

ANTROPOLOGÍAS HECHAS EN ECUADOR

CATALINA CAMPO IMBAQUINGO, TANIA GONZÁLEZ R.

FERNANDO GARCÍA S., JOSÉ E. JUNCOSA B.

(EDITORES)

TOMO III

ESTUDIOS HISTÓRICOS Y SOCIALES



ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE ANTROPOLOGÍA

Catalina Campo Imbaquingo, Tania González R., Fernando García S., José E. Juncosa B. (editores)

Antropologías bechbas en Ecuador. Estudios históricos y sociales-Tomo III / Catalina Campo Imbaquingo, Tania González R., Fernando García S., José E. Juncosa B. (editores)

1ra. Edición en español. Asociación Latinoamericana de Antropología; editorial Abya-Yala; Universidad Politécnica Salesiana (UPS) y la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO-Ecuador), 2022

278p.; tablas.; gráficos; mapas.

ISBN ABYA-YALA:

978-9978-10-648-8 OBRA COMPLETA

978-9978-10-685-3 Volumen III

ISBN DIGITAL ABYA-YALA:

978-9978-10-653-2 OBRA COMPLETA

978-9978-10-687-7 Volumen III

ISBN FLACSO:

978-9978-67-613-4 OBRA COMPLETA

978-9978-67-615-8 Volumen III

Hecho el depósito legal que marca el Decreto 460 de 1995

Catalogación en la fuente – Asociación Latinoamericana de Antropología

© Asociación Latinoamericana de Antropología, 2022

© J (editores), 2022

1era Edición, 2022

Asociación Latinoamericana de Antropología

Editorial Abya-Yala

Universidad Politécnica Salesiana (UPS)

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO-Ecuador)

Diseño de la serie: Editorial Universidad del Cauca

Fotografía de portada: *Pase del niño en Isinche, Cotopaxi*, Marcela García

Diagramación: Editorial Abya-Yala

Diseño de carátula: Editorial Abya-Yala

Editor general de la colección: Eduardo Restrepo

Copy Left: los contenidos de este libro pueden ser reproducidos en todo o en parte, siempre y cuando se cite la fuente y se haga con fines académicos y no comerciales.

Edición 2022

Contenido

Prefacio

Presentación

Nota sobre la edición

Parte I **ESTUDIOS HISTÓRICOS Y SOCIALES DE LA ANTROPOLOGÍA**

Breve balance de la antropología ecuatoriana en sus cincuenta años de vida
SUSANA M. ANDRADE

Miradas, líneas temáticas y genealogía conceptual de la antropología
de la Amazonía ecuatoriana: hacia un estado de la cuestión
IVETTE VALLEJO Y KATI ÁLVAREZ

Antropología amazónica ecuatoriana del siglo XXI
ANDREA BRAVO DÍAZ

Una aproximación a la antropología ecológica ecuatoriana
TANIA GONZÁLEZ RIVADENEIRA Y RADAMÉS VILLAGÓMEZ RESÉNDIZ

Interrelación, intercambio y guerra en un territorio de interdependencia
e intervención: antropología de los pueblos indígenas de reciente contacto
y en aislamiento del Yasuní
ROBERTO NARVÁEZ COLLAGUAZO, PATRICIO TRUJILLO MONTALVO Y ALEXIS RIVAS TOLEDO

Tierras altas y tierras bajas: la articulación transversal
del espacio ecuatoriano continental a través de la etnohistoria
JUAN CARLOS BRITO ROMÁN

Los aportes de la antropología ecuatoriana
a la educación intercultural bilingüe
MARTA RODRÍGUEZ CRUZ

Genealogías de la ciudad andina: conversaciones entre antropología e historia

ALFREDO SANTILLÁN, EDUARDO KINGMAN Y MIREYA SALGADO

De las estructuras formales a la relacionalidad: la antropología del parentesco y de las familias en los Andes ecuatorianos

JAVIER GONZÁLEZ DÍEZ

Un sistema de salud para un Estado plurinacional

JUAN CUVI Y ERIKA ARTEAGA CRUZ

La interculturalidad desde un proceso de antropología de lo contemporáneo en la Universidad de Cuenca

LUIS ALBERTO HERRERA MONTERO, ISRAEL SEBASTIÁN IDROVO LANDY
Y JUAN FERNANDO VERA CABRERA

Las ruralidades en la antropología económica ecuatoriana

MARÍA AMPARO EGUIGUREN

Desarrollo y antropología: a propósito del Instituto de Recuperación Económica

JUAN FERNANDO REGALADO

La incesante búsqueda de la identidad nacional: 25 años de trabajo antropológico

CATALINA RIBADENEIRA SUÁREZ Y ANTONIO TRUJILLO RIBADENEIRA

Sobre las instituciones

Un sistema de salud para un Estado plurinacional

JUAN CUVI Y ERIKA ARTEAGA CRUZ

Introducción⁷⁸

De acuerdo con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en América Latina viven 58 millones de personas pertenecientes a 800 pueblos indígenas, que representan el 9,8 % de la población regional (CEPAL 2020). Solo en el área andina se ubican aproximadamente 20 millones de indígenas, principalmente de la etnia kichwa y aymara, concentrados en Bolivia, Perú y Ecuador (OPS 2008). El último censo en el país revela que un 7 % de la población del Ecuador se autoidentifica como indígena, aunque mapas genéticos reportan una composición ancestral con 51 % de composición genético-étnica nativo-americana para la Costa, 64,7 % para la Sierra y 67 % para la Amazonía (Paz y Miño *et al.* 2021).

A pesar de ser los antiguos propietarios de la tierra, las poblaciones indígenas presentan los peores índices en salud en el contexto regional (Montenegro y Stephens 2006; OPS 2008). Según la CEPAL, el promedio de mortalidad infantil de los niños indígenas en América Latina es un 60 % mayor que el de los niños no indígenas: 48 por mil nacidos vivos en comparación con 30 por mil nacidos vivos, respectivamente (CEPAL *et al.* 2010). Para 2018, el Ecuador reportaba un 50,6 % de la población indígena en situación de pobreza, comparada con un 20,9 % de población no indígena (CEPAL 2020).

