiento entre la ciencia y la sabiduría y un verdadero diálogo de saberes en el cantón.

El Municipio:

Con la elección del primer alcalde indígena en 1996, la forma de gestión en el cantón se enfocó en la construcción del Estado plurinacional y multiétnico⁷ desde lo local. Como su propio ideador, Auki Tituaña, explica, “este proyecto supone el impulso a una verdadera convivencia intercultural, que potencie la identidad cultural y la lengua. Los tres principios milenarios sobre los que se asienta este tipo de gobierno son: *ama killa*, *ama llulla*, *ama shua* (no ser perezoso, no ser mentiroso, no ser ladrón)” (Tituaña, 2007: 369), construyéndose, entre otras cosas, el Sistema Cantonal de Salud.

Este Sistema fue producto del trabajo de descentralización de la salud promovido desde el municipio y apoyado por la sociedad civil, el cual apuntalaba al cumplimiento del Derecho Universal a la Salud. El objetivo con el que fue creado era el “aportar significativamente al mejoramiento de la calidad de vida y bienestar de la población de Cotacachi, garantizando y haciendo efectivo el derecho a servicios universales de salud, con la participación de proveedores públicos, privados sin fines de lucro y de prestadores

⁷Constitución 1998

de la medicina tradicional” (íbid), promoviendo, además, estilos de vida saludable, en coordinación con otros sectores⁸.

El Ministerio de Salud Pública:

Acogiéndose a lo que dice la Constitución en torno a la interculturalidad, desde el año 2008 el Hospital Asdrúbal de la Torre de Cotacachise puso como finalidad el implementar un modelo de salud intercultural. Así, en el 2008 se realizaron varios convenios, especialmente con la Cruz Roja Ecuatoriana y cooperación internacional como de Médicos sin Fronteras y otras organizaciones de España.

Los objetivos iniciales de este modelo eran dos: 1) hacer una línea base para conocer la razón por la cual las mujeres indígenas no acuden al hospital para ser atendidas durante el parto y 2) entender las razones por las cuales el control prenatal era tan bajo en la zona; con las respuestas obtenidas y priorizando la reducción del porcentaje de mortalidad materna e infantil en el cantón, el hospital emprendió una serie de capacitaciones a varias parteras, quienes obtuvieron una certificación acreditada por el MSP, la cual les faculta a entrar al hospital como parteras, sin ser discriminadas, y a atender a pacientes en las comunidades (Entrevista JAS04, 2013).

Asimismo, se adecuó un espacio dentro del hospital para realizar el Parto Culturalmente Adecuado, el cual inició su funcionamiento en el 2009, pero la concurrencia durante los años siguientes fue muy baja; en mayo del 2011 se incorporó el sistema de referencia y contra-referencia, el cual ayuda, tanto a médicos como a parteras, a conocer el diagnóstico dado por el otro, logrando, así, que las pacientes puedan ser atendidas de mejor manera, tanto en el hospital como con las parteras en sus comunidades (íbid). El sistema de referencia y contra-referencia, explicado por uno de los empleados del hospital, consiste en:

[un] medio ... para que las pacientes vengan al hospital... Tenemos unas hojas en las cuales si una paciente necesita un tratamiento que no lo puede realizar el hospital, y necesita que se sea enviada a un hospital de mayor resolución se le envía con esa hoja. Igual, se creó un instrumento el cual las señoras que acuden donde las señoras parteras envían ese instrumento para que vengan acá, y nosotros le examinamos y nosotros les contra-referimos, esto quiere decir que si nosotros damos una

⁸Desde su concepción, el Sistema Cantonal de Salud debía funcionar a partir de la descentralización de la salud, con recursos transferidos por el gobierno central, así como con un porcentaje de recursos propios del municipio y con el apoyo de ONG, además del copago de los servicios de salud por parte de aquellos pacientes con capacidad de pago. La idea también era que aquellas personas sin capacidad de pago puedan hacer aportes en especies a través de un mercado comunitario con una moneda alternativa de creación de la misma comunidad, pudiendo “comprar” servicios de salud a través de esta moneda alternativa o con mano de obra para jardinería, reparaciones, etc. (Tituaña, 2007: 369).

