

**FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES  
SEDE ECUADOR  
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGÍA, HISTORIA Y HUMANIDADES  
CONVOCATORIA 2012-2014**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE MAESTRÍA EN ANTROPOLOGÍA**

**SALUD INTERCULTURAL: DISCURSOS Y PRÁCTICAS DE LOS PROCESOS  
DE SALUD/ENFERMEDAD/ATENCIÓN ENTRE LOS SHUAR DE MORONA  
SANTIAGO**

**MAGALÍ KANTEREWICZ**

**ENERO 2015**

**FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES  
SEDE ECUADOR  
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGÍA, HISTORIA Y HUMANIDADES  
CONVOCATORIA 2012-2014**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE MAESTRÍA EN ANTROPOLOGÍA**

**SALUD INTERCULTURAL: DISCURSOS Y PRÁCTICAS DE LOS PROCESOS  
DE SALUD/ENFERMEDAD/ATENCIÓN ENTRE LOS SHUAR DE MORONA  
SANTIAGO**

**MAGALÍ KANTEREWICZ**

**ASESOR DE TESIS: VÍCTOR BRETÓN**

**LECTORES/AS: KATY ÁLVAREZ**

**MICHAEL UZENDOSKI**

**ENERO 2015**

## **DEDICATORIA**

A la Vida en su insondable complejidad.

## **AGRADECIMIENTOS**

A todos los que durante este proceso de investigación compartieron con tanta generosidad sus reflexiones, experiencias y sentimientos, en particular a los amigos y amigas del Pueblo Shuar Arutam y a las personas que trabajan en el subcentro de Santiago; a mi padres, Rosa Jagus y Pablo Kanterewicz; a Ana María Goetschel y Eduardo Kingman por su apoyo y orientación en mi formación; a Fernando García por su valioso acompañamiento durante todo este proceso, a Víctor Bretón por sus excelentes correcciones a esta tesis y por su contagiosa pasión por la investigación; a Patricia Peñaherrera y Santiago Kingman por su cariño y apoyo durante estos años y por aprender tantas cosas de ellos; a Manuela Silveira por su gran amistad, sus sugerencias y por tantas charlas y reflexiones compartidas en torno al quehacer antropológico; y a Nicolás Kingman, mi compañero de vida, por su paciencia, amor y apoyo.

## ÍNDICE

RESUMEN .....	7
INTRODUCCIÓN.....	8
CAPÍTULO I.....	12
UNA APROXIMACIÓN TEÓRICA .....	12
Críticas al paradigma del Desarrollo .....	12
Desarrollo y hegemonía del modelo biomédico .....	14
Reconocimiento de las demandas del sector indígena.....	17
<i>¿Ruptura o continuidad con el multiculturalismo neoliberal?</i> .....	18
Medicina tradicional, interculturalidad y Estado.....	21
La cuestión de la etnicidad e identidad.....	24
Intersección entre saberes y modelos de atención en salud.....	27
CAPÍTULO II.....	30
CONTEXTUALIZACIÓN HISTÓRICA .....	30
Salud y Desarrollo .....	30
Interés de los organismos multilaterales y del Estado ecuatoriano en la salud indígena .....	31
La salud intercultural en el Ministerio de Salud Pública del Ecuador .....	37
<i>Experiencias locales en salud intercultural en Ecuador</i> .....	41
<i>La salud intercultural en Morona Santiago</i> .....	42
Los shuar de la Amazonía sur del Ecuador .....	42
<i>El Pueblo Shuar Arutam</i> .....	44
<i>El área de salud en el Pueblo Shuar Arutam</i> .....	47
<i>El Pueblo Shuar Arutam en la actualidad</i> .....	48
Sobre el pluralismo médico entre los shuar.....	49
CAPÍTULO III .....	51
DISCURSOS Y PRÁCTICAS SOBRE LA SALUD INTERCULTURAL.....	51
La salud intercultural según los diferentes actores.....	54
<i>Las percepciones de los usuarios/beneficiarios</i> .....	54
<i>Las opiniones de los trabajadores de la salud</i> .....	57
<i>Algunas propuestas desde los propios actores</i> .....	59

Un acercamiento a las prácticas: los servicios del Ministerio de Salud en Tiwintza, Morona Santiago .....	60
<i>El encuentro entre el modelo oficial de salud y sus usuarios</i> .....	65
Sobre los diferentes saberes y modelos de atención en lo cotidiano .....	67
CAPÍTULO IV .....	72
DIFICULTADES PARA LA CONCRECIÓN DE UNA SALUD	
INTERCULTURAL .....	72
Algunas contradicciones en relación al modelo estatal .....	72
<i>La cuestión medioambiental</i> .....	74
La hegemonía del modelo biomédico y la subordinación de la medicina tradicional y las medicinas alternativas y complementarias .....	75
<i>Sobre los profesionales del modelo biomédico</i> .....	78
Incompatibilidad entre los modelos de atención en salud .....	79
Algunas cuestiones sobre la cultura e historia shuar a la hora de pensar en un diálogo intercultural .....	82
<i>La desconfianza hacia personas ajenas</i> .....	82
<i>Revisando la historia entre las Misiones y los shuar</i> .....	83
<i>La percepción sobre la medicina tradicional y la heterogeneidad de posturas entre         los shuar</i> .....	85
Algunas aclaraciones sobre el proceso de reconocimiento de la medicina tradicional .....	86
UNAS ÚLTIMAS REFLEXIONES A MODO DE CONCLUSIÓN .....	89
Vigencia del paradigma desarrollista .....	89
Continuidades con el multiculturalismo neoliberal .....	90
Salud intercultural: Vía para la regulación e institucionalización de la medicina tradicional .....	91
Las paradojas del proceso de institucionalización de la MT y la interculturalidad....	92
BIBLIOGRAFIA .....	96
ANEXOS .....	101
ANEXO I .....	101
ANEXO II .....	106
ANEXO III .....	107

## RESUMEN

La presente tesis, comienza describiendo el contexto en el que aparece la noción de salud intercultural así como el surgimiento del interés por la medicina tradicional indígena tanto a nivel nacional como internacional. De esta manera, se puede observar cómo la preocupación por la salud de los pueblos indígenas, a la vez que surge de la demanda de estos mismos sectores, se vuelve uno de los ejes principales de intervención tanto de los organismos multilaterales como del Estado ecuatoriano. A partir de allí, el trabajo de investigación se enfoca en indagar de qué manera, en el contexto del Ecuador entre los años 1990 y 2014, los discursos ligados a estas temáticas se traducen en prácticas concretas dentro de los procesos de salud/enfermedad/atención en relación a los pueblos indígenas amazónicos, en particular de los shuar de la cordillera del Cóndor en la provincia de Morona Santiago.

Desde una aproximación etnográfica, y a través del contraste de los discursos con prácticas sobre la salud intercultural y la medicina tradicional indígena, se encontrará que a pesar de la existencia de muchos elementos jurídicos y normativos destinados a respetar la diversidad cultural, en la práctica, no se ha logrado producir los cambios profundos que permitirían consolidar las bases de la plurinacionalidad e interculturalidad, características por las que se define el presente Estado ecuatoriano; situación que recuerda, y que de alguna manera parece continuar con ciertas dinámicas de la época del multiculturalismo neoliberal. Por otro lado, también ligado a estas condiciones estructurales, se identificarán ciertas dificultades en torno a la posibilidad de concretar un diálogo intercultural en salud que sea realmente respetuoso y simétrico entre las partes, así como un incipiente proceso de regulación de la medicina tradicional indígena bajo parámetros biomédicos-occidentales por parte del Estado, lo cual lleva a reflexionar sobre la situación de los pueblos indígenas en este escenario, así como sobre las nociones de identidad étnica y de transformación cultural en la actualidad.

## INTRODUCCIÓN

La propuesta original de la presente investigación era conocer cómo se daba la intersección entre los diferentes modelos de atención en salud, centrándose en particular en la relación entre el modelo biomédico del Estado ecuatoriano y la medicina tradicional de los shuar de Morona Santiago. La idea era entender cómo en los procesos de salud/enfermedad/atención entre los shuar coexistían y se articulaban estos modelos, así como ver de qué manera se estaba dando la atención por parte del Ministerio de Salud Pública, y qué discursos y prácticas existían en torno a la salud intercultural. Sin embargo, al iniciar el trabajo de campo, me encontré con que estaba frente a una inmensa problemática, que tenía múltiples dimensiones desde las cuales podría ser abordada.

El primer gran aprendizaje en este proceso fue el de entender que, a pesar de que ya había trabajado varios años junto a los shuar y de que habíamos hecho buenos lazos de amistad, el lograr atravesar esa primera capa de las relaciones interétnicas donde solo se accede a “versiones simplificadas de las nuevas formas culturales (...), versiones dirigidas a los foráneos `para el consumo público” (Jackson, 1996: 460), es un proceso largo. Conocer en profundidad la forma de vida de una comunidad o pueblo indígena, en este caso los shuar del Pueblo Shuar Arutam y poder comprender su cultura, lleva mucho más tiempo que el establecido para una tesis de maestría; se trata de una tarea que podría llevar varios años o incluso toda una vida. Por lo tanto, el alcance de la presente tesis le permitió convertirse en una primera aproximación a este tema tan vasto y complejo, dejando muchas cuestiones pendientes para profundizar en futuros trabajos.

De esta manera, la presente investigación se centra más en el contraste de los discursos y las prácticas del Estado ecuatoriano en torno a la salud intercultural, así como en la percepción de los diferentes actores involucrados, entendiendo a la salud como un espacio en el que se expresan las relaciones de poder, indagando sobre la ruptura o continuidad de los procesos actuales con el multiculturalismo neoliberal y el proceso de articulación entre la biomedicina y la medicina tradicional indígena según los propios actores, e investigando de manera menos profunda, debido a las limitaciones expuestas anteriormente, en las prácticas cotidianas de salud entre los shuar.