La situación de la salud de la población indígena ecuatoriana es alarmante. Entre 2014 y 2017 era 69 % más frecuente la mortalidad materna en mujeres indígenas que en mujeres mestizas, así como un 50 % más frecuente si se trataba de mujeres afrodescendientes (Noboa 2019). La desnutrición crónica afecta a uno de cada cuatro

78 Para desarrollar los contenidos sobre el modelo biomédico hegemónico y su relación con los modelos médicos ancestrales se ha utilizado como referencia el texto de Cuvi (2015) *Modernidad, dominación y saberes ancestrales: la colonialidad del conocimiento médico en el Ecuador*.

niños ecuatorianos, pero esta cifra se duplica si son indígenas: uno de cada dos sufre desnutrición crónica y cuatro de cada diez padecen anemia (ENSANUT 2014).

Soluciones simples como intervenciones puntuales de salud, mejor oferta de servicios materno infantiles o captación de pacientes indígenas en los servicios de salud no resuelven estas brechas profundas. Existen problemas estructurales que deben afrontarse si se busca mejorar la situación de salud de las poblaciones indígenas: por ejemplo, la apropiación violenta del territorio, el desplazamiento de pueblos y comunidades, la discriminación, la explotación petrolera y minera en sus espacios vitales, el rechazo de las instituciones, tecnologías y conocimiento indígenas (Montenegro y Stephens 2006).

Un informe de la CEPAL da cuenta de que durante la pandemia y aprovechando el estado de excepción decretado por el Gobierno, las empresas mineras avanzaron en procesos de exploración que habían sido suspendidos como consecuencia de las demandas comunitarias. No cesó la minería ilegal en Pacto (Pichincha), Larama (Loja) y Buenos Aires (Imbabura), mientras el pueblo shuar arutam (Morona Santiago) exigía la expulsión de las mineras de sus territorios por temor al contagio del virus (Castro 2020 en CEPAL 2020).

Los líderes y lideresas indígenas reportaban que, durante la etapa más intensa de la pandemia, sus comunidades corrían un riesgo mayor debido a la falta de alimentos, agua potable, jabón y saneamiento básico. Los pueblos indígenas enfrentan condiciones adversas para aplicar las medidas de prevención recomendadas, con una mayor probabilidad de habitar viviendas en condiciones deficientes y de hacinamiento (OPS 2021). El aislamiento social se terminó convertido en un privilegio de clase.

Desde hace tres décadas, los procesos de reforma del sector salud en América Latina han incluido en su debate el eje de la interculturalidad, en la medida en que se ha aceptado que para enfrentar el complejo perfil epidemiológico de la población indígena y lograr mejores condiciones de salud, el paradigma puramente médico occidental ha resultado insuficiente.

De hecho, los pueblos indígenas no fueron incluidos como tales en las estadísticas nacionales del Ecuador sino hasta 2001, cuando se incluyó en el Censo Nacional la pregunta de la autoidentificación étnica (Guerrero 2005 en Rodríguez 2006).

La pandemia y los límites del modelo biomédico

Los pueblos indígenas han demostrado que tienen sistemas de salud propios altamente eficientes. Esto ha sido evidente durante la pandemia del coronavirus. Frente a la nula respuesta del Estado, han propuesto y ejecutado estrategias concretas para responder a la crisis sanitaria: aislamiento voluntario, impedimento

de ingreso de empresas petroleras y mineras a sus territorios, trueque entre regiones, contabilización de contagios, potenciación de la medicina ancestral, producción de material informativo en sus distintos idiomas, etc. (Aguirre 2020). La pandemia evidenció la limitación del modelo biomédico hegemónico, racista y colonizador.

Esta experiencia reaviva el viejo debate sobre la relación entre el modelo médico convencional y los modelos médicos ancestrales. La integración al sistema formal de salud de los terapeutas tradicionales no garantiza una mejor atención a las poblaciones indígenas. Knipper considera que “es sin duda importante facilitar a los pacientes el acceso a recursos sanitarios/espirituales según su propia voluntad y criterio. Pero la institucionalización de agentes y prácticas ‘tradicionales’ dentro de las instituciones sanitarias es un tema complejo que precisa de reflexiones e investigaciones específicas” (2010: 10).

Por su parte, Fernández Juárez, autor de numerosas compilaciones sobre salud intercultural, hace varias advertencias respecto de la institucionalización de las prácticas médicas ancestrales:

Los experimentos que se han hecho para “occidentalizar” las medicinas indígenas, dotándolas de las herramientas burocráticas y escenarios propios de la biomedicina, no han resultado demasiado fructuosos, en parte debido a que los potenciales usuarios indígenas no se reconocen en ese modelo médico “híbrido” y, además, puesto que desacreditan e impiden el desarrollo y eficacia de su medicina tradicional (2010: 28).⁷⁹

Contar con servicios de salud culturalmente adecuados para el parto vertical o incluir agentes tradicionales de salud en la institución no garantiza una relación basada en el respeto y la legitimidad de los servicios. De hecho, Menéndez (2006) señala que:

La reducción de la interculturalidad casi exclusivamente a los aspectos culturales expresa, frecuentemente, objetivos de asimilación e integración, así como tiende a excluir o por lo menos a opacar los procesos socioeconómicos que reducen o directamente impiden establecer relaciones interculturales realmente respetuosas y simétricas (en Ramírez Hita 2009).

79 Hay, sin embargo, experiencias excepcionales que rompen la regla. Se puede mencionar la gran aceptación que lograron los servicios de salud occidentales coordinados por Manuel Amunarriz, por parte de las comunidades indígenas riverseñas del río Napo, en Nuevo Rocafuerte, hasta la primera década de 2000. Dichos servicios no se sometieron a ninguna adecuación cultural ni incluyeron a *yachaks*, *pajuyus* ni parteras. Más bien apostaron por un personal de salud occidental respetuoso del otro y con una comunicación efectiva en las lenguas nativas de la zona. Esta condición les permitió ganarse la confianza de las comunidades indígenas (Knipper y Dannhardt 2009).

El caso de las parteras comunitarias es sintomático. Durante el último período de implementación de la política de salud, el Ministerio de Salud Pública (MSP) redujo sus funciones. Prácticamente las convirtió en agentes para la promoción y prevención con mujeres, acompañantes, encargadas de tareas de limpieza e higiene y responsables de referir a las madres a los subcentros de salud, pero no se les permitió atender partos (MSP 2008). Los talleres de interculturalidad con las parteras eran una mera formalidad.