contestación que es como una hoja de contrareferencia. Entonces, hemos visto que ha mejorado mucho más el acceso de las señoras, especialmente de la etnia indígena acá al hospital, ya que con esta hoja no tienen que coger turno. Con esta hoja acuden directamente con mi persona, o con la ginecóloga, o a veces con el pediatra, porque ha habido casos donde a veces las señoras parteras o los prestadores de salud ven que el niño está enfermo y le envían acá donde el pediatra. Así que se le da un trato privilegiado y se le atiende de mejor forma y con mayor rapidez. [Al igual nosotros referimos a las pacientes hacia las parteras de ser necesario] (Entrevista a JAS04, 2013).

Este mecanismo ha facilitado la relación entre parteras y médicos. Además, ha sido complementado por el MSP con la entrega de pequeñas casas en las comunidades, llamadas *kawsaywasi*, con la finalidad de asistir cerca de casa a las mujeres embarazadas.

En Julio de 2013, la OPS/OMS entregó el premio de “Buenas prácticas que integran la igualdad y equidad de género e interculturalidad en salud” al Hospital Asdrúbal de la Torre de Cotacachipor su iniciativa “Mejorar las condiciones de vida y fortalecer la identidad de la población Andina del cantón, a través del fortalecimiento del modelo de salud intercultural y las prácticas ancestrales.

La UNORCAC:

El tema de salud en el cantón responde a un eje transversal que considera los cuatro ejes de la UNORCAC antes detalladas. Es así que el proyecto de medicina tradicional considera la capacitación y preservación de saberes relacionados a los partos ancestrales. Actualmente, esta unión de organizaciones ha buscado la articulación del sistema de medicina tradicional con el occidental, con el objeto de salvaguardar y ampliar la cobertura de salud tradicional, lo que ha motivado, en conjunto con la Constitución de 2008, a incorporar las prácticas tradicionales de las comunidades indígenas del cantón.

Además, la medicina tradicional, al conjugar varios elementos, destaca su relación con la agricultura. Las parteras siembran y utilizan plantas y semillas de la región, las cuales usaban sus ancestros, para curar y mantener a pacientes y embarazadas. Para ellas, es una práctica cotidiana la relación de su vida diaria con los alimentos y plantas medicinales que cultivan en sus chacras y comparten con sus pacientes.

La UNORCAC, dentro de sus políticas de salud, capacita, preserva y dinamiza la práctica de medicina tradicional y el parto ancestral; este ha sido desarrollado a través de varios proyectos de cooperación y ha llegado a formar parte de las prácticas del hospital público con resultados parciales en su efectividad. Es así que, desde la dirigencia de la UNORCAC se impulsó un programa con el apoyo de Médicos sin Fronteras, con quien se seleccionó y capacitó a voluntarios para coordinar y colaborar dentro del Hospital del

cantón Cotacachi, en el que han sido reconocidos por la Dirección Nacional de Salud Indígena (Universidad Politécnica Salesiana, s/f).

Adicional a los *KawsayHuasi*, mencionados anteriormente, se ha desarrollado el centro *Jambi Mascaric* en el que se relacionan todos los componentes de la cosmovisión indígena y está al servicio de la población en general. Estos espacios son fuentes de desarrollo para la atención desde la medicina natural y se han potencializado como lugares de conservación de sus ritos y tradiciones, a pesar de la adversidad que ha significado, para ellas, formar parte del sistema público de salud.

VISITA A UNA PARTERA EN COTACACHI:

Descripción de las instalaciones

Durante la visita se observó la instalación entregada por el Ministerio de Salud y en la cual la partera había adecuado un espacio para la realización del control y alumbramiento (*kawsaywasi*), según sus conocimientos ancestrales. El espacio contaba con una cama, chimenea, cocina, espacio para la familia de la embarazada y muebles que permitían la ubicación de un pequeño altar. Este espacio contaba con imágenes católicas. Además, se podía observar los diferentes elementos como agua, fuego, tierra y aire; diferentes materiales utilizados en esta instalación y algunos preparados con plantas medicinales.