A través de un enfoque etnográfico, se trabajó con metodología principalmente cualitativa, utilizando diferentes métodos de recolección de datos tales como



observación participante, conversaciones informales, diario de campo, entrevistas a profundidad, cuestionarios y lectura de material bibliográfico sobre el tema, tanto teórico como documental. El trabajo de campo se llevó a cabo realizando estadías en algunos centros shuar del Pueblo Shuar Arutam, a través de encuentros formales e informales con algunos actores, así como con visitas a los servicios del Ministerio de Salud de la provincia, sobre todo al subcentro de salud de Santiago, en el cantón de Tiwintza, donde se realizaron tanto visitas a la unidad operativa como salidas a las comunidades shuar junto al equipo de trabajo del subcentro.

Cabe destacar, que mi formación en el campo de la salud y mi experiencia laboral dentro del campo biomédico en Argentina, me permitió partir de ciertos conocimientos, críticas e inquietudes en torno al funcionamiento del sistema de salud formal. Por otro lado, el acceso y estadías en el campo, así como la interpretación de los datos obtenidos, como muchas de las reflexiones esbozadas en esta tesis, se vieron facilitadas y enriquecidas por mi experiencia previa de trabajo de más de 3 años con el Pueblo Shuar Arutam. Si bien con ellos no había trabajado en investigación ni en temas de salud, muchas personas, comunidades y prácticas culturales me eran ya conocidas, por lo que todo el proceso investigativo se desarrolló partiendo de y dialogando con esos conocimientos, experiencias y vínculos previos.

En cuanto a la estructura del texto, en un primer capítulo se desarrolla una aproximación teórica en la que se exponen algunas reflexiones basadas en diversos autores que analizan y critican al paradigma del desarrollo, así como a la hegemonía del modelo biomédico y a la relación del mismo con el modelo desarrollista, poniendo sobre la mesa la discusión sobre la ruptura y/o continuidad de ciertos elementos del multiculturalismo neoliberal con el presente modelo estatal. Luego se presenta el tema de la salud intercultural y del reconocimiento de la medicina tradicional por parte del Estado y de organismos multilaterales, y sobre las posibles repercusiones de dichos procesos en la vida de los pueblos indígenas, lo cual, a su vez, abre algunas inquietudes en relación a la noción de identidad y a los procesos de transformación cultural. Finalmente se presentan algunos conceptos que sirven como herramientas para comprender los procesos de salud/enfermedad/atención y, en particular, la intersección entre diferentes saberes y modelos de atención en salud.

En el segundo capítulo se realiza una contextualización histórica sobre el tema, en la que se describe el surgimiento del interés por parte de los organismos multilaterales y de algunos Estados de Latinoamérica por la salud de los pueblos indígenas, y sobre cómo fueron siendo incorporadas nociones tales como medicina tradicional y salud intercultural en diferentes directrices y normativas nacionales e internacionales. Luego se comenta sobre este proceso en la provincia de Morona Santiago y se expone una breve historia sobre los shuar de esta zona y en particular sobre el Pueblo Shuar Arutam, su proceso de conformación organizativa, sus objetivos y su trabajo en relación a la salud. Finalmente se mencionan algunas reflexiones sobre el pluralismo médico entre los shuar.

En el tercer capítulo, a partir de los hallazgos en el trabajo de campo, se describen los discursos y prácticas sobre la salud intercultural en Morona Santiago. Se detallan las percepciones que tienen los diferentes actores sobre la salud intercultural y se relatan las actividades que se han realizado desde el subcentro de salud del Ministerio de Salud Pública de Santiago en esta área. Se analiza la atención que brinda esta unidad operativa de salud en la actualidad a la población shuar y, por último, se reflexiona sobre los diferentes saberes y modelos de atención que coexisten en la vida cotidiana de los shuar.

En el último capítulo se exponen ciertas dificultades que se han identificado durante la investigación, las cuales impiden que se desarrolle una interculturalidad en salud que se base en el respeto y simetría en las relaciones y que asimismo cuestione de manera profunda los fundamentos del modelo estatal en general y del sistema de salud en particular. Entre estas dificultades se encuentran: algunas de las contradicciones en el modelo estatal, que terminan menguando la posibilidad de garantizar los derechos de los pueblos indígenas; la vigencia de la hegemonía del modelo biomédico que subordina a las otras medicinas, en este caso a la medicina tradicional indígena; la incompatibilidad de estos modelos de atención en salud; y algunas barreras que existen desde el sector indígena para el diálogo intercultural que tienen que ver con la desconfianza y resistencia que presentan a la hora de compartir experiencias y conocimientos sobre la medicina tradicional, lo cual se fundamenta en su experiencia de largas relaciones interétnicas de subordinación, en las que los shuar han sido discriminados y perseguidos por practicar sus costumbres, y por el hecho de que todavía está muy presente el temor a

que personas ajenas a su cultura roben sus conocimientos para beneficiarse económicamente con ellos.

Para finalizar, y a modo de conclusión, se esbozan ciertas reflexiones, principalmente en torno a cuestiones tales como la vigencia del paradigma desarrollista; las continuidades entre el modelo estatal actual y el multiculturalismo neoliberal; el proceso de regulación e institucionalización de la medicina tradicional, el rol de la salud intercultural en este proceso y algunas paradojas que surgen sobre todo en relación a la interpretación del significado de esta situación y a las posibles repercusiones en la calidad de vida de los pueblos indígenas, especialmente en la posibilidad de ejercer su derecho a la diversidad cultural y autodeterminación.

## CAPÍTULO I UNA APROXIMACIÓN TEÓRICA

### **Críticas al paradigma del Desarrollo**

Para abordar el tema de la situación de los pueblos indígenas en América Latina desde un análisis crítico, es indispensable indagar sobre ciertos procesos sociales, políticos y económicos que se sucedieron a nivel local, regional y global, con el fin de comprender la realidad actual de estos pueblos, y en particular en relación a los procesos de salud/enfermedad/atención de los mismos<sup>1</sup>.

Desde la segunda mitad del siglo XX en adelante el desarrollo, entendido como una meta a alcanzar por todos los países del mundo, logró consolidarse como algo natural, unívoco, que era deseable e incluso necesario. Sin embargo, algunos autores han advertido que en realidad se trataba de un discurso y proyecto civilizatorio mediante el cual una sociedad intentaba imponer sus propios valores a las otras (Rist, 2002).

Asimismo se argumenta que el desarrollo es “una impostura conceptual, por su pretensión universalista, y una impostura práctica, por sus contradicciones profundas” (Latouche, 2007: 53). Es decir, que estas ideas de progreso y de crecimiento económico infinito ligadas al desarrollo, no son valores universales en sí mismos, sino que tienen que ver con los valores occidentales, propios de la modernidad y del sistema capitalista, los cuales pretenden extenderse al resto de las sociedades del mundo. Además, este desarrollo genera grandes contradicciones en la práctica en relación a la pobreza, hambre, inequidad y con respecto a las consecuencias negativas que este modelo produce sobre el medioambiente, a pesar de caracterizarse por prometer justamente todo lo contrario en relación a estos mismos aspectos.

Por otro lado, desde las críticas posestructuralistas<sup>2</sup>, se cuestiona cómo los países de América Latina, Asia y África, llegaron a ser catalogados como “subdesarrollados” y por lo tanto calificados como regiones necesitadas de ayuda para conseguir el desarrollo (Escobar, 2005). Situación que llevó a que una gran cantidad de pueblos diversos,

---

<sup>1</sup> Para la presente tesis me circunscribiré a los procesos ocurridos en el siglo XX. No obstante, para llegar a una comprensión más integral del tema sería necesario indagar también sobre estas cuestiones en los períodos coloniales y republicanos anteriores, tarea que excede los límites del presente trabajo.

<sup>2</sup> Desde el llamado enfoque posestructuralista, varios autores hacen una crítica al desarrollo afirmando que se trata de una construcción social, un discurso-práctica que transforma la realidad y que está atravesado por ciertas dinámicas de poder-saber que consolidan y reproducen este modelo civilizatorio de corte occidental. Por otro lado, los abordajes para analizar el desarrollo y develar su funcionamiento, así como las propuestas para deconstruirlo y para encontrar alternativas al mismo son muy variadas, tales como los trabajos de Escobar (1996, 2005), Esteva (1988), Ferguson (2012), Latouche (2007), Rist (2002), Said (1990).

englobados en la categoría de “subdesarrollados”, hayan sido “requeridos para buscar insistentemente la occidentalización con desprecio de sus propios valores, (...) [siendo conquistada] su independencia política, (...) [perdiendo] su identidad y su autonomía económica, [viéndose de esta manera] obligados a caminar por la “senda del desarrollo” trazada por gentes distintas de ellos” (Rist, 2002: 94).

A partir de este objetivo de sacar del “atraso” y de desarrollar a los países pobres, se pone en marcha desde Estados Unidos la transferencia de tecnología moderna, la asistencia técnica y la inyección de capital hacia el Tercer Mundo. Estas iniciativas estaban sustentadas en la creencia de que

la modernización (...) [era la] única fuerza capaz de destruir supersticiones y relaciones arcaicas, sin importar el costo social, cultural y político. [Asimismo, l]a industrialización y la urbanización eran consideradas rutas progresivas e inevitables hacia la modernización. (...) [Y se sostenía que s]olo mediante el desarrollo material podría producirse el progreso social, cultural y político” (Escobar, 2007 [1996]: 86).

El desarrollo era, y sigue siendo en gran parte, un enfoque de arriba abajo, etnocéntrico y tecnocrático que trataba a la gente y a las culturas como conceptos abstractos, como cifras estadísticas que se podían mover de un lado a otro en las gráficas del “progreso”. El desarrollo nunca fue concebido como proceso cultural (la cultura era una variable residual, que desaparecería con el avance de la modernización) sino más bien como un sistema de intervenciones técnicas aplicables más o menos universalmente con el objeto de llevar algunos bienes “indispensables” a una población “objetivo”. No resulta sorprendente que el desarrollo se convirtiera en una fuerza tan destructiva para las culturas del Tercer Mundo, irónicamente en nombre de los intereses de sus gentes (Escobar, 2007 [1996]: 94).