Varios estudios demuestran que los resultados respecto de la mortalidad materna mejoran si la mujer evita un centro de salud inadecuado o un proveedor de salud incompetente, que demore su llegada a centros de salud de mayor complejidad. Asistir a centros de salud parcialmente equipados o que funcionan mal incrementa el riesgo de mortalidad materna (Elmusharaf *et al.* 2017).

A pesar de la limitación de la labor de las parteras desde el MSP, que extirpa su función y las instrumentaliza para captar pacientes, la reunión regional sobre el impacto del COVID-19 en pueblos indígenas reconoce su rol fundamental en la atención del embarazo y el parto, una condición que se evidenció en el contexto de la pandemia (OPS 2021). Sin embargo, desde la lógica oficial no se las respeta ni se las reconoce como un componente importante de los sistemas de salud.

Definiciones necesarias

El debate sobre el sistema de salud no puede realizarse sin considerar, de entrada, las principales definiciones que constan tanto en la normativa oficial como en las propuestas de los actores sociales directamente relacionados con la temática. La reflexión es fundamental por las contradicciones que existen entre los distintos discursos y la forma en que se estructuran y aplican estas propuestas. Con frecuencia, las teorías y conceptualizaciones sobre los modelos alternativos de salud chocan con las agendas políticas, tanto con aquellas que provienen de la intervención del Estado como con aquellas que cuestionan las políticas públicas desde las organizaciones sociales.

En el capítulo sobre derechos del buen vivir, la Constitución ecuatoriana consagra el principio de la interculturalidad en la prestación de los servicios de salud, es decir, admite la interrelación entre formas diferentes de abordar el proceso de salud-enfermedad-atención. De igual manera, en el capítulo sobre el régimen del buen vivir asigna la misma característica al Sistema Nacional de Salud (SNS), además de reconocerle su diversidad cultural y la complementariedad de la medicina ancestral. El Estado asume la responsabilidad de garantizar las prácticas de salud ancestral “mediante el reconocimiento, respeto y promoción de sus conocimientos, medicinas e instrumentos” (Constitución 2008).

El SNS está constituido por las entidades pública, privadas, autónomas y comunitarias de todo el sector. Garantiza, entre otros aspectos, la interrelación de los grupos sociales desde un enfoque pluricultural. Integra en su estructura las agendas de la medicina tradicional y alternativa. La función de coordinación de los integrantes del sistema corresponde al MSP en tanto autoridad sanitaria nacional. Uno de los mecanismos establecidos para cumplir con sus funciones es la aplicación consensuada del modelo de atención.

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), por su parte, tiene una definición bastante amplia del concepto de interculturalidad en la aplicación de las políticas de salud desde el Estado. Esta visión, no obstante, obedece a lo que Ramírez Hita califica como una estrategia para atenuar las contradicciones socioeconómicas que atraviesan a una sociedad culturalmente diversa. La interculturalidad es vista como una diferencia entre pueblos o nacionalidades que puede resolverse mediante la armonización de las relaciones en el plano simbólico de la cultura, pero que no cuestiona las desigualdades inherentes al capitalismo como factores de diferenciación y conflicto. De este modo, la interculturalidad serviría más bien para desestructurar los mecanismos internos de cohesión de los sistemas médicos indígenas y, en consecuencia, los sistemas ideológicos propios (Ramírez Hita 2011: 111). El MAIS-FCI no reconoce el elemento central de lo que sería una interculturalidad crítica y contestaría más cercana a la noción de plurinacionalidad, es decir, la autonomía de los sistemas de salud comunitarios, ancestrales o indígenas.

La primera distorsión de la que adolece el MAIS-FCI es que hace una transposición mecánica de los postulados teóricos, sin realizar un esfuerzo por adaptar la propuesta a las condiciones particulares y variables de cada realidad. Prácticamente termina suponiendo que todos los sistemas de salud ancestral o tradicional operan sobre los mismos principios y cosmovisiones. Los Estados que han incluido el concepto de interculturalidad a sus políticas de salud han terminado por integrar a los terapeutas tradicionales al sistema formal en condición subordinada y, en consecuencia, ratificar el carácter hegemónico del modelo biomédico.

Por su parte, la propuesta de la Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador (CONAIE) tampoco profundiza sus argumentaciones en favor de la aplicación de un modelo de salud alternativo. Aunque claramente define la naturaleza decolonial del Estado plurinacional que plantea, y que implica un cuestionamiento al sistema de dominación capitalista, no avanza en su concepción sobre lo que significa la salud desde posiciones antagónicas al modelo biomédico hegemónico. Al contrario, mantiene la noción de integración de las prácticas y conocimientos ancestrales a la lógica institucional del Estado (CONAIE 2007: 42-46). De esta forma reafirma la tendencia a legitimar al modelo biomédico como modelo hegemónico en la sociedad. Como se demuestra en varios estudios, cuando los terapeutas tradicionales se institucionalizan, sacrifican su condición de líderes espirituales de

sus comunidades y terminan actuando como simples complementos del sistema oficial de salud.

Estas particularidades en el campo de la salud responden a un debate más complejo, como el que se dio durante la Asamblea Constituyente de 2008 a propósito del carácter intercultural o plurinacional del Estado. Desde visiones de la izquierda (e. g. la Federación Nacional de Organizaciones Campesinas, Indígenas y Negras, FENOCIN) se cuestionó la existencia de un Estado plurinacional que daba cuenta de un supuesto etnocentrismo y de la división del país en territorios autónomos. Para estas organizaciones campesinas, herencia de los sindicatos agrarios, la verdadera opción es una patria única en la diversidad, mientras que los enemigos principales son el subdesarrollo, la pobreza y la exclusión (Ayala Mora 2011). Esta sería la mejor opción para la integración latinoamericana, en la continuación del sueño de Bolívar, pero sin cuestionar el modelo de desarrollo, la inexistencia de unidad en la diversidad del Estado ecuatoriano durante dos siglos, ni la exclusión sistemática de indígenas y afrodescendientes en este modelo de Estado nacional. En su propuesta política “Interculturalidad: camino para el Ecuador” la FENOCIN coloca como eje de diálogo a la interculturalidad para construir un Estado-nación. En este punto vale la pena rescatar las palabras de Ampam Karakas, dirigente amazónico: “¿Algún ecuatoriano puede negar la existencia de los pueblos o nacionalidades indias? Lo que sucede es que el Estado ecuatoriano representa a una nación supuestamente homogénea desde el punto de vista de las clases dominantes. Pero, no es esta la realidad, la realidad es plurinacional y el Estado no expresa ese carácter”.