En relación a la agricultura tradicional, en el recorrido realizado en el patio de la casa, se pudo observar una chacra tradicional con plantas medicinales, especies para el autoconsumo y frutales; la partera explicó que se siembran y utilizan plantas y semillas de la región utilizadas por sus ancestros y que, en el caso de ser necesario, esas plantas son compartidas con sus pacientes para que ellas mismas las cultiven en sus casas. El conocimiento que la partera detentaba en relación a las propiedades nutricionales y medicinales de las plantas de su chacra fue muy elevado y acertado según la necesidad de su paciente.

Percepciones acerca de la salud intercultural en el cantón

Adicional a los elementos materiales existentes en el sitio y los elementos simbólicos, la partera nos explicó que, en la actualidad, se necesitan también elementos políticos –reconocimiento, relaciones de poder con el gobierno y organizativos– para que la práctica del parto se realice de forma adecuada. Se habló también con otras parteras de la misma comunidad, quienes explicaron que el simple hecho de que ahora ellas

sean, por lo menos en parte, ya reconocidas y aceptadas en el hospital, representa un gran logro frente a la realidad que existía en años pasados, pero que aún no es suficiente. Comentaron la lucha que ha significado el ingreso de las parteras al hospital y la discriminación concebida dentro de los parámetros en los cuales las parteras no tienen el mismo rango que un doctor, ni el mismo respeto. Se habló cómo, desde diferentes instancias del gobierno local, las parteras han sido utilizadas tan solo para mostrar una imagen intercultural con fines políticos, pero que en la práctica no son reales, y se hizo hincapié en que las prácticas dentro del hospital distaban mucho de lo que realmente significa la salud intercultural para ellas.

Sin embargo, otra partera mencionó también que ella tiene la percepción de que las relaciones con el hospital son buenas y que existe aceptación y respeto hacia su trabajo, testimonio que entra en contradicción con la percepción de las parteras que habíamos escuchado hasta el momento, pero que no deja de ser importante.

Fuente: entrevistas varias a parteras de Cotacachi y observación participante
Elaboración: equipo investigador FLACSO

Articulación del Municipio, Ministerio de Salud Pública (a través del Hospital de Cotacachi) y UNORCAC:

En lo que respecta al Municipio y el tema de salud intercultural, diversos actores explican que este gran sueño, desde el municipio, nunca logró concretarse.

En la práctica nunca coincidimos, nisiquiera en las reuniones del sector intersectorial; no se veía la realidad de las parteras, se las dejaba fuera. Se dijo que la salud en Cotacachi era intercultural, pero eso es verdad solo en papel. La idea era articular, pero ahora cada uno hace lo que sabe a su manera, porque articulación verdadera no hay; a la final nunca se coincidió.(...) En lo público, el hospital ahora es el que está liderando porque desde el municipio muy poco se trabaja ya en el tema (Entrevista a S03, 2013).

Por otro lado, en lo que se refiere a la articulación entre parteras y el hospital público, es importante señalar que, si bien existen espacios en los cuales las parteras pueden operar con tranquilidad dentro de los preceptos de sus saberes y creencias (en sus comunidades), ellas también colaboran dentro del Hospital Público.

Su colaboración se basa principalmente en la ayuda a sus pacientes y embarazadas, quienes solicitan la presencia de sus parteras durante su estadía en el hospital. Las parteras consideran que el Parto Culturalmente Adecuada dista mucho de lo que en la cosmovisión andina se comprende por parto. A pesar de ello, reconocen la importancia del conocimiento científico, sobre todo en lo relacionado a la atención de madres con

embarazos riesgosos. Por este motivo, es una preocupación constante de las parteras su capacitación en primeros auxilios para salvaguardar las vidas de las madres en riesgo hasta llegar al hospital.