Por otro lado, cabe destacar que la consolidación de este paradigma del desarrollo se dio principalmente a través de dos procesos interrelacionados:

1. La profesionalización de los problemas del desarrollo, proceso que “permitió desplazar todos los problemas de los ámbitos políticos y culturales al campo aparentemente más neutral de la ciencia.” Lo cual desencadenó “la llegada masiva de expertos” al Tercer Mundo, encargados, a fin de cuentas de “producir un régimen de verdades y normas” sobre estas sociedades (Escobar, 2007 [1996]: 96, 97).
2. La institucionalización del desarrollo: Se creó “un campo institucional desde el cual los discursos eran producidos, registrados, estabilizados, modificados y puestos en circulación. Dicho campo (...) íntimamente ligado con los procesos de profesionalización (...) constituye[ro]n un aparato que [se encargó de] organiza[r] la

producción de formas de conocimiento y la organización de formas de poder, interrelacionándolos” (Escobar, 2007 [1996]: 97).

Es decir, como afirma Ferguson en su estudio sobre el desarrollo en Lesoto, el cual sirve como referencia para analizar procesos similares ocurridos en diferentes lugares del Tercer Mundo,

las instituciones de “desarrollo” generaron su propia forma de discurso y, simultáneamente, ese discurso construyó (...) [estos países “subdesarrollados”] como un particular tipo de objeto de conocimiento y [a su vez,] creó una estructura de conocimiento alrededor de tal objeto. Las intervenciones fueron organizadas sobre la base de esta estructura de conocimiento que, mientras “era falsa” en sus propios términos, sin embargo tenía unos efectos reguladores que incluyeron la expansión y el atrincheramiento del poder burocrático del Estado junto a la proyección de una imagen de lo económico y de la vida social que, en la medida en que es exitosa, anula sus efectos. Por tanto, (...) [se trata de] una “máquina antipolítica”, [que] despolitiza todo lo que toca, diluye realidades políticas en todas partes, y a la vez lleva a la práctica, sin pena ni gloria, su propio plan de expansión del poder burocrático del Estado (Ferguson, 2012: 241).

Es importante tener en cuenta este análisis sobre el funcionamiento del paradigma del desarrollo ya que, como se verá más adelante, a pesar de que en la actualidad se hable de un post desarrollo y de una ruptura con dicho paradigma, todavía se pueden encontrar muchos procesos que siguen obedeciendo a estas lógicas.

### **Desarrollo y hegemonía del modelo biomédico**

El campo de la salud no estuvo exento de estos procesos, por el contrario, el ímpetu desarrollista en Latinoamérica reforzó aún más la primacía del *modelo médico hegemónico*, modelo biomédico de atención de la salud definido por

el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado (Menéndez, 1990: 83).

Sin embargo, como relata Seppilli, “hacia mediados del siglo XX, en muchos países la biomedicina había alcanzado el punto álgido de su legitimación y de su expansión cultural” (Seppilli, 2000: 39). Esto se debió a diversos factores tales como la aparición de nuevas enfermedades como las degenerativas que hicieron que la eficacia

demostrada por el modelo adoptado anteriormente para las enfermedades infecciosas pierda su valor, lo cual generó

una creciente desilusión de las expectativas de la opinión pública con respecto a la esperanza-certeza de desarrollo sin límites de la medicina fundada sobre aquellos modelos (...); [sumado a] una fuerte «objetivación» o «reificación» del paciente, una atención sanitaria centrada en el proceso patológico más que en el enfermo y en su subjetividad, una despersonalización y un empobrecimiento emocional de la correlación interna entre el médico y el paciente (Seppilli, 2000: 40).

De esta manera, se dieron las condiciones para la proliferación de otros modelos de atención, tales como las denominadas medicinas alternativas y complementarias (MAC), un grupo variado de medicinas conformado por

las medicinas (...) «tradicionales» indígenas<sup>[3]</sup>, (...) [con sus] diversas formas especializadas (como «adivinadores», «chamanes», «curanderos», «comadronas», «hueseros», «sobadores», «yerberos»), (...) diferentes corrientes terapéuticas ancestrales (como la medicina china, la islámica, la ayurvédica y la tibetana) (...), y otras mucho más modernas, que incluyen (...) la aromaterapia, la homeopatía, la iridología, la kinesiología, el naturismo, la osteopatía, la quiropraxia, la sofrología, la reflexología, la terapia neural y muchas más tendencias y corrientes médicas alternativas denominadas de la «nueva era» (Eisenberg et al., 1993 citado en Haro, 2000: 109).

Este fenómeno fue sostenido por la difusión y consolidación en los países occidentales de un grupo heterogéneo de valores tales como

[la] revalorización de la naturaleza y del ambiente, nostalgia «rural-folklórica», actitudes antiindustriales y actitudes de rechazo de algunas grandes alternativas que están en la raíz de la así llamada civilización occidental (la razón, la ciencia, la tecnología), con la consecuente valoración de prácticas-símbolo «invertidas» o provenientes de otra civilización. Y en particular, modelos holísticos y empáticos de relaciones interpersonales, combinados con la hostilidad a toda terapia «no natural», «incisiva», «violenta» (Seppilli, 2000: 41).

De esta manera, el propio modelo biomédico comenzó también a transformarse y a revalorizar “la importancia de los estados emotivos y de las vivencias psíquicas, producto de las relaciones interindividuales y de los estilos de vida como factores patógenos o, viceversa, como factores de defensa orgánica o de auténtica terapia”

---

<sup>3</sup> Si bien este y otros autores incluyen a la medicina tradicional indígena entre las MAC, más adelante se discutirá sobre dicha clasificación.

(Seppilli, 2000: 42), y a aceptar, por lo menos a nivel discursivo, algunas de sus limitaciones y la necesidad de dialogar con otros saberes<sup>4</sup>.

No obstante, cabe aclarar que hasta el día de hoy, estas medicinas la mayoría de las veces son deslegitimadas por los profesionales del modelo biomédico, y a fin de cuentas “consideradas «alternativas» [y/o complementarias] respecto a este modelo, y (...) [solo llegan a obtener] un reconocimiento subordinado al de la medicina hegemónica” (Haro, 2000: 110).

Pero ¿cómo se manifiesta este paradigma desarrollista y el modelo médico hegemónico (MMH) a nivel local? Por otro lado, ¿qué ocurre con estos grupos y modelos de atención que se encuentran en una posición de subalternidad? Y más aún, ¿Qué ocurre entonces en América Latina, en especial en Ecuador, donde a nivel discursivo pareciera haber un reconocimiento de estos grupos históricamente excluidos?

Para intentar responder a estos interrogantes es necesario aproximarse desde una perspectiva antropológica, que, como afirma Ferguson siguiendo a Foucault, tenga presente que “el discurso es práctica, está estructurado y tiene efectos que van mucho más allá que la simple “mistificación” (...)[. Por lo tanto, este debe ser el] punto de partida para una exploración del modo en el que las iniciativas para el “desarrollo” son producidas y puestas en práctica” (Ferguson, 2012: 248). Es así que lo importante aquí es conocer los “modos en que opera el desarrollo como escenario del enfrentamiento cultural y la construcción de la identidad” (Escobar, 2007 [1996]: 41):

las etnografías sobre la circulación de los discursos y prácticas del desarrollo y la modernidad[, y la forma en que coexisten las modernidades y tradiciones culturales] nos brindan (...) una visión de la situación en que se encuentran culturalmente estas comunidades en relación con el desarrollo. Esta visión puede tomarse como base para cuestionar las prácticas vigentes en términos de su rol potencial en la articulación de alternativas (Escobar, 2007 [1996]: 417).

Entonces, teniendo en cuenta lo dicho anteriormente, ¿qué fue ocurriendo con estos discursos, prácticas y modelos hegemónicos a nivel local? Y en el caso de la salud, ¿cómo estos nuevos conceptos, discursos y estrategias asumidos por el modelo médico

---

<sup>4</sup> Asimismo, a partir de esta crisis, la antropología médica cambió su perspectiva y empezó a considerar a “la biomedicina como cualquier otro sistema médico, (...) en tanto que producto histórico”, logrando de esta manera superar “la aproximación acrítica y etnocéntrica que veía en la biomedicina el punto de llegada de una única y larga línea evolutiva, mientras que todos los demás sistemas médicos parecían estar detenidos en estadios previos” (Seppilli, 2000: 39).



hegemónico (así como por los organismos internacionales de cooperación al desarrollo y por muchos Estados de Latinoamérica) se articularon con los procesos concretos de salud/enfermedad/atención de los pueblos indígenas?

### **Reconocimiento de las demandas del sector indígena**

En Ecuador, tras largos años de lucha por parte del movimiento indígena, al menos a nivel jurídico, se consiguió alcanzar algunos logros en relación a su propuesta de construir un Estado plurinacional e intercultural y al reconocimiento de muchos de sus derechos colectivos.

La Constitución de la República del Ecuador del año 2008 reconoció a este país como un Estado plurinacional e intercultural e incluyó por primera vez en esta carta magna la noción de *Sumak Kawsay*/Buen Vivir. Para ciertos autores, la incorporación de propuestas provenientes de los sectores indígenas, significa un hito histórico ya que “cuestiona y transgrede los modelos y las prácticas ambiguos fundantes (...) construidos con base en la complicidad entre el discurso de mestizaje, la colonialidad del poder y el capitalismo, y en los modelos y las prácticas recientes de la política neoliberal” (Walsh, 2009: 228).

Asimismo, desde esta perspectiva, se plantea que estas propuestas provenientes de los sectores indígenas podrían considerarse como una interesante alternativa “al Estado monocultural y hegemónico, y a (...) las estructuras, instituciones y relaciones” (Walsh, 2009: 53) que se han venido reproduciendo desde hace siglos en esta región, generando así la posibilidad de construir nuevos proyectos nacionales que sean más incluyentes, equitativos y democráticos.

Desde esta línea de pensamiento, la interculturalidad es concebida

como concepto y práctica, proceso y proyecto (...)[. L]a interculturalidad significa –en su forma más general– el contacto e intercambio entre culturas en términos equitativos; en condiciones de igualdad. Tal contacto e intercambio no deben ser pensados simplemente en términos étnicos sino a partir de la relación, comunicación y aprendizaje permanentes entre personas, grupos, conocimientos, valores, tradiciones, lógicas y racionalidades distintas, orientados a generar, construir y propiciar un respeto mutuo, y un desarrollo pleno de las capacidades de los individuos y colectivos, por encima de sus diferencias culturales y sociales. En sí, la interculturalidad intenta romper con la historia hegemónica de una cultura dominante y otras subordinadas y, de esa manera, reforzar las identidades tradicionalmente excluidas.