Otras reflexiones abonan en el debate. Galo Ramón (2008) sostiene que la interculturalidad tiene las siguientes ventajas: 1) reconoce el derecho a la diferencia y la diversidad, pero enfatiza la necesidad de construir la unidad, reconociendo y estableciendo instituciones y mecanismos que posibiliten el encuentro creativo y equitativo entre los diversos; 2) no permite que los pueblos indígenas sean tratados como minorías, a las que se les entrega una parte minúscula del Estado, porque atraviesa a todas las normas, instituciones y prácticas del país; 3) permite un tratamiento flexible a las distintas formas de la diversidad, porque aplica tanto a los territorios en los que vive un solo pueblo como a los territorios compartidos; 4) ofrece una salida a los pueblos afrodescendientes y los mestizos.

Catherine Walsh, por su parte, define a la interculturalidad como aquello que “intenta romper con la historia hegemónica de una cultura dominante y otras subordinadas y, de esa manera, reforzar las identidades tradicionalmente excluidas para construir, tanto en la vida cotidiana como en las instituciones sociales, un con-vivir de respeto y legitimidad entre todos los grupos de la sociedad” (Walsh 2009: 41). Sin embargo, la salud intercultural demandada tanto por los pueblos indígenas como construida desde el Estado solo ha propiciado una apropiación de las prácticas y conocimientos médicos ancestrales, una extirpación de las funciones de los agentes tradicionales de salud para adaptarlas al SNS, y deformaciones en



las prácticas médicas (como parteras en centros de salud a las que se les exige ecografías para realizar los manteos).

En esta línea de análisis también es importante hacer algunas precisiones sobre los conceptos más importantes que utilizamos en nuestra argumentación, de modo que se pueda hacer un acercamiento a la idea de un sistema de salud coherente con la declaración del Ecuador como Estado plurinacional. De acuerdo con el Diccionario de la Real Academia Española (1994), un modelo es un “esquema teórico, generalmente en forma matemática, de un sistema o de una realidad compleja que se elabora para facilitar su comprensión y el estudio de su comportamiento”. Su valor es básicamente heurístico.

Un sistema de salud, por su parte, es el conjunto de servicios, instituciones y recursos humanos encargados de preservar las condiciones de salud de una población determinada. Su organización está sustentada básicamente en pilares técnicos, administrativos y funcionales respaldados por una normativa jurídica. En el caso ecuatoriano, el SNS cuenta inclusive con una ley expresa (2013).

El sistema médico, en cambio, se refiere a los elementos que intervienen e interactúan en el proceso de ejercicio de la medicina como ciencia y como práctica; constituye un ámbito central para el estudio, análisis y explicación teórica del modelo médico. Los sistemas médicos pueden existir sin sistemas de salud, porque son una institución social permanentemente transformada y deconstruida en la que los actores sociales e individuales tienen un rol significativo. Esta constatación ha sido uno de los mayores aportes de la antropología médica.

Cuando nos referimos a los modelos de salud alternativos estamos pensando precisamente en la existencia de sistemas médicos no convencionales ni formalizados. Son construcciones históricas de pueblos o nacionalidades que inclusive han logrado resistir durante siglos a la colonización del modelo biomédico hegemónico. No obstante, esta variedad de sistemas médicos no implica necesariamente la existencia de un sistema de salud.

Cabe anotar, como complemento que, aunque la noción de sistema médico tiene sus raíces en una construcción teórica occidental, las culturas americanas tienen equivalentes conceptuales que pueden facilitar la construcción de propuestas alternativas. En la cultura kichwa, la palabra *llaki* designa a distintas formas de organización sistémica de la realidad. En este sentido, al ser construcciones históricas, con un objetivo claro como es el equilibrio colectivo, con una relación dinámica con el entorno, con capacidad homeostática para adaptarse y renovarse, las prácticas y conocimientos médicos ancestrales constituyen un sistema. Por eso no es casual que se hayan mantenido vigentes a lo largo del tiempo.

Nina Pacari sostiene que, cuando los pueblos de la nacionalidad kichwa resuelven un *llaki* (un problema, otra connotación del término) lo hacen con una noción de integralidad: todos los elementos están interrelacionados y nada está aislado ni puede ser tratado de modo disperso. Esta integralidad parte de la cosmovisión y de la forma de vivir que se implementa en todos los órdenes de la vida: actividades agrícolas, educación, salud. Cuando se resuelve un *llaki* lo que se restablece es la armonía (Pacari 2018: 117).

Pacari también plantea un ejemplo de interconexión. Según la concepción kichwa, las fuentes de agua consideradas sagradas están ligadas a las festividades, a la ritualidad para la sanación, a la restauración de la armonía, a la producción en la *allpa* mama, a la alimentación de los seres humanos, a la vida misma, porque en el vientre de la madre, en medio del líquido amniótico, crece el *wawa*. El agua es la sangre que recorre por la madre tierra; la tierra es mujer y cuando morimos nos acoge en su vientre (2018: 118).

Estado, biomedicina y modelos médicos ancestrales

El concepto de integralidad con el que los antropólogos han definido a los modelos de salud ancestrales se refiere al equilibrio y armonía que predominan en la cultura indígena andina, tanto respecto de la interioridad del individuo como de su relación con el entorno. Los factores ambientales representan al mismo tiempo un hábitat natural y una expresión simbólica de la espiritualidad. El ser humano está integrado por un componente somático (mi cuerpo) y otro espiritual (mi alma) que, aunque con características particulares en su desarrollo y maduración, están profundamente interrelacionados.