Por su parte el personal médico también reconoce la importancia de los conocimientos tradicionales. Se destaca que la posición que este tipo de sistema utiliza en el parto disminuye los desgarros en las madres,

verticalmente o de cuclillas, ese diámetro se expande en unos pocos centímetros más. Duran menos tiempo y son menos traumáticos. No se separa a la mamá del bebé. Cuando entran las señoras parteras, aparte de dar las agüitas, hablan [también]... le hablan al niño, le dicen no serás mal criado, no hablaras malas palabras y hacen como que le cosen la boca(Entrevista a S04, 2013).

Entre otros aspectos que el personal médico destaca del parto tradicional encontramos: confianza de la madre, comodidad, disminución del sangrado y una recuperación más rápida y efectiva.

Esta relación entre el personal sanitario y las parteras son los puntos fuertes y positivos de esta idea de salud intercultural. Lamentablemente, no todo ha sido un logro positivo, aún existe muchas quejas desde las parteras y las pacientes que prefieren este tipo de atención. Deficiencias que son reconocidas también por el personal sanitario.

Entre las principales limitantes que se han encontrado se destacan varios factores. Por una parte, está la concepción de que los saberes tradicionales no son equivalentes a los conocimientos científicos de los médicos; aunque se reconoce su importancia, aún se consideran inferiores.

La UNORCAC y las parteras consideran que el este aspecto intercultural en el cantón ha sido tomado, principalmente, como una promoción de imagen desde lo estatal, lo que genera que el proceso se estanque y no pueda evolucionar y lograr verdaderos avances. Otra limitante de gran importancia es la falta de respeto hacia las parteras, lo que ha generado episodios de discriminación dentro de las instalaciones del hospital, a pesar de estas ya ser reconocidas dentro del sistema tradicional, incluso con certificaciones avaladas por el propio MSP.

Las funciones que las parteras tradicionales cumplen dentro del Sistema Nacional de Salud Pública del Ecuador, y en este caso en las instalaciones del Hospital Asdrúbal de la Torre, son: realizar visitas a la mujer embarazada en su domicilio, aconsejar sobre las visitas periódicas en el Centro de Salud y atender en instalaciones limpias y esterilizadas

en conjunto con sus saberes ancestrales un parto culturalmente adecuado (Gavilanes, 2007).

A pesar de que las parteras han sido reconocidas como médicos ancestrales dentro del Ministerio de Salud, ellas no reciben remuneración por la labor realizada. Esto significa que su trabajo no es reconocido en totalidad y dificulta la prestación de sus servicios debido, en parte, a la discriminación que sufren al realizar sus ritos ancestrales dentro de instalaciones esterilizadas (FENOCIN, s/f).

Este ha sido el camino que hasta el día de hoy ha recorrido la interculturalidad dentro de los aspectos del parto en Cotacachi, conjugando saberes locales y conocimientos científicos. Las limitantes existentes pueden ser eliminadas solamente con la participación responsable de todos los actores involucrados y con la comprensión del otro como igual, para lograr generar espacios que respondan al diálogo entre ciencia y sabiduría.

Conclusiones salud intercultural

Los servicios interculturales, en este caso salud, cuentan con algunas experiencias palpables que permiten el análisis de los avances en torno a esta temática y la generación de reflexiones para seguir construyendo el Estado Plurinacional e Intercultural que deseamos. Cotacachi se posiciona, en este sentido, como un caso importante a ser estudiado en el país (mucho más después de haber ganado el concurso de la OPS el 4 de julio pasado por *buenas prácticas que integran la igualdad y la equidad de género e interculturalidad en salud* de entre 58 postulaciones de 13 países), por lo que, luego de la investigación respectiva, el equipo de investigación del Laboratorio de Interculturalidad de FLACSO, ha llegado a las siguientes conclusiones:

Esta investigación ha permitido el acercamiento a un sistema de salud que, en muchos casos, puede parecer lejano. La comprensión de lo que significa salud desde la cosmovisión indígena es compleja cuando se está habituado a la medicina occidental, siendo necesario entender que, fuera de nuestros propios esquemas mentales, existe un mundo valioso de saberes y prácticas.