No es simplemente reconocer, tolerar o incorporar lo diferente dentro de la matriz y estructuras establecidas. Por el contrario, es implosionar –desde la diferencia– las estructuras coloniales del poder (...); es re-conceptualizar y re-fundar estructuras sociales, epistémicas y de existencias, que ponen en escena y en relación equitativa lógicas, prácticas y modos culturales diversos de pensar, actuar y vivir (Walsh, 2009: 41, 43).

Sin embargo, luego de varios años de aprobada la Constitución del 2008, la realidad demuestra que la mayoría de estas propuestas han quedado solamente en el papel y en los discursos y, aún teniendo en cuenta las intervenciones realizadas con la intención de respetar la diversidad y promover la interculturalidad, no se ha logrado en lo concreto producir las tan anheladas transformaciones estructurales<sup>5</sup>.

Muy por el contrario, parecería ser que aquellas críticas realizadas a los procesos de incorporación de las demandas indígenas en las políticas estatales en la época neoliberal de los años noventa, podrían estar de alguna manera todavía aún vigentes.

#### *¿Ruptura o continuidad con el multiculturalismo neoliberal?*

En la década de 1990 en América Latina a partir de las movilizaciones indígenas, “se materializaron una serie de instrumentos legales nacionales e internacionales, los cuales otorgaron mayor poder y legitimidad a los derechos por los cuales muchas organizaciones estaban luchando” (Hale, 2007: 287).

Existen muchas críticas en torno a estas políticas de reconocimiento y a los efectos que las mismas desencadenaron. Siguiendo a Hale, este fenómeno, denominado “multiculturalismo neoliberal” se caracteriza por ser un proceso a través del “cual los propulsores de la doctrina neoliberal apoyan de modo proactivo una versión importante, si bien limitada, de los derechos culturales indígenas, como medio de resolver sus propios problemas y avanzar sus propias agendas políticas”. Además, se especializa en “ceder terreno de modo cuidadoso a objeto de resguardarse más efectivamente frente a demandas de más largo alcance y, lo que es más importante, configurar de modo proactivo el terreno sobre el cual puedan darse las futuras negociaciones de derechos culturales” (Hale, 2007: 289, 291). De esta manera, este autor concluye que

[e]l multiculturalismo neoliberal ha surgido en parte como una respuesta a las demandas por derechos de aquellos culturalmente oprimidos y excluidos. En este sentido, abre un espacio político nuevo, ofrece concesiones significativas, las cuales habrían permanecido, en otro momento, claramente

---

<sup>5</sup> Este tema se desarrolla con mayor profundidad en el segundo capítulo, en particular en relación al tema de la salud intercultural.

inalcanzables. Específicamente, los proponentes del multiculturalismo neoliberal son más proclives a suscribir los derechos al “reconocimiento”, negados o suprimidos categóricamente debido a que las nociones de ciudadanía, construcción de la nación y desarrollo de la sociedad habían sido desarrolladas sobre la imagen de un sujeto político culturalmente homogéneo. A partir del “reconocimiento”, lógicamente siguieron otros derechos, justificados en un espíritu de igualdad intercultural: las reformas en las políticas lingüísticas y educativas, la legislación contra la discriminación, la devolución de la responsabilidad del Gobierno a las instituciones locales, las medidas tendientes a terminar con la exclusión política de los pueblos indígenas. Con todo, estas iniciativas también llegan con límites claramente articulados, [resultando ser] intentos por distinguir aquellos derechos que son aceptables de aquellos que no lo son. Aún más importante, las concesiones y prohibiciones del multiculturalismo neoliberal estructuran los espacios que los activistas de derechos culturales ocupan: definiendo el lenguaje de controversia; estableciendo cuáles derechos son legítimos y qué formas de acción política son apropiadas para alcanzarlos; e inclusive, sopesando las cuestiones básicas de lo que significa ser indígena (Hale, 2007: 293).

En esta misma línea crítica, Díaz-Polanco plantea, también en relación al multiculturalismo neoliberal, que en realidad de lo que se trata es de un proceso *etnófago* en el cual, a través de diferentes políticas, se despliegan desde el Estado un “conjunto de (...) imanes socioculturales y económicos (...) para atraer, desarticular y disolver a los grupos” indígenas, a la par que se manifiesta un discurso de tolerancia, respeto e incluso de defensa de los valores de la pluralidad cultural, pero generando al mismo tiempo, en la práctica, “modelos socioeconómicos que minan la identidad étnica” de estos mismos pueblos (Díaz-Polanco, 2005: 3, 4).

Teniendo presente estas críticas, llama la atención las similitudes con el proceso que tiene lugar una década más tarde, en el siglo XXI, en el que también se incorporan algunas de las propuestas y demandas de los sectores indígenas, siendo uno de los ejemplos más representativos la inclusión del concepto del *Sumak Kawsay*/Buen Vivir en la Constitución y agenda del Estado ecuatoriano<sup>6</sup>.

Es a partir de este escenario que varios autores desarrollan algunas críticas en torno a estos procesos actuales. Tal es el caso de Viola, quien plantea la existencia de fuertes contradicciones entre “algunas de las implicaciones ecológicas y comunitaristas inherentes al principio de *buen vivir* y el modelo de política macroeconómica

---

<sup>6</sup> Muchos autores, como se verá más adelante, analizan de manera conjunta, dadas ciertas similitudes, los casos de Ecuador y Bolivia. En la presente tesis me enfocaré solamente en el caso ecuatoriano.

promovido por el Gobierno” (Viola, 2010: 8). De esta manera, este autor afirma que se estaría frente a un

modelo de desarrollo[, el cual es] designado por Eduardo Gudynas como el “neo-extractivismo progresista”, [el cual] es adoptado por la práctica totalidad de Gobiernos izquierdistas sudamericanos de la última década, y que si bien ha aportado algunos cambios notables en relación al modelo seguido por las administraciones neoliberales de los años 80 y 90 (básicamente, un mayor protagonismo económico del Estado y una mayor presión fiscal sobre las exportaciones), a la vez ha mantenido (o incluso potenciado) el tradicional modelo productivo de carácter extractivista, basado en la exportación masiva de recursos naturales –especialmente, de minerales e hidrocarburos–, escasamente diversificado, muy dependiente de las fluctuaciones de los mercados internacionales, y generador de externalidades (negativas) sociales y medioambientales (Gudynas, 2010). Desde esta perspectiva, el análisis de la *realpolitik* desarrollista de ambas administraciones [la de Ecuador y Bolivia] debería llevarnos, cuando menos, a relativizar el carácter supuestamente “alternativo” y “post-capitalista” que algunos comentaristas han atribuido a ambas Constituciones (...), y a preguntarnos hasta qué punto son compatibles los valores del buen vivir con dicho modelo macroeconómico (Viola, 2010: 8).

Por lo tanto, valdría la pena preguntarse en qué medida existe una ruptura real con el paradigma desarrollista dominante, o tal como reflexiona Bretón, “hasta qué punto las políticas direccionadas hacia el mundo indígena y afrodescendiente están tan lejos como se publicita del tipo de intervención ‘de reconocimiento’, asistencialista y ajena al abordaje de las causas estructurales de la exclusión que caracterizaron en su día al multiculturalismo neoliberal” (Bretón, 2013: 86). En coincidencia con Viola, este autor considera que se trata de

modelos moderadamente redistributivos (...), que comportan un fuerte rearme del aparato público, amarrados a un discurso nacional-desarrollista reiterado – (...) en el [caso] ecuatoriano en torno a la ‘Revolución Ciudadana’ – y que tienen su fundamento económico, se mire por donde se mire, en la profundización de su inserción en el sistema-mundo en calidad de suministradores de hidrocarburos y minería. Podría hablarse, en suma, no tanto de experiencias posneoliberales (mucho menos posdesarrollistas), como de una suerte de patrones neo-cepalinos-nacional-desarrollistas.

(...) [Además, la] noción de ciudadanía (...) [implicada en la Revolución Ciudadana] recuerda mucho, precisamente, a la enarbolada por los liberales de finales del siglo XIX y principios del XX: una idea que, como hidra de dos caras – la expresión es de María José Vilalta (2007) – tiene un rostro universalista de derechos y deberes que esconde un reverso excluyente y elitista que deja entrever una altivez eurocétrica y monoétnica que pretende, en última instancia, consolidar un modelo societal homogenizador y poco respetuoso de facto con las demandas de reconocimiento y autonomía (Bretón, 2013: 82 y 86).

Por otro lado, existe un fuerte debate en torno al origen y significado del concepto *Sumak Kawsay*/Buen Vivir<sup>7</sup>. Según algunas investigaciones,

la irrupción de una literatura especializada sobre el *Sumak Kawsay*, el *Suma Qamaña* y otros términos análogos se da aproximadamente a partir del año 2000 (...). Un rastreo entre las crónicas coloniales no reporta su existencia en la forma que hoy se han acuñado los términos, lo cual también ha sido corroborado desde la etnografía al llamar la atención sobre su inexistencia en investigaciones previas a los debates actuales (Viola, 2011: 272). [Y e]n los diccionarios más antiguos de lenguas originarias solo se puede verificar el uso separado de las palabras, que sirvieron para posteriores construcciones de contenidos diversos (Bretón *et al.*, 2014: 14).

De esta manera, se pone en entredicho ciertas “posiciones esencialistas procedentes de intelectuales indígenas o filoindianistas” que manifiestan que estos conceptos provienen de tradiciones “ancestrales”, las cuales parecen así haber “permanecido incontaminadas durante siglos por la cultura occidental” (Bretón *et al.*, 2014: 12). Es así que

se tome el tema del *Sumak Kawsay* desde el prisma pachamamista o desde las retóricas del poder y sus estrategias discursivas, parece bastante claro que responde, en el mejor de los casos, a una suerte de tradición inventada y, como tal, resignificada en función de las circunstancias (...) [e instrumentalizada] en manos del poder o como posicionamiento crítico frente al mismo (Bretón, 2013: 87).