Esta relación se aplica en las respuestas médicas frente a cualquier situación de desequilibrio sanitario. Al ser la salud un componente inseparable de esa totalidad socioespiritual, su interpretación y manejo incluye no solo a aquellos elementos naturales relacionados con el cuerpo, el entorno y los síntomas de la enfermedad, sino también a las instituciones sociales, a los valores culturales y a los referentes históricos de la comunidad. En estas condiciones, la enfermedad tiene orígenes individuales, familiares y comunitarios que exigen respuestas holísticas. La forma como se categoriza a las enfermedades permite entender la epidemiología de una comunidad o un pueblo, el ordenamiento lógico de su sistema de salud y el comportamiento de la gente.

La biomedicina tiene limitaciones para entender esta categorización, porque segmenta la realidad y parcela al individuo. El modelo biomédico, con toda su parafernalia técnica y modernizante, ha logrado transformar o eliminar muchos ritos comunitarios alrededor de la enfermedad y hasta de la muerte. Desde su positivismo, aplica prácticas médicas que resultan contradictorios con un manejo



integral del proceso salud/enfermedad; por ejemplo, provoca el rompimiento de la confianza entre el médico y el paciente, la cual, en la medicina indígena, actúa como un complemento indispensable del equilibrio general del proceso. En los modelos médicos ancestrales, la convicción en la sabiduría del curador plantea una certidumbre que involucra al paciente y fortalece las relaciones humanas y sociales

Una consecuencia lógica de los modelos ancestrales de salud es la comunidad, porque la socialización de la enfermedad implica formas de socialización del poder que viabilizan las respuestas colectivas. Al ser la enfermedad parte de una totalidad social, la respuesta médica debe alcanzar esa condición. Eso explica que el curandero ostente poder únicamente cuando actúa como tal (es decir, cuando restablece el equilibrio universal) y que luego vuelva a su condición de simple miembro de la comunidad.

Es innegable que la integralidad de un modelo médico genera una sólida cultura de participación social. La articulación cuerpo-espíritu-entorno horizontaliza la mirada médica, por cuanto amplía el universo observado. La inclusión de muchos y variados elementos en el fenómeno de la enfermedad favorece un conocimiento de tipo extensivo, frente al conocimiento de tipo intensivo —y concomitantemente vertical— de la biomedicina. Al centrar esta última su atención en el elemento biológico, simplemente reduce el horizonte y la amplitud del proceso salud/enfermedad y prioriza el rol del médico y de la tecnología. Por el contrario, un modelo médico andino involucra en el proceso a toda la comunidad.

En el proceso de imposición del modelo biomédico, como resultado del avance y expansión del capitalismo, el Estado liberal se empeña en entronizar a los profesionales médicos en lugares predominantes de la estructura de clases, con lo cual le asegura a la práctica médica legitimación cultural, técnica, política, social y académica. Esta pretensión de homogeneidad descalifica de manera sistemática las prácticas y saberes médicos alternativos. En este sentido, el modelo biomédico cuestiona la diversidad cultural y, por lo mismo, refuerza la unicidad de las visiones no solo médicas, sino también jurídicas, políticas y económicas predominantes. Si el paciente debe ser asumido en su corporeidad universal en tanto organismo biológico único, entonces también resulta factible aplicar un régimen jurídico-político único (el liberalismo) o un sistema económico también único (el capitalismo).

La uniformización del discurso biomédico es particularmente preocupante por los efectos adversos que tiene sobre la cohesión social, de manera especial en las comunidades más pobres y en las zonas rurales e indígenas. El desmantelamiento o la desvalorización de las prácticas y saberes médicos alternativos atentan contra las identidades comunitarias y, por lo mismo, minan la capacidad de los pueblos para resistir y dar respuesta a la globalización. La profesionalización de la medicina cosmopolita constituye un esfuerzo por controlar la naturaleza del pluralismo médico que, según Ramírez Hita (2009: 102), es una particularidad fundamental en las distintas

formas de atención de la salud de todos los grupos sociales. Según esta autora, este pluralismo constituye una realidad que incluso pone en tela de duda el concepto de interculturalidad con el que se ha querido plantear una alternativa al modelo biomédico desde una supuesta uniformidad de la medicina tradicional o ancestral.

En este proceso de imposición de un discurso médico hegemónico, el Estado ha sido el principal instrumento para difundir y oficializar una visión unívoca no solo de la modernidad, sino de la estructuración del poder político. Desde el mundo indígena, la respuesta que complementa los siglos de resistencia ha sido el carácter plurinacional que debería tener el Estado ecuatoriano. La propuesta de la CONAIE es un cuestionamiento radical a un Estado nacional que ha viabilizado la exclusión y explotación de los pueblos y nacionalidades indígenas. El reconocimiento de la diversidad en la que se asienta la sociedad ecuatoriana no queda restringido al ámbito cultural, sino que plantea distintos alcances que van desde el reconocimiento de derechos colectivos hasta la demanda de autogobiernos comunitarios (Cartuche Vacacela 2016).

Pese a los avances logrados, la declaratoria constitucional de la plurinacionalidad del Estado todavía refleja profundas limitaciones en su aplicación, sobre todo en lo relacionado con la potencial autonomía de pueblos, nacionalidades y comunidades indígenas. En el ámbito de la salud —que es el tema que aquí no ocupa—, estas barreras implican una desvalorización sistemática y progresiva de sus prácticas y saberes médicos, empezando por la ocupación de los territorios indígenas. Los sistemas médicos indígenas están directamente articulados a la disposición de recursos naturales próximos, de manera particular en la Amazonía. Cualquier forma de colonización afecta gravemente el acceso a esos recursos, mucho más cuando va acompañada por procesos industriales (petróleo o minería) que provocan daños ambientales irreversibles.

Pero la colonización no es únicamente territorial. El Estado también coloniza las concepciones sobre la salud que muchos pueblos han desarrollado ancestralmente. La ampliación de los servicios públicos sirve, en la práctica, para imponer un SNS que acaba subordinando a todas las expresiones médicas que puedan existir en una zona determinada. Prácticas, saberes y cosmovisiones ancestrales son neutralizados o absorbidos por un modelo biomédico hegemónico oficializado por el Estado. Es lo que ocurrió durante la década del primer Gobierno de Alianza PAIS, gracias a la abundante disposición de recursos financieros. La expansión indiscriminada de servicios, con elefantes blancos incluidos,⁸⁰ sedujo a la población indígena y provocó el repliegue progresivo de los farmaceutas tradicionales. Los sistemas médicos ancestrales aparecieron como insuficientes, cuando no inútiles. Al final, tal como lo demuestra Milagros Aguirre (2016), cuando el Estado se contrajo debido a la reducción de su capacidad de gasto, quedó un vacío imposible de llenar, porque

80 Para un análisis de este fenómeno se puede consultar Wilson y Bayón (2017).

los sistemas médicos ancestrales habían sido gravemente debilitados. Sobre todo, se desbarataron los procesos de transmisión de conocimientos.