La salud dentro de la concepción indígena abarca un todo. Dentro de esta cosmovisión, la salud es el equilibrio que conjuga la alimentación, la naturaleza, las emociones, las relaciones familiares, las relaciones comunitarias, los conocimientos y demás elementos que permiten el desarrollo armónico del ser humano. De esta forma, la atención que dan los hombres y mujeres de sabiduría abarca todos los planos de la vida del paciente.

El ver a la salud como un todo, es algo que podría ser recuperado por la medicina convencional que, en muchos casos, ha perdido la sensibilidad de comprender al paciente en su totalidad y lograr su recuperación no solo física sino también emocional.

Además, en estos espacios ha sido posible encontrar un empoderamiento de las mujeres de sabiduría. Ellas son reconocidas como seres fundamentales para el adecuado funcionamiento de la comunidad, siendo, también, voceras de las necesidades de su gente, lo que les posiciona como actoras políticas desde las cuales se pueden alcanzar objetivos comunes entre el Estado y las comunidades.

Los conocimientos propios de nuestros pueblos indígenas han ganado un importante espacio en el ámbito institucional. La Constitución, el Plan Nacional para el Buen Vivir y el Ministerio de Salud Pública –a través de su Dirección Nacional de Interculturalidad, Derecho y Participación Social en Salud y, desde allí, con el Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural

(MAIS-FCI)- así lo establecen. Estos avances generan herramientas que posibilitan el diálogo de saberes entre la biomedicina y la medicina tradicional para que, en un futuro y ya en la práctica, se desarrollen modelos pluriculturales en salud acorde a las realidades culturales de cada persona.

En el ámbito local y específico de Cotacachi, este reconocimiento de las mujeres y hombres de sabiduría por parte del Ministerio de Salud Pública y el ingreso de las mamas parteras al Hospital Público de Cotacachi es un logro que permite crear espacios de diálogo desde las bases.

La comunicación directa entre las parteras y el personal médico de Cotacachi ha posibilitado la sensibilización y el reconocimiento de la sabiduría indígena como válida, aplicable y fundamental para comprender al paciente, entendiéndose la importancia de los conocimientos ancestrales y existiendo apertura para comprender el significado del parto desde otros contextos culturales y puntos de vista que mejoren la atención. De esta manera, se ha implementado una sala dentro del hospital para realizar partos con enfoque culturalmente adecuado, para lo cual varios funcionarios han sido capacitados. Además, se han elaborado herramientas que facilitan la relación doctor-partera, como es el caso de las referencias y contrareferencias.

Por su parte, las parteras han ganado experiencia y se han capacitado en temas de salud que les eran ajenos; observándose, de esta manera, que el beneficio ha sido mutuo. Estos logros visibles son reconocidos, sobre todo, en aquellos médicos, enfermeras y demás personal médico que están dispuestos a mantener un diálogo como iguales con las parteras, logrando abrir sus percepciones a nuevos conocimientos que complementan su formación como médicos con un sentido mucho más humano.

La salud intercultural ha ganado otros espacios. Por ejemplo, dentro de la educación formal se imparten clases para sensibilizar a los futuros obstetras a reconocer el valor y la importancia de la interculturalidad en la salud, como es el caso de la Facultad de Obstetricia de la Universidad Central del Ecuador.

Por otra parte, aún existen desafíos para mejorar este proceso que vive Cotacachi. Es importante entender que, como el mismo PNBV explica, “El diálogo intercultural parte de la premisa del diálogo entre iguales. Este diálogo no es posible cuando unas culturas están subordinadas a otras” (2009: 35):

Es importante indicar que, a pesar de que este diálogo poco a poco es más visible, aún existe mucho trabajo por realizar. Uno de los principales puntos que se debe reforzar es la comprensión de que los dos sistemas médicos son de igual importancia y validez,

que a pesar de que pueden mirarse como opuestos, su finalidad es la misma: la de lograr el bienestar del paciente.