Por lo tanto, es crucial tener presente este debate a la hora de indagar el tema de la interculturalidad en salud, ya que esta cuestión, es decir, el respeto a la medicina tradicional (MT) y la propuesta de un diálogo intercultural simétrico entre las diferentes culturas y saberes, surgen en este contexto de consolidación de la idea del *Sumak Kawsay* y del desarrollo del proyecto de un Estado plurinacional.

### **Medicina tradicional, interculturalidad y Estado**

Teniendo en cuenta lo dicho anteriormente, se podría tomar también como referencia a Boccara, quien al reflexionar sobre el ejercicio del poder estatal y el tema de la salud intercultural en Chile, retoma la diferenciación que realiza Foucault “entre el poder disciplinario que se ejerce sobre el cuerpo de los individuos y el control que se despliega sobre la población” afirmando que de esta manera “este nuevo tipo de poder se ejerce tanto a través de un sistema anatomopolítico, vale decir de unas estrategias y prácticas a través de las cuales el poder modela cada individuo, como a través de una biopolítica, esto es, de

---

<sup>7</sup> Para profundizar sobre este tema de la genealogía del concepto del *Sumak Kawsay* ver Cortez (2010), Viola (2010), Bretón (2013) y Bretón *et al.* (2014).

una gestión política de la vida de la población indígena” (Boccaro, 2007: 201).

Por lo tanto, según este autor, se podría afirmar que estaríamos frente a

una nueva forma de gubernamentalidad de tipo étnico que tiende a extender los mecanismos de intervención del Estado, así como también a generar nuevas subjetividades, nuevos espacios de poder, nuevos campos de saber y nuevos mercados de bienes simbólicos y exóticos en los cuales agentes sociales de un nuevo tipo (etnoburócratas, intelectuales indígenas, dirigentes funcionales, terapeutas tradicionales, agentes estatales y paraestatales, etc.) se enfrentan en torno a la definición de los principios legítimos de autenticación cultural y de visión y división del mundo social (Boccaro, 2007: 201).

Por otra parte, a partir de contrastar los discursos que hablan sobre los beneficios y alcances de la plurinacionalidad e interculturalidad con las prácticas y, también desde una mirada crítica sobre el reconocimiento por parte del Estado de los derechos indígenas con respecto a la salud, Ramírez Hita<sup>8</sup> afirma que

la salud intercultural termina por ser una estrategia política y económicamente barata para hacer visibles cambios y mantener a los sectores subalternos apaciguados, proponiéndoles una revalorización de su cultura a través del respeto a sus medicinas tradicionales y saberes y, con ellas, la incorporación de terapeutas tradicionales a los servicios de salud como solución a las deficientes condiciones del sistema (Ramírez Hita, 2011: 34).

Es evidente que una situación con estas características no propicia el tan demandado diálogo simétrico, si no que por el contrario, termina subordinando la medicina tradicional indígena al modelo biomédico, creando nuevas formas de disciplinamiento social, además de dejar de lado los problemas políticos y socioeconómicos estructurales, los cuales son factores claves en estas problemáticas.

Como afirma Menéndez, existen diferentes líneas en relación a la interculturalidad, y en particular en lo que respecta a los procesos de salud/enfermedad/atención:

Hay una línea que aparece como la más difundida (...) que maneja la interculturalidad básicamente en términos culturales. (...) [La cual] parte de la base de que los sujetos pertenecientes a culturas diferentes desarrollan representaciones y prácticas distintas que reducen la posibilidad de una relación complementaria. Entiende por lo tanto las relaciones interculturales en términos de malas condiciones de comunicación cultural que hay que modificar para posibilitar una mejor interrelación.

(...) Es decir que asume que hay diferencias, y que algunas afectan negativamente la relación médico/paciente, por lo cual se propone

---

<sup>8</sup> Esta autora realiza un análisis sobre la salud intercultural en Bolivia, y menciona de manera comparativa, pero más superficial, el caso de Ecuador.

informar/educar tanto a médicos como a los miembros de las comunidades para facilitar una convergencia entre las representaciones y prácticas que ambos utilizan. Se propone educar no sólo para informar, sino para establecer niveles de tolerancia y de respeto hacia los saberes de los otros.

(...) [Por otro lado, h]ay otra línea que también reconoce la significación de la dimensión simbólica y de los aspectos etnicistas de la interculturalidad, pero necesariamente articulados con la dimensión económico/política, de tal manera que la situación de pobreza y de desigualdad social constituyen parte central de las relaciones interculturales. (...) Se subraya que no sólo existen la diversidad y el pluralismo cultural, sino también oposiciones y hasta incompatibilidades entre los grupos que están en relación. Y es en función de ello que colocan en primer lugar la cuestión de la autonomía como un paso necesario para poder establecer una interculturalidad realmente simétrica (Menéndez, 2006: 58, 60).

Como se verá en los próximos capítulos, parece ser que la línea de trabajo en el Estado ecuatoriano (que se rige principalmente por las directrices internacionales de las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud) sigue el camino de la primera línea mencionada por Menéndez.

Por otro lado, es interesante tomar en cuenta el trabajo de Knipper, quien reflexiona acerca del lugar que ocupa la *medicina tradicional indígena*<sup>9</sup> en la visión oficial, haciendo una fuerte crítica a la versión relativamente homogénea que se crea de este sistema de conocimiento, la cual no se corresponde con la compleja realidad existente a nivel de las comunidades de estos pueblos. Además, este autor argumenta que a fin de cuentas lo que se busca con estos cambios es representar este sistema de conocimiento a imagen o en coherencia con el “sistema de medicina académica” (Knipper, 2006). Es así que relata que en la década de 1970, desde la Organización Mundial de la Salud (OMS), con un enfoque en la “Atención Primaria de la Salud”,

la “medicina tradicional” de los pueblos indígenas empezó a cobrar fuerza. [El] punto de partida fue (...) el diagnóstico de la imposibilidad de cubrir las necesidades sanitarias de la población mundial con servicios médicos al estilo “occidental”. (...) En esta situación, conocimientos y expertos indígenas fueron “descubiertos” como “recursos locales”, posibles de emplear para la atención médica en sus comunidades (Knipper, 2006: 422).

Este reconocimiento se dio en especial en áreas en que “los conocimientos indígenas (...) [encajaban] de la manera más fácil con las costumbres, criterios y tecnologías

---

<sup>9</sup> Según la OMS, “La medicina tradicional” es un término amplio utilizado para referirse tanto a los sistemas de MT como por ejemplo la medicina tradicional china, el ayurveda hindú y la medicina unani árabe, y a las diversas formas de medicina indígena. (...) En países donde el sistema sanitario dominante se basa en la medicina alopática, o donde la MT no se ha incorporado en el sistema sanitario nacional, la MT se clasifica a menudo como medicina “complementaria”, “alternativa” o “no convencional” (OMS, 2002: 1).

occidentales”, como por ejemplo el uso de las plantas medicinales. Así de a poco se fueron acomodando estos saberes a los parámetros biomédicos desarrollando “una versión muy particular de la ‘medicina tradicional’ indígena”. La cual, a través del ya comenzado “proceso de institucionalización sistemática” podría terminar produciendo “un alejamiento (...) de la realidad cultural y sanitaria de las comunidades (...) [y] una conversión sustancial según criterios y la ‘racionalidad’ de la sociedad occidental” (Knipper, 2006: 424).

Por otra parte, este autor llama la atención sobre las similitudes de este proceso de la medicina indígena en Latinoamérica con el ocurrido a principios del siglo XX en China con respecto a la revalorización de la “medicina tradicional china”. Luego de la fundación de la República Popular, el Gobierno chino introdujo una política de promoción de esta medicina, la cual pasó a ser considerada como un emblema nacional, proceso que consistió en

la recolección y evaluación sistemática de los conocimientos y prácticas tradicionales según criterios científicos, y su “limpieza” de elementos considerados “irracionales”. El resultado fue, que la “medicina china” que antes consistía de un cuerpo muy heterogéneo y diverso de conocimientos y prácticas acerca del cuidado y la restauración de la salud, se convirtió en una selección particular de ciertos aspectos, considerados compatibles con los criterios impuestos por el Gobierno (Knipper, 2006: 424).

### **La cuestión de la etnicidad e identidad**

Frente a este proceso de institucionalización y regulación de la medicina tradicional indígena, en el que se devela el objetivo oculto de crear una versión que se adapte al modelo biomédico a partir de criterios occidentales, se vuelve necesario preguntar, ¿qué lugar ocupan los pueblos indígenas en todo este proceso? Y ¿qué ocurre con sus demandas de autodeterminación y respeto a su cultura propia?

Asimismo surge la inquietud en torno a las posibles conexiones de este proceso de regulación y adaptación de la MT según parámetros biomédicos-occidentales, con otro proceso, que Comaroff y Comaroff denominan el auge de la etnicidad-empresa<sup>10</sup>. Un proceso mediante el cual “la etnicidad (...) va adquiriendo características de empresa (...) [y] se va transformando en una mercancía imbricada en la economía de la vida cotidiana como nunca lo estuvo antes”. Además, a partir de este escenario de

---

<sup>10</sup> Cabe aclarar que hasta el momento, entre los shuar de la cordillera del Cóndor, esta transformación en etnicidad-empresa no se encuentra consolidada. Pero, a partir de ciertos indicios que se desarrollarán más adelante, podría pensarse que este camino estaría iniciándose.



mercantilización de la etnicidad emergen algunas tensiones: Por un lado, se evidencia que “cuanto más se transforma la diferencia en mercancía, tanto más rápidamente se degrada lo que la hacía diferente, y cualquier valor que esa diferencia podría haber conferido”. Sin embargo, por otro lado, a partir del trabajo etnográfico estos autores constatan que esta comercialización a su vez “(re)crea la identidad, (re)anima la subjetividad cultural, (re)carga la conciencia colectiva de sí trazando nuevos perfiles de sociedad inscriptos todos en el mercado” (Comaroff y Comaroff, 2011: 48). De esta manera, “[c]omo sugiere Xie, (...) la autenticidad “no es una propiedad inalterable de un objeto o situación sino un atributo que se negocia”. Y en el curso de esa negociación, esos estilos de vida exóticos se domestican y dan su forma manifiesta a la identidad (...) contemporánea” (Comaroff y Comaroff, 2011: 9, 39, 48-49).