Por un nuevo paradigma

Una de las principales particularidades del modelo de salud andino es su integralidad, cuyas manifestaciones pueden ser observadas y estudiadas en forma directa hasta la actualidad, puesto que la medicina indígena sigue preservando sus componentes básicos. Al ser la salud un componente inseparable de una totalidad socio-espiritual, su interpretación y manejo incluyen no solo a aquellos elementos naturales relacionados con el cuerpo, el entorno y los síntomas de la enfermedad, sino también a instituciones sociales, valores culturales y referentes históricos de la comunidad

Para procesar las contradicciones y diferencias que subyacen a esta relación entre un modelo médico hegemónico y los que podríamos designar como modelos ancestrales de salud, toca remitirse a un proceso de dominación histórica cuyas consecuencias persisten hasta el día de hoy. Si bien la gran mayoría de países latinoamericanos consiguió su independencia en el primer cuarto del siglo XIX, no fue sino hasta después de la II Guerra Mundial que se acuñó el concepto de descolonización, particularmente a partir de la emancipación de las colonias europeas en África y Asia. El debate, entonces, se centró en las condiciones, dificultades y expectativas de estos procesos.

Esta descolonización, sin embargo, evidenció profundas limitaciones. La soberanía política no contrarrestaba necesariamente las condiciones de dominación social y sobre todo cultural que habían dejado siglos de control. Surgen entonces las teorías de la decolonialidad⁸¹ como una nueva forma de explicar e interpretar estas relaciones desiguales entre las antiguas colonias y las potencias mundiales. La argumentación se centra en las diferentes formas y estrategias mediante las cuales el poder se sigue ejerciendo y reproduciendo. En el campo de la salud, el dominio epistémico, es decir la subordinación de los conocimientos y saberes ancestrales, es crucial.

Como ya se señaló brevemente, las diferencias entre el modelo biomédico occidental y los modelos ancestrales radica en sus respectivas concepciones sobre lo que significa la salud, donde la integralidad es un factor diferenciador fundamental. Si para la biomedicina la fragmentación es una condición indispensable para responder a los procesos de salud-enfermedad, para los pueblos originarios de América esa es una de las principales amenazas para su cohesión interna. El rompimiento del equilibrio cósmico no solo impide un manejo equilibrado de los

81 Una síntesis actualizada sobre las teorías poscoloniales y decoloniales puede hallarse en la revista *Nómadas* (enero-junio, 2021: <https://bit.ly/3tNMQKB>).

procesos patológicos, sino que afecta la convivencia en su totalidad, porque la salud involucra otras dinámicas colectivas: alimentación, producción, relaciones sociales, ambiente, educación.

La posibilidad de concretar sistemas de salud interculturales (unidad en la diversidad en un diálogo de iguales) es más bien limitada. Ya en 1999 se debatía la posibilidad de incluir en el modelo de medicina basada en evidencia (aprobación de métodos y tecnologías médicas basadas en ensayos clínicos) algunas especialidades de la medicina alternativa (la acupuntura o la herbolaria), en una rama denominada medicina integrativa. El principal problema es que ambas concepciones distan en su raíz: experiencia (acumulado histórico de prácticas) versus tecnología (manejo instrumental y procedimental de la salud) (Relman y Weil 1999).

Para el caso ecuatoriano colocamos como ejemplo el saber andino, que tiene otra entrada epistemológica. El saber ancestral es un saber histórico que se ha forjado en la resistencia, caracterizado por la transmisión oral, la valoración de la energía, la comprensión astronómica, la importancia de los solsticios y equinoccios, los rituales esenciales, así como la complementariedad (León 2020).

En el modelo mito-poético andino el mundo es un tejido, la malla-mimbre que articula todo es el espacio-tiempo (León 2020). La “totalidad funde el espacio-tiempo y desde allí es una realidad compleja de entender desde lo occidental”. El saber andino no se sostiene en el concepto, en lo racional, analítico y sistemático, sino en la experiencia, donde las intuiciones del mundo de la vida son fundamentales. La realidad adquiere otras dimensiones, que se expresan en lo sacramental y celebrativo (Orrego Echeverría 2018: 137).

Por esto mismo sería imposible una articulación de saberes en diálogo horizontal, pues la medicina basada en evidencia se fundamenta principalmente en el cuidado de los pacientes de acuerdo con la comprobación científica y tecnológica que guía las decisiones clínicas (Jagtenberg 2006). Las mismas guías de práctica clínica del MSP están basadas en esta concepción del manejo del proceso salud-enfermedad. El conocimiento está regido por categoría o por compartimentos aislados, que no tienen relación con la noción de complementariedad del mundo andino (femenino-masculino, izquierda-derecha) ni de correspondencia (arriba-abajo, microcosmo-macrocosmo).

Por otro lado, la fe en el progreso lineal que caracteriza al modelo biomédico se contraponen con la concepción bidimensional y multidimensional del tiempo andino: tanto lingüística como vivencialmente, el futuro está “atrás” y el pasado “adelante”. Para el pensamiento andino, la historia no es el despliegue y la realización de un proyecto histórico ni de un espíritu absoluto, sino una repetición cíclica que se corresponde con el orden del cosmos (Orrego Echeverría 2018: 171). Desde esa perspectiva, la salud no es un continuum interminable de sofisticación tecnológica sino una permanente recuperación del equilibrio colectivo.