Es fundamental que la sociedad, en general, comprenda el valor que tienen los saberes tradicionales y que, al igual que el conocimiento científico, debe ser respetado y remunerado justamente.

Es necesario eliminar cualquier tipo de discriminación que exista entre médicos, parteras, pacientes y sociedad en general para lograr resultados valiosos que satisfagan las verdaderas necesidades del paciente.

Aunque se reconoce la importancia del conocimiento ancestral, aún se maneja la teoría de que, al no ser un conocimiento validado científicamente, solo se reconocen ciertas prácticas que, desde la biomedicina, no afecten al paciente, desmereciendo estos conocimientos.

Si bien se han ganado espacios que reconocen la salud intercultural, aún prevalecen esquemas mentales que ponen como superior a la biomedicina frente a la medicina tradicional, generándose una paradoja entre lo que las instituciones argumentan y lo que sus funcionarios realmente creen y realizan en el día a día.

La rotación de funcionarios en el hospital y la falta de continuidad en la capacitación y sensibilización frente al denominado parto culturalmente adecuado provoca que no todo el personal en el hospital conozca, maneje y aplique adecuadamente los conocimientos que han recibido. En este sentido, no es sólo el personal médico el que debe ser parte de estas capacitaciones, sino todo el personal del hospital.

No se ha priorizado el seguimiento y auditoría a los procedimientos establecidos en el hospital Asdrúbal de la Torre en relación con las buenas prácticas interculturales en salud para corroborar su aplicación continua. Esto crea discrepancia entre el discurso y la práctica, por ejemplo, el premio otorgado por la OMS al hospital responde a un documento excelentemente elaborado de lo que se debe realizar para alcanzar buenas prácticas interculturales en salud, pero que aún no llega a plasmarse en la realidad de Cotacachi. Estas discrepancias han generado cierta resistencia al diálogo por parte de parteras y personal médico y las parteras para ofrecer una real atención con enfoque intercultural en el hospital; diálogo que es necesario tanto a nivel local como nacional, debido a la diversidad cultural existente en nuestro territorio.

Aún queda mucho trabajo por realizar, el parto es solamente uno de los factores que se consideran dentro de la salud humana. Es necesario integrar los saberes indígenas en el resto de los aspectos.

Cotacachi puede llegar a ser el ejemplo de un verdadero diálogo entre ciencia y sabiduría. Los primeros pasos están dados y, a pesar de las deficiencias existentes, este diálogo es algo que se construye, en donde la cooperación de todos los actores involucrados es importante para lograr el reconocimiento del otro como igual y así alcanzar una verdadera salud intercultural en Cotacachi.