Para continuar reflexionando sobre la cuestión de la etnicidad y sobre estas tensiones entre absorción/resistencia e identidad/estrategia, siguiendo a Assies, es interesante tomar en cuenta

la noción de “reorganización étnica” propuesta por Nagel y Snipp (1993)[, la cual] nos da un marco conceptual útil para la discusión del activismo de los pueblos indígenas, ya que se refiere a formas de reorganización en varias dimensiones –social, económica, política y cultural- que explican tanto la persistencia como la transformación de la etnicidad. Así la reorganización étnica refleja una relación dialéctica entre la identificación (voluntaria) y la adscripción (impuesta). Esto resalta el carácter relacional de la identidad étnica así como las relaciones de poder más o menos asimétricas en las cuales se hace la renegociación de la identidad y de las formas de reorganización. Claro está que esos procesos de reorganización también implican relaciones de poder y procesos de estratificación en el interior de la sociedad indígena (...) [ya que l]os pueblos o comunidades indígenas no pueden concebirse como grupos homogéneos (Assies, 1999: 26).

Entonces, si las culturas indígenas son dinámicas y se encuentran en permanente transformación y negociación, y la identidad tiene un “carácter socialmente construido y relacional” (Assies, 1999: 25, 26), ¿cómo es que a pesar de estas transformaciones las culturas indígenas se mantienen vivas como tales a lo largo del tiempo?

Según Bonfil Batalla, la “capacidad de decisión [de una sociedad determinada] sobre los elementos culturales es definido como el control cultural.” Esta “capacidad de decisión es (...) un fenómeno cultural (...) [que se ejerce] en el seno de un sistema cultural que incluye valores, conocimientos, experiencias, habilidades y capacidades preexistentes”. Estos elementos culturales están conformados por “los recursos de una cultura que resulta necesario poner en juego para formular y realizar un propósito social”,

existiendo diferentes clases de elementos tales como los “materiales”, los “de organización”, los “de conocimiento”, los “simbólicos” y los “emotivos”. Asimismo, este control cultural implica también la capacidad de usar, producir y reproducir dichos elementos culturales (Bonfil Batalla, 1990: 49, 50).

De esta manera, existen diferentes posibilidades en cuanto a la relación que se puede dar entre un grupo social determinado y sus elementos culturales. Esta particular imbricación entre las capacidades de decisión y los elementos culturales generan diversas dinámicas y procesos culturales, los cuales se pueden caracterizar como:

- “*Cultura autónoma*: [Cuando] el grupo social posee el poder de decisión sobre sus propios elementos culturales: es capaz de producirlos, usarlos y reproducirlos”. Esto se genera a través de procesos de “resistencia”.
- “*Cultura impuesta*: Ni las decisiones ni los elementos culturales puestos en juego son del grupo social; los resultados, sin embargo, entran a formar parte de la cultura total del propio grupo”. Dicha dinámica se da mediante procesos de “imposición”.
- “*Cultura apropiada*: Los elementos culturales son ajenos, en el sentido de que su producción y/o reproducción no está bajo control cultural del grupo, pero este los usa y decide sobre ellos”, a través de procesos de “apropiación”.
- “*Cultura enajenada*: Aunque los elementos culturales siguen siendo propios, la decisión sobre ellos es expropiada”, mediante procesos de “enajenación”.
- “*Cultura propia*”: Conformada por la cultura autónoma y la cultura apropiada.

Finalmente, este autor concluye que para que una sociedad pueda tener una “continuidad histórica”, es necesario que tenga “un núcleo de cultura propia, en torno al cual se organiza y se reinterpreta el universo de la cultura ajena (impuesta o enajenada) (Bonfil Batalla, 1990: 51, 52).

Sin embargo, desde otra perspectiva, más cercana a la de Assies y Comaroff y Comaroff, Jackson refiere que

es nuestra noción orgánica de cultura lo que nos impide concebir [que] la cultura [está en permanente cambio] y no necesariamente en una sola dirección (...) [lo cual] nos lleva a pensar en términos de posesión, en términos de cantidad retenida versus cantidad perdida, y en términos de continuidad versus dispersión. [Por lo tanto e]l modelo genético (...) no nos proporciona un lenguaje adecuado para hablar de este tipo de procesos.

(...) Cuando se conservan, desechan o redefinen rasgos culturales como resultado de una nueva conciencia de sí mismos y como una forma de

promover un tipo particular de identidad indígena en tanto estrategia política (...) frecuentemente el significado de estos rasgos cambia radicalmente. [De esta manera n]o podemos utilizar un modelo cuasi-biológico para dar razón de estas similitudes a lo largo del tiempo. (...) Necesitamos pensar en el cambio cultural que tiene lugar en períodos relativamente breves de una manera más dinámica y no en términos de la “misma” cultura, de una cultura “sincretizada” o de una cultura “perdida”. Necesitamos considerar (...) [a los grupos étnicos] como grupos que están creando e improvisando –más que poseyendo- cultura (Jackson, 1996: 458, 463).

Entonces, a partir de estas reflexiones en torno a los procesos de transformación cultural, ¿cómo se ponen en juego estas dinámicas de cambio en los procesos de salud/enfermedad/atención?

### **Intersección entre saberes y modelos de atención en salud**

Para comprender cómo se traducen estas dinámicas y transformaciones culturales en los procesos de salud/enfermedad/atención a nivel local, y cómo se relacionan los diferentes modelos de atención en salud, en primer lugar es importante considerar los diversos saberes y formas de atención que los diferentes sujetos y grupos pueden utilizar en la vida cotidiana<sup>11</sup>:

- Los “de tipo biomédico[:]

Implementados por médicos y personal paramédico que trabajan en los tres niveles de atención<sup>12</sup> (...). [También incluyen otras] formas antiguas y comparativamente marginales, como son la medicina naturista (...) o la homeopatía (...) y diferentes formas de psicoterapia”.
- Los “de tipo “popular” y “tradicional”[:]

Expresados a través de curadores especializados como hueseros, culebreros, brujos, curanderos, parteras empíricas, espiritualistas, yerberos, shamanes, etc. (...) [También debe considerarse] el papel curativo de ciertos santos o figuras religiosas tanto cristianas como de otros cultos”.
- Las de tipo “alternativas, [complementarias], paralelas o “new age”[:]

(...) Incluyen a sanadores, bioenergéticos, nuevas religiones curativas de tipo comunitario, etc.”.
- Las “devenidas de otras tradiciones médicas académicas: [Como la] “acupuntura, medicina ayurvédica, medicina mandarina, etc.”.

---

<sup>11</sup> Es importante aclarar que estas formas y saberes no son estáticos ni se dan de manera aislada, sino que “operan en forma específica y/o a través de la articulación con otras formas y saberes” (Menéndez, 2009: 32).

<sup>12</sup> Los niveles de atención en salud son: “Primer nivel: Constituido por los servicios de atención ambulatoria. Segundo nivel: Conformado por los servicios que cuentan con atención ambulatoria de mayor complejidad e intrahospitalaria complementaria al primer nivel. Tercer nivel: Integrado por los servicios ambulatorios e intrahospitalarios de la más alta complejidad y especialización” (Registro Oficial del Ecuador [2002, 80, 14]).

- Los “de autoatención[: Existen de dos tipos:] i) Las centradas en los grupos primarios “naturales”, especialmente en el grupo doméstico, y ii) las organizadas en términos de grupos de autoayuda referidos a padecimientos específicos” (Menéndez, 2009: 31-32).

Esta clasificación, permite tener presente la pluralidad existente en cuanto a la atención en salud, previniendo de esta manera caer en la dicotomía simplificadora de modelo biomédico vs medicina tradicional. Como afirma Ramírez Hita, “lo tradicional y lo científico no son categorías homogéneas ni cerradas, ni estáticas, ni aisladas, ni son las únicas formas de atención a la salud a las que recurre la población” (Ramírez Hita, 2011: 51). Por el contrario, “lo que domina las sociedades actuales (...) es lo que se conoce como pluralismo médico, (...) la mayoría de la población utiliza potencialmente varios saberes y formas de atención no solo para diferentes problemas, sino para un mismo problema de salud” (Menéndez, 2009: 26).

Por otro lado, la intención en presentar esta tipología tiene que ver con resaltar la legitimación de la autoatención como una de las formas de atención más frecuentes. Además hay que recalcar que la autoatención, en el caso de los pueblos indígenas, representa unas de las principales prácticas en la que se pone en juego la reproducción y transformación cultural, por lo tanto, tiene un papel central en diferentes procesos que no solo se refieren a la salud/enfermedad/atención, sino también al ámbito social, cultural e identitario entre otros. Esto implica asimismo centrar la atención y revalorizar los saberes que detentan los miembros del hogar (generalmente más marcado en las mujeres) en relación al cuidado de la salud.

El aspecto central (...) es que los sujetos y grupos sociales constituyen el agente que no sólo usa los diferentes saberes y formas de atención, que los sintetiza, articula, mezcla, yuxtapone, sino además que es el agente que reconstituye y organiza estas formas y saberes en términos de “autoatención”, dado que ésta constituye no sólo la forma de atención más constante y frecuente sino el principal núcleo de articulación práctica de los diferentes saberes y formas de atención, la mayoría de los cuales no puede funcionar completamente si no se articulan con el proceso de autoatención (Menéndez, 2009: 35).

Asimismo, siguiendo a Menéndez, la propuesta de investigación parte de un enfoque relacional que se centra en comprender cómo se dan las relaciones a nivel diádico, microgrupal y social, así como la articulación entre los diferentes saberes y formas de atención:

Es en el “sistema” funcionando que veremos operar procesos de síntesis, de yuxtaposición o de exclusión de prácticas y representaciones procedentes de

diferentes saberes, pero que, en los conjuntos sociales, se organizan de una determinada manera. Es en la descripción y análisis de estos procesos relacionales que observaremos el lugar que ocupan lo “tradicional” o lo “científico”, pero lo haremos en términos del sistema de prácticas y representaciones que está teniendo lugar en la realidad (Menéndez, 1994: 75).