Conclusiones

¿Cómo establecer esta relación entre una estructura sanitaria de carácter nacional —definida en la Constitución y cuya rectoría está asignada al MSP— y los diferentes sistemas ancestrales de salud? Las opciones oscilan entre la idea de la diversidad dentro de la unidad, tal como lo plantea el concepto de plurinacionalidad de la CONAIE, o la contrahegemonía desde los procesos territoriales, tal como lo sugiere el sistema autónomo de salud de los zapatistas. Es decir, entre el respeto desde la autoridad estatal a las diferencias, pero manteniendo la capacidad última de decisión, o la negociación en igualdad de condiciones.

La diferencia no es superficial, sobre todo al calor de la experiencia. Aunque la primera opción consta en los marcos legales y teóricos que norman el funcionamiento del sector de la salud (Constitución, Código Orgánico de la Salud, Ley Orgánica del SNS y MAIS-FCI), su aplicación solo hay servido para profundizar la hegemonía del modelo biomédico y del SNS a través de los mecanismos ya mencionados. La realidad, es decir, las lógicas comerciales del mercado, la soberbia tecnológica y la discriminación desde el conocimiento médico occidental, se sobrepone a la normativa legal y a los derechos colectivos de pueblos y nacionalidades indígenas.

En este contexto, la posibilidad de desarrollar sistemas de salud contrahegemónicos ingresa en el horizonte de la confrontación política con todos los mecanismos de dominación del capitalismo. Y no únicamente en el ámbito de la salud. La resistencia a las estrategias de desestructuración cultural y social en contra de pueblos y comunidades indígenas requiere de condiciones de negociación con el Estado mucho más concretas y efectivas que la normativa legal. Como lo demuestran los conflictos de las últimas décadas, solo el control territorial y la autonomía han conseguido frenar la expansión depredadora del capitalismo.

Adicionalmente, estas condiciones están sujetas a dos factores fundamentales: territorialidad y autonomía. Tanto la resistencia a la ofensiva del mercado y del Estado como la posibilidad de potenciación de estos sistemas ancestrales de salud dependen de la capacidad para sostener procesos propios, que permitan una interacción creativa, no subordinada, con el SNS (y también entre sistemas ancestrales).

Eso implica construir un espacio horizontal que trascienda las jerarquías que establecen las funciones de los actores del sector de la salud. Como dice Lang (2021), si entendemos al Estado —en la escala política que sea, local, nacional o internacional— como una relación social, como un campo de disputa asimétrico que condensa y materializa relaciones de fuerzas presentes en la sociedad, los objetivos transformadores únicamente son alcanzables con un fuerte contrapeso, que actúa desde afuera de las instituciones públicas. Lo que se requiere, entonces, es una organización social sólida, que junte las luchas territoriales por el agua, contra el extractivismo, por la seguridad social y por territorios saludables, no solo por la

oferta de servicios. En ese sentido, el movimiento indígena tiene un rol primordial para aglutinar a varias fuerzas sociales.

Pensar la salud como derecho colectivo implica un sistema de salud con base territorial, que asegure el manejo comunal de la tierra y del agua, la recolección de alimentos o la conservación de semillas, por mencionar los aspectos más relevantes. La relación de este sistema con el Estado podría darse de la misma manera que lo fueron —como conquista histórica del movimiento indígena— las escuelas interculturales bilingües. Es decir, una articulación comunitaria (con presupuestos participativos para la salud y decisiones colectivas) en la que se respeten las prácticas ancestrales de salud, en su mismo idioma y con sus propios acuerdos de distribución del poder dentro de la comunidad.

En ese sentido, para romper con el modelo de Estado que tenemos y comenzar a construir la plurinacionalidad como expresión de la libre determinación, se requieren nuevos entendimientos con estos sujetos de derechos colectivos. Se entiende que, más allá de ocupar en forma individual un cargo en el centro de salud a fin de captar parteras o promotores, lo que se requiere es respetar la designación de esos funcionarios desde las organizaciones indígenas, en diálogo continuo y a partir del respeto a la autonomía.

En América Latina, la lucha por la equidad se traduce en la disputa por sistemas únicos de salud que implican sistemas nacionales de provisión de servicios. En estos sistemas nacionales —necesarios, sin duda, tal como los desnuda la pandemia del COVID-19— cabe preguntarse si la lucha por el acceso a servicios (lo que la OMS denomina cobertura universal de salud) va de la mano con la colonización biomédica o con el exterminio de los sistemas de salud propios y plurales. La pregunta es concreta: ¿de qué salud y para qué territorios y poblaciones hablamos?

Un debate sobre el rol de la antropología en el manejo de estos procesos dinámicos y no ausentes de conflicto es imprescindible. Como plantea Ramírez Hita (2017: 186) para el caso peruano, la antropología ha sido planteada como una herramienta para transformar y modernizar aquellas culturas y áreas del país que se consideraban ancladas en un pasado y que debían integrarse en la sociedad mayoritaria. Esta forma de pensar la modernidad se impone mediante parámetros de la sociedad que nos remiten a una época colonial, de dependencias que se generan no ya a partir de la subordinación exterior de los Estados, sino dentro de los mismos Estados nacionales.

Referencias citadas

Aguirre, Milagros. 2016. *Límites de la salud intercultural: estudio de caso en la provincia de Orellana*. Quito: Plataforma por el Derecho a la Salud.