Bibliografía

- Alarcón, Ana M, Aldo Vidal, Jaime Neira Rozas (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. En *RevMéd Chile* 2003; 131: 1061-1065.
- Araya, María José (2011). *Parteras Indígenas: Los conocimientos tradicionales frente al genocidio neoliberal*. Quito: Ediciones Abya-Yala.
- Breilh, Jaime (2012). “La subversión de la retórica del buen vivir y la política de salud”. En *Revista Tendencia*. Visita 18 de febrero de 2013 en <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SeminarioBreilh12.pdf>
- Cachiguango, Luis Enrique "Katsa" (2010). “SumakKawsay: salud y enfermedad en los Andes”. En *Salud, interculturalidad y derechos: claves para la reconstrucción del SumakKawsay - Buen Vivir*. Quito: Ministerio de Salud Pública, UNFPA, AECID, FIODM, Ministerio Coordinador de Patrimonio: 65-79.
- Caponi, Sandra (1997). “Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud”. En *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*. N.ºIV (2):287-307
- Constitución del Ecuador, 1998.
- Constitución del Ecuador, 2008.
- Darras, 2010: Presentación
- Cruz Roja Ecuatoriana (2011). “Atención de Parteras en Cotacachi - Ecuador”. Visita 16 de febrero de 2013 <http://www.saludancestralcruzroja.org.ec/web/index.php/component/content/article/126-estadisticas-parteras-cotacachi.html>
- De Marco, Danilo (Coord.) (2002). *La sabiduría y arte de las Parteras*. Venecia: Edizione a cura di.
- Gavilanes, Ronals (2007). *Aporte de las promotoras y parteras a la salud en Cusubamba*. Quito: Ediciones Abya-Yala.
- Gómez, Rubén (2003). La noción de salud. Facultad Nacional de Salud pública. Universidad de Antioquia. Entorno Virtual de Aprendizaje Epidemiología por la Salud Pública.
- González Daniel y Jorge Corral (2010). “Definición del rol de las Parteras en el Sistema Nacional de Salud del Ecuador”. Informe de la consultoría preparada por CHS para UNFPA/Ecuador. Visita 10 febrero de 2013 en http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D277.pdf
- Imbabura-Ecuador (s/f). Ubicación cartográfica provincia de Imbabura. Disponible en www.imbabura.wordpress.com, visitado el 1 de septiembre de 2013.

- Instituto Nacional de Estadística y Censos, (INEC) (2010). “Fascículo Provincial Imbabura”. *Resultados del Censo 2010 de Población y vivienda en el Ecuador*. Visita 17 febrero de 2013 en http://www.inec.gob.ec/cpv/descargables/fasciculos_provinciales/imbabura.pdf.
- Ley Orgánica de Salud 2006. Registro Oficial Suplemento 423, 22 de Diciembre.
- Misterio de Salud Pública del Ecuador (2011). *Guía Metodológica para la Atención de la Salud Materna Culturalmente Adecuada*. Visita 13 febrero de 2013 en http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D227.pdf,
- MSP, 2008c
- Ministerio de Salud Pública (2010b). *Salud, Interculturalidad y Derechos. Claves para la reconstrucción del SumakKawsay-Buen Vivir*. Ecuador: Abya-Yala
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador y CARE (2010). *Por un parto culturalmente adecuado: un derecho de las mujeres y de los recién nacidos*. Visita 12 febrero de 2013 en http://www.care.org.ec/webcare/wp-content/uploads/2011/04/final-Parto-Culturalmente.Adecuado_Layout-1.pdf,
- Misterio de Salud Pública del Ecuador (2012). *Manual de Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS*. Visita 13 febrero de 2013 en http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_M AIS-MSP12.12.12.pdf
- MSP, Ministerio de Salud Pública, presentación (s/f). *Sistema de Salud, Ecuador*.
- OMS - Organización Mundial de la Salud (2011). “Salud mental: un estado de bienestar”. Visita 12 de abril de 2013, en http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/.
- PNBV 2009-2013 (2009).
- PNBV, borrador 2013-2017 (2013)
- Politécnica Salesiana, (s/f). Cotacachi y la incursión de la UNORCAC en la política del cantón. Visita 15 febrero de 2013 en <http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/2350/1/TESIS.pdf>,
- Ramírez, Susana (2010). *Calidad de atención en salud: prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechua y aymara del altiplano boliviano*. La Paz: OPS/OMS
- Ramírez, 2008
- Ricco, Regina (2009). *Salud Ambiental*. Ensayo no publicado.
- Ruiz Saona, 2006

Sánchez Parga, 1997

Tituaña, Auki (2007). “Cotacachi: una experiencia de descentralización en salud” En:
La equidad en la mira: La salud pública en Ecuador durante las últimas décadas.
Quito: OPS/MSP/CONASA.

UNORCAC (s/f). “Proceso organizativo de la UNORCAC”. Visita 19 de noviembre de
2013 en <http://www.unorcac.org/>

Vega, Luz Marina (2007). “Interculturalidad y salud: la experiencia de Cotacachi” En:
La equidad en la mira: La salud pública en Ecuador durante las últimas décadas.
Quito: OPS/MSP/CONASA.