Desde este enfoque, que tiene como eje de trabajo el análisis de las prácticas y representaciones (o discursos) de los propios sujetos y grupos implicados, se busca romper con una visión esencialista que entiende a la cultura, por lo tanto también a la medicina tradicional, como estáticas, aisladas y homogéneas, para centrarse en cambio en comprender cómo, en un contexto intercultural y atravesado por relaciones de poder asimétricas entre diversos actores e imbricada a diferentes niveles, cada cultura va permanentemente incorporando nuevos elementos y desechando otros, a medida que va redefiniendo sus representaciones y prácticas, y de esta manera también su propia identidad.

Finalmente, para lograr tener una comprensión integral de estos procesos, principalmente en torno a la llamada salud intercultural y al proceso de institucionalización y regulación de la MT, es necesario también indagar sobre cómo se desarrolla esta intersección e interrelación entre los diferentes modelos, saberes y formas de atención de la salud a nivel local y sobre los discursos y prácticas que presentan los diferentes actores y grupos implicados en estos procesos.

## CAPÍTULO II CONTEXTUALIZACIÓN HISTÓRICA

### **Salud y Desarrollo**

A partir de la segunda mitad del siglo XX, luego de la Segunda Guerra Mundial, se instaló para los países calificados como “desarrollados”, especialmente para Estados Unidos, un fuerte imperativo de ayudar a salir de la pobreza a las “regiones insuficientemente desarrolladas”, estableciéndose así un discurso civilizatorio que articuló “un complejo entramado institucional (el aparato del desarrollo) que gener(...)[ó] modelos teóricos y líneas de intervención, canalizando, financiando y evaluando el proceso dialéctico de acción-reacción-cambio por él mismo estimulado”, consiguiendo también de esta manera, colonizar los imaginarios de las mismas poblaciones calificadas de “desarrollables” (Bretón, 2010: 9), quedando inaugurada así la Era del Desarrollo.

De esta manera, quedó establecido para los países “desarrollados” el mandato de poner a disposición los recursos técnicos e industriales necesarios para ayudar a los países “subdesarrollados”, los cuales, a partir de aquí, quedaron definidos y estigmatizados como lugares donde se vivía en condiciones cercanas a la miseria, con una alimentación inadecuada, víctimas de enfermedades y de una economía “primitiva” y “estancada”, concluyendo finalmente que su pobreza era una amenaza para ellos mismos y para las regiones más prósperas (Public Paper of Presidents of United States, Harry S. Truman, Year 1949, citado en Rist, 2002). Es a partir de este escenario, con estos imperativos de ayuda y objetivos de intervención en ciertas áreas que supuestamente llevarían al desarrollo, que se puede comprender el rol que ocupó (y aún ocupa) la medicina dentro de este discurso-práctica civilizatoria de corte occidental.

Siguiendo a Menéndez, el modelo médico hegemónico (MMH), caracterizado por tener una visión positivista, biologista, ahistórica y asocial de la salud-enfermedad, que define a la enfermedad como una ruptura, una desviación, y concibe a la salud-enfermedad como una mercancía, se desarrolló de manera funcional a este paradigma occidental. Apoyado tanto por la academia científica como por los Estados nacionales, este modelo de atención, gracias a ciertas condiciones ideológicas, sociales, económicas y políticas, consiguió apropiarse de otros saberes y prácticas en relación a la atención de la salud/enfermedad, subordinándolos y logrando así legitimarse como el único válido (Menéndez, 1990).

## **Interés de los organismos multilaterales y del Estado ecuatoriano en la salud indígena**

En la década de los noventa, a partir de “la aparición y fortalecimiento de plataformas organizativas de corte étnico-identitario que, frente a la crisis histórica de la izquierda clásica, demostraron (...) una gran capacidad de vehicular la acción colectiva de algunos de los sectores sociales más golpeados por los ajustes neoliberales” (Bretón, 2013: 76), muchos organismos multilaterales giraron su atención hacia los pueblos indígenas. De modo que, algunos temas en relación a estos pueblos, como por ejemplo el de la salud de los mismos, se volvieron un punto central en la agenda del aparato del desarrollo.

Es así que en los discursos de ciertas organizaciones multilaterales, tales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y también dentro del Estado ecuatoriano, comenzaron a surgir preocupaciones en torno a la *medicina ancestral/tradicional indígena*, sentando así las bases para el desarrollo del concepto de *salud intercultural*, término que más tarde se convertiría en el eje nuevos programas y lineamientos tanto a nivel internacional como en la salud pública nacional.

En 1993, desde la Asamblea General de las Naciones Unidas, se proclamó el *Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo*<sup>13</sup>. Más tarde, a partir del *Taller Hemisférico sobre los Pueblos Indígenas y la salud* realizado en Canadá, se establecieron cinco principios básicos con el fin de mejorar las condiciones de vida de los pueblos indígenas:

**Abordaje integral a la salud:** El concepto holístico de salud debe ser respetado, promovido y servir de base para el abordaje de un modelo integral de salud; atendiendo los elementos fundamentales de la salud indígena: espiritual, físico, emocional y mental.

**Autonomía y autogobierno de los pueblos indígenas:** El derecho a participar en la definición e implementación de políticas de salud. Los Pueblos indígenas deben tomar el control y responsabilizarse de su propia salud.

**Derecho de los pueblos indígenas a la participación sistemática:** Dentro de las comunidades y frente a las instituciones en la implementación de los programas y proyectos de salud. (...)

**Revitalización de la cultura:** El derecho de los pueblos indígenas a que se respeten sus lenguas, tradiciones, costumbres y religiones. Esos elementos culturales deben servir de base para la construcción de modelos alternativos de salud y desarrollo.

---

<sup>13</sup> El *Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo* fue proclamado en diciembre de 1993 para el período 1994-2004, luego en el 2004, se estableció el *Segundo Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo* para el período 2005-2014.

**Reciprocidad:** Reconocemos que nos necesitamos unos a los otros. Para alcanzar la salud y el desarrollo de los pueblos indígenas debemos trabajar juntos (OPS/OMS, 1993b: 2-2).

En septiembre del mismo año, los Gobiernos miembros de la Organización Panamericana de la Salud, lanzaron la *Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas*, declarando su “compromiso de reconocer, valorar y rescatar la riqueza cultural y la sabiduría ancestral de los pueblos autóctonos y promover actividades coordinadas con otros organismos, tanto gubernamentales como no gubernamentales, destinadas a mejorar las condiciones de salud y vida de los pueblos indígenas de sus países” (OPS/OMS, 1993a: 1).

Luego, en 1995, se realizó un Plan de Acción para poner en práctica esta iniciativa, cuyas metas se centraron en direccionar el desarrollo de planes, políticas y proyectos en esta línea, determinado las “pautas, metodologías y programas de capacitación para el desarrollo de los sistemas de salud tradicionales” (OPS/OMS, 1993a: 2).

En el año 2003, en la 56ª Asamblea de la OMS, se reconoció el valor de las medicinas tradicionales, complementarias y/o alternativas, afirmando que “los conocimientos de la medicina tradicional son propiedad de las comunidades y las naciones donde se originaron, y que deben respetarse plenamente”. Y, teniendo en cuenta el gran uso que ya se estaba haciendo en ese momento de este tipo de medicina en diferentes países miembros, la OMS se planteó una estrategia sobre la medicina tradicional basada en cuatro objetivos principales: “formular políticas, fomentar la seguridad, la eficacia y la calidad, garantizar el acceso, y promover el uso racional [de la misma]” (OMS, 2003: 1).

Siguiendo esta línea, en el año 2008, la OPS en la 138ª Sesión del Comité Ejecutivo, luego de un “proceso consultivo cuidadoso y exhaustivo con los pueblos indígenas, los Gobiernos nacionales, las instituciones académicas, los profesionales sanitarios y otros representantes” propuso algunas “líneas estratégicas de acción para la cooperación técnica” en esta área:

- “Velar por la incorporación de la perspectiva indígena en los Objetivos de Desarrollo del Milenio y en las políticas nacionales de salud.”
- “Mejorar la información y la gestión del conocimiento en torno a los temas de salud de los pueblos indígenas, a fin de fortalecer la adopción de decisiones basadas en datos probatorios a escala regional y nacional, y las capacidades nacionales de supervisión.”



- “Integrar un criterio intercultural en los sistemas nacionales de salud de la Región en conformidad con la estrategia de atención primaria de la salud.”
- “Forjar alianzas estratégicas con los pueblos indígenas y otros interesados directos clave a fin de promover un avance mayor en pos de la salud de los pueblos indígenas.” (OPS/OMS, 2008: 10, 11, 12, 13, 14).

Hasta aquí un breve relato sobre el surgimiento del interés por la salud de los pueblos indígenas y la noción de interculturalidad en salud, sin embargo, no hay que olvidar que en el Ecuador, desde inicios de la década de los noventa, al tiempo que desde las organizaciones multilaterales se iba desarrollando el interés en estos asuntos, el sector indígena ya estaba planteando la propuesta de construir un Estado plurinacional y demandaba entre sus reivindicaciones un “decreto de legalización y financiamiento de la práctica de la medicina indígena” (CDDH, 1990: 105).

Posteriormente, en el año 2007, en la publicación de la Propuesta de la Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador (CONAIE) para la Asamblea Constituyente, se planteó como uno de sus objetivos el “profundizar el reconocimiento de los derechos económicos, sociales y culturales marcándolos por la noción de interculturalidad” (CONAIE, 2007: 41). Y bajo esta directriz, en relación al tema de la salud se propuso que:

En este país intercultural donde la cultura dominante ha desconocido maneras de vivir y formas tradicionales de enfrentar la enfermedad, es necesario reconocer esas otras formas, pero además es importante ponerlas en diálogo con la medicina occidental, medicina intercultural no solo para pueblos y nacionalidades indígenas sino para el conjunto de los y las ecuatorianas.

(...) La salud es de acceso universal, integral, de calidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales. El Estado garantiza y reconoce la sabiduría ancestral de los pueblos originarios, como parte del sistema nacional de salud pública, el *Sumak Kawsay* (buen vivir) es la finalidad de la salud. El Estado garantiza y promueve la salud preventiva, la protección de plantas medicinales y de los sitios sagrados.