- Aguirre, Milagros. 2020. *La pandemia se ensañó con los pueblos indígenas*. Quito: Plataforma por el Derecho a la Salud.
- Arteaga, Érika y Juan Cuvi. 2020. "Las paradojas de la salud. Consolidación del complejo médico industrial y fortalecimiento del conservadurismo social. Análisis del caso ecuatoriano durante los Gobiernos de Alianza PAIS (2007-2019)". En: Stalin Herrera, Camilo Molina y Víctor Hugo Torres (eds.), *Ecuador: debates, balances y desafíos post-progresistas*. Quito: CLACSO.
- Ayala Mora, Enrique. 2011. *Interculturalidad: camino para el Ecuador*. Quito: FENOCIN.
- Cartuche Vacacela, Inti. 2016. De la plurinacionalidad del Estado a los gobiernos comunitarios. *Revista Convergencia Crítica*. 2(9): 51-66.
- CEPAL, UNFPA y OPS. 2010. *Salud materno infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina*. Santiago de Chile. <https://bit.ly/3IdXFLa/>
- CEPAL. 2020. "El impacto del COVID-19 en los pueblos indígenas de América Latina-Abya Yala: entre la invisibilización y la resistencia colectiva". Informes de Proyectos (LC/TS.2020/171) para la CEPAL. Santiago de Chile. <https://bit.ly/3KVZ7DJ/>
- CONAIE. 2007. *Principios y lineamientos para la nueva Constitución del Ecuador: por un Estado plurinacional, unitario, soberano, incluyente, equitativo y laico*. Quito.
- Constitución Política del Ecuador*. 2008. Asamblea Nacional Constituyente.
- Cuvi, Juan. 2015. "Modernidad, dominación y saberes ancestrales: la colonialidad del conocimiento médico en el Ecuador". En: Alberto Acosta y Esperanza Martínez (eds.), *Biopiratería*. Quito: Abya-Yala.
- Diccionario de la Real Academia Española*. 1994. RAE.
- Elmusharaf, Khalifa, Elaine Byrne, Ayat Abu-Agla, Amal AbdelRahim, Mary Manandhar, Egbert Sondorp y Diarmuid O'Donovan. 2017. Patterns and determinants of pathways to reach comprehensive emergency obstetric and neonatal care (CEMONC) in South Sudan: qualitative diagrammatic pathway analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 17(278): 1-15. <https://bit.ly/3JamYyH/>
- ENSANUT. 2014. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*, tomo 1. Quito: MSP; INEC.
- Fernández Juárez, Gerardo. 2010. "Sumak Kawsay: retos y paradojas de la Salud Intercultural". En: Autor (ed.), *Salud, interculturalidad y derechos: claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay-Buen Vivir*, pp. 17-52. Quito: Abya Yala.
- Jagtenberg, Tom, Sue Evans, Airdre Grant, Ian Howden, Monique Lewis y Judy Singer. 2006. Evidence-based medicine and naturopathy. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*. 12(3): 323-328.
- Knipper, Michael y Verena Dannhardt. 2009. "30 Años de cirugía en la Amazonía ecuatoriana: las experiencias del Dr. Manuel Amunárriz y la medicina intercultural". En: Gerardo Fernández Juárez (ed.), *Salud e*

- interculturalidad en América Latina: prácticas quirúrgicas y pueblos originarios*, pp. 203-17. Quito: Abya-Yala.
- Knipper, Michael. 2010. Más allá de lo indígena: Salud e Interculturalidad a nivel global. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 27(1): 94-101. <https://bit.ly/36huWaZ/>
- Lang, Miriam. 2021. *Rehabilitando el territorio: plurinacionalidad, interculturalidad y sumak kawsay en el primer municipio indígena de Cayambe*. Quito: UASB.
- León, Marco. 2020. *Escuela de Formación de Derechos Colectivos y Economía Comunitaria del Pueblo Kitu Kara*. Quito: Casa Pueblo Kitu Kara.
- Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud*. 2013.
- Montenegro, Raúl y Carolyn Stephens. 2006. Indigenous health in Latin America and the Caribbean. *Lancet*. 367: 1859-1869.
- MSP. 2008. *Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado*. <https://bit.ly/36f2R3L/>
- Noboa, Hugo. 2019. *Mortalidad materna en el Ecuador: una mirada crítica*. Quito: Plataforma por el Derecho a la Salud.
- OPS. 2008. "Reunión regional: determinantes sociales de la salud de los pueblos indígenas de las Américas". Documento de trabajo. Quito: OPS; OMS; Programa Regional Salud de los Pueblos Indígenas.
- OPS. 2021. "El impacto de la COVID-19 en los pueblos indígenas de la región de las Américas: perspectivas y oportunidades". Informe de la reunión regional de alto nivel para la Organización Panamericana de la Salud. <https://bit.ly/3MWVXBt/>
- Orrego Echeverría, Israel Arturo. 2018. *Ontología relacional del tiempo-espacio andino: diálogos con Martin Heidegger*. Universidad Santo Tomás. <https://bit.ly/315t0Q4/>
- Pacari, Nina. 2018. "La plurinacionalidad en la llamada Revolución Ciudadana". En: Juan Cuví (ed.), *El gran fraude*, pp. 111- 120. Quito: Montecristi Vive.
- Paz y Miño, César, Ana Karina Zambrano y Paola Leone. 2021. "Origen de la población ecuatoriana y sus componentes étnicos a partir de huellas genéticas de autosomas, mitocondrias y cromosoma Y". En: Enrique Gea Izquierdo y Ninfa Patiño Sánchez (eds.), *Características socioculturales, demográficas y de salud pública de las nacionalidades indígenas del Ecuador*. Quito: PUCE.
- Ramírez Hita, Susana. 2009. Políticas de salud basadas en el concepto de interculturalidad: Los centros de salud intercultural en el altiplano boliviano. *Avá, Revista de Antropología*. (14): 1-28. <https://bit.ly/3t63fuA/>
- Ramírez Hita, Susana. 2011. *Salud intercultural: crítica y problematización a partir del contexto boliviano*. La Paz: ISEAT.
- Ramírez Hita, Susana. 2017. ¿Es posible una antropología médica emancipadora? Reflexiones desde el contexto regional. *Avá, Revista de Antropología*. (31): 185-196.
- Ramón Valarezo, Galo. 2008. *¿Plurinacionalidad o interculturalidad en la Constitución?* Quito: s. e. <https://bit.ly/3w63APN/>



- Relman, Arnold y Andrew Weil. 1999. Is Integrative Medicine the Medicine of the Future? A Debate Between Arnold S. Relman and Andrew Weil. *Archives of Internal Medicine*. 159(18): 2122-2126.
- Rodríguez, Liliana. 2006. "Enfoque Intercultural en Salud Sexual y Reproductiva en el Ecuador". En: Autora *et al.*, *Enfoque intercultural y de género en salud materna*, pp. 17-30. Otavalo: Gobierno Municipal de Otavalo; UNIFEM; UNICEP; UNFPA; OMS.
- Walsh, Catherine. 2009. *Interculturalidad, Estado, sociedad: luchas (de)coloniales de nuestra época*. Quito: Abya-Yala.
- Wilson, Japhy y Manuel Bayón. 2017. *La selva de los elefantes blancos: megaproyectos y extractivismos en la Amazonia ecuatoriana*. Quito: Abya-Yala.