Anexos

Anexo 1: Diferentes enfoques de la noción de salud

	Ejemplos de concepciones populares	<p>La salud es no estar enfermo</p> <p>La salud es vivir feliz</p> <p>La salud es no sentir dolor y poder trabajar</p> <p>La salud es poder llegar a viejo sin depender de otros</p>
190 dc	Galeno	La salud es el equilibrio íntegro de los principios de la naturaleza, o de los humores que en nosotros existen, o la actuación sin ningún obstáculo de las fuerzas naturales. O también es la cómoda armonía de los elementos (Definiciones médicas).
1935	René Lériche	La salud es la vida en el silencio de los órganos ⁷
1941	Henry Sigerist	La salud no es solo la ausencia d enfermedad, sino que es algo positivo, una actitud gozosa ante la vida y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida hace recaer sobre el individuo
1942	Paul Valery	La salud es el estado en el cual las funciones necesarias se cumplen insensiblemente o con placer ⁸
1943	Georges Canguilhem	La salud es el margen de tolerancia o seguridad que cada uno posee para enfrentar y superar las infidelidades (restricciones) del medio... La salud no es solo la vida en el silencio de los órganos, es también la vida en la discreción de las relaciones sociales ⁹
1946	Organización Mundial de la Salud OMS	La salud es el completo estado de bienestar físico mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o malestar ¹⁰
1978	Declaración de Alma Ata	...La salud, que es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad; es un derecho humano fundamental y... la consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, cuya realización requiere la acción de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector sanitario. ¹¹
1984	Kamó Nikolaevich Simonian	La salud es el estado de completa satisfacción socio- biológica y psíquica, cuando las funciones de todos los órganos y sistemas del organismo están en equilibrio con el medio natural y social, con la ausencia de cualquier enfermedad, estado patológico, defecto físico ¹²
1980	Instituto de Desarrollo de la Salud de la Habana	La salud es una categoría biológica y social que existe en unidad dialéctica con enfermedad, resultante de la interrelación dinámica entre el individuo y su medio y que se expresa en un estado de bienestar físico, mental y social, y está condicionada por cada momento histórico del desarrollo social
1980	Milton Terris	Salud es un estado de bienestar físico mental y social (componente subjetivo) con capacidad de funcionamiento (componente objetivo) y no únicamente la ausencia de malestar o dolencia ¹³
1984	Ingman Pörn	La salud es el estado que una persona obtiene exactamente en el momento en que su repertorio de acción es relativamente adecuado a los objetivos por ella establecidos. ¹⁴
1986	Carta de Ottawa Para la Promoción de la Salud	...el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario... Las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerequisites. ¹⁵

1986	VIII Conferencia Nacional de Salud Brasilia	En sentido amplio, la salud es la resultante de las condiciones de alimentación, habitación, educación, renta, medio ambiente, trabajo, transporte, empleo, tiempo libre, libertad, acceso y posesión de tierra y acceso a los servicios de salud. Siendo así, es precisamente el resultado de las formas de organización social de producción, las cuales pueden generar grandes desigualdades en los niveles de vida. ¹⁶
1989	L Salleras Sanmartí	La salud es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, y de la capacidad de funcionamiento, que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad. ¹⁷
1997	Declaración de Yakarta	"La salud es un derecho humano básico y esencial para el desarrollo económico y social ..." ¹⁸

Fuente y elaboración: Gómez, 2003: 6-7

Anexo 2: Niveles de atención del Sistema de Salud en el Ecuador



Fuente y elaboración: MSP, s/f

Siglas y acrónimos

CRE: Constitución de la República del Ecuador

DNSPI: Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas

FUNDACYT: Fundación de Ciencia y Tecnología

MAIS-FCI: Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural

MSP: Ministerio de Salud Pública del Ecuador

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud

UNORCAC: Unión de Organizaciones Campesinas Indígenas de Cotacachi