El órgano rector de la sabiduría ancestral será la Secretaría Nacional de Salud de los Pueblos y Nacionalidades del Ecuador, cuya representación será designada por pueblos y nacionalidades. Los pueblos y nacionalidades indígenas participan del sistema de salud, en la capacitación y prestación de servicios. Visión intercultural de la salud para el país (CONAIE, 2007: 43, 46).<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> El movimiento indígena (a través de la CONAIE) tuvo un rol central en impulsar este tipo de propuestas y cabe destacar que muchas de ellas fueron más tarde incluidas en la Constitución del 2008. Sin embargo, en los años posteriores, a medida que estas propuestas se fueron aplicando e institucionalizando, el sector indígena empezó a verse desplazado, hasta llegar a tener una participación casi nula en este proceso de reestructuración estatal, por ejemplo como ocurrió con respecto al tema de la interculturalidad en el Ministerio de Salud Pública.

Esta conjunción de intereses, por un lado desde el sector indígena y por otro desde el aparato del desarrollo y algunos Estados de América Latina, fueron consolidando las condiciones que propiciaron la incorporación de ciertos lineamientos, estrategias, modelos y recomendaciones en los discursos, políticas y en la legislación nacional con respecto al tema de la medicina tradicional y de la interculturalidad.

En la Constitución Política del Ecuador de 1998 el concepto de interculturalidad aparece solamente ligado al tema de la educación (Art. 84. 11) y, para ese entonces, todavía existían pocas referencias en relación a la *medicina tradicional*. En el Capítulo 4. De los derechos económicos, sociales y culturales. Sección cuarta. De la salud. se establece que “Art. 44.- El Estado (...) reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de las medicinas tradicional y alternativa, cuyo ejercicio será regulado por la ley, e impulsará el avance científico-tecnológico en el área de la salud, con sujeción a principios bioéticos.” Y en el Capítulo 5. De los derechos colectivos. Sección primera. De los pueblos indígenas y negros o afroecuatorianos, en el Art. 84. 12. Se reconoce y garantiza los derechos “a 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” (*Constitución Política de la República del Ecuador, 1998*).

En el año 2008, en la nueva Constitución, ligado a la idea del *Sumak Kawsay*/Buen Vivir aparece el concepto de interculturalidad en salud. En el Capítulo segundo. Derechos del buen vivir. Sección séptima. Salud. Art. 32 se establece que:

La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (*Constitución Política de la República del Ecuador, 2008*).

Además, se mantiene el derecho para proteger y desarrollar sus “medicinas y prácticas de medicina tradicional” (Capítulo cuarto. Derechos de las comunidades, pueblos y nacionalidades. Art. 57. 12).

Por otro lado, en el Título VII. Régimen de Buen Vivir. Capítulo primero. Inclusión y equidad, en el Art. 340 se establece que “el sistema nacional de inclusión y equidad social (...) se guiará por los principios de universalidad, igualdad, equidad, progresividad, interculturalidad, solidaridad y no discriminación” (*Constitución Política de la República del Ecuador*, 2008). Y, en la Sección segunda. Salud, se afirma que

El sistema nacional de salud (...) reconocerá la diversidad social y cultural (...) y 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 (Art. 358); (...) promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas (Art. 360); (...) la atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias (Art. 362) [y se establece que el Estado será responsable de] garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos (Art. 363. 4) (*Constitución Política de la República del Ecuador*, 2008).

Asumiendo que los planes nacionales de desarrollo son los instrumentos para traducir en políticas, estrategias y planes concretos el marco jurídico constitucional, cabría esperar que las normativas mencionadas anteriormente se vean reflejadas en los mismos, sin embargo, es poco lo que se puede encontrar allí en relación al tema de la medicina tradicional y la salud intercultural. En el Plan Nacional para el Buen Vivir 2007-2010: *Planificación para la revolución ciudadana*, entre sus 12 objetivos, dos son los que podrían estar relacionados con la salud intercultural:

**“Objetivo 3:** Aumentar la esperanza y la calidad de vida de la población”.

**“Objetivo 8:** Afirmar la identidad nacional y fortalecer las identidades diversas y la interculturalidad” (SENPLADES, 2007).

En relación a las políticas y estrategias planteadas para el objetivo 3, se establecen ciertas pautas en relación a la formación de los profesionales de la salud con el fin de generar una visión y práctica con un enfoque intercultural y se propone fortalecer el “modelo de salud integral, familiar, comunitario, intercultural, con base en la atención primaria de salud, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud” (SENPLADES, 2007). Sin embargo, de los 128 programas/proyectos para este objetivo, no hay ninguno que trabaje en particular el tema de la salud intercultural o que esté dirigido a las poblaciones indígenas de manera específica.

Con respecto al objetivo 8, si bien trata temas como la “conservación y desarrollo del patrimonio cultural”, el “diálogo intercultural” y el “sistema de participación ciudadana y promoción de procesos interculturales” (SENPLADES, 2007), de las seis políticas que le corresponden, ninguna se relaciona directamente con el tema de salud intercultural.

En el siguiente Plan Nacional de Desarrollo, denominado *Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013: Construyendo un Estado Plurinacional e Intercultural*, estos dos objetivos son ligeramente reformulados:

**“Objetivo 3:** Mejorar la calidad de vida de la población”

**“Objetivo 8:** Afirmar y fortalecer la identidad nacional, las identidades diversas, la plurinacionalidad y la interculturalidad” (SENPLADES, 2009).

En el objetivo 3, se incluyen algunas políticas con sus respectivos lineamientos ligados a temas tales como: brindar atención desde un enfoque intercultural; participación de la comunidad en los procesos de vigilancia epidemiológica; “reconocer, respetar y promover las prácticas de medicina ancestral y alternativa y el uso de sus conocimientos, medicamentos e instrumentos”, para lo cual se plantea el incentivo a la investigación, diseño y aplicación de protocolos interculturales, e “incorporar agentes tradicionales y ancestrales en el sistema general de salud” (SENPLADES, 2009). Sin embargo, de los 83 proyectos que se desprenden de este objetivo, solo dos se relacionan (de manera parcial) con el tema de salud intercultural: “Proyecto de aseguramiento universal de salud montubia Ausmon” (destinado específicamente a los pueblos montubios de la costa y zonas subtropicales de la región litoral) y “Salud Intercultural” (destinado únicamente a la provincia de Pichincha) (SENPLADES, 2009).

Con respecto al objetivo 8, solo se establece una política que podría estar relacionada con la salud intercultural: “Apoyar la construcción de la sociedad plurinacional e intercultural dentro de relaciones de reconocimiento de la diferencia y respeto mutuo, bajo los principios del Buen Vivir” (SENPLADES, 2009), cuyos lineamientos se refieren a la ampliación de espacios de diálogo; promoción de “mecanismos y redes de información y comunicación (...) para mejorar el acceso a los conocimientos ancestrales”; “fomentar el ejercicio de los derechos individuales y colectivos de los pueblos indígenas”; y “transversalizar las distintas cosmovisiones en el diseño y ejecución de la política pública y los planes de desarrollo regional y nacional,

particularmente en los programas de educación y salud a nivel nacional” (SENPLADES, 2009). Sin embargo, de los 60 proyectos correspondientes a este objetivo, ninguno trata sobre la salud intercultural.

A partir de esta información se puede tener una primera impresión sobre la aplicación de estas normativas. En esta primera instancia, ya se puede observar que lo plasmado en la Constitución y otros documentos sobre el respeto y apoyo a la medicina tradicional y la articulación de la misma con el sistema biomédico oficial tiene una pobre correspondencia con lo trazado, o en otros casos con los recursos asignados, en los Planes de Desarrollo, los cuales deberían contener las directrices, acciones y presupuestos necesarios para que estas normativas sean alcanzadas. Ahora, más allá de estos lineamientos todavía bastante generales, habrá que indagar con mayor profundidad cómo se dio este proceso al interior del Ministerio de Salud Pública y con respecto a los actores implicados a un nivel más local.

### **La salud intercultural en el Ministerio de Salud Pública del Ecuador**

En el año 1999 se creó la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas (DNSPI), la cual se propuso como misión “promover el desarrollo de la medicina tradicional indígena, así como la de construir modelos interculturales de salud, adaptados a las particularidades étnicas existentes en el país”. Sin embargo, “el funcionamiento de la DNSPI resultó bastante limitado, no sólo por la insuficiencia presupuestaria, (...) sino porque en la práctica se mostró como una instancia administrativa sin ningún poder de decisión (...) sobre asuntos que promovieran transformaciones sustanciales” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2006: 13).

Por otro lado, como refiere Leti Viteri, quien fue la encargada por parte de la CONAIE para trabajar en la creación de la DNSPI en el Ministerio de Salud, “trazamos un plan y (...) creamos también el espacio físico de la Dirección Nacional, creamos también los recursos humanos que se necesitaban (...) y bueno, (...) ya para el 2000 (...) se derrocó al Gobierno de Mahuad. Entonces el Ministro subsiguiente no entendió lo que significaba esta propuesta.” Por lo que relata que a partir de allí, trabajaron diferentes representantes indígenas en esta Dirección, pero que la visión inicial con la que se había creado se perdió completamente (Leti Viteri, 2014, entrevista).

Esta Dirección fue cambiando de nombres y estatus, sin embargo la falta de presupuesto y coordinación fue una constante a través del tiempo. Actualmente, a nivel nacional, el Ministerio de Salud Pública cuenta con una Dirección Nacional de Interculturalidad (dependiente de la Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad, la cual a su vez depende del Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud)<sup>15</sup> que se encarga principalmente de definir las políticas, planes y programas de salud intercultural, así como de garantizar su coordinación en los diferentes niveles. Bajo esta Dirección, en cada zona<sup>16</sup>, existe una Coordinación de Promoción de la Salud (que cuenta con diferentes equipos: Interculturalidad, derechos, género, salud ambiental, etc.), y finalmente a nivel local, existen equipos multidisciplinarios por distrito que trabajan en los temas de interculturalidad.

En el año 2002 se expidió la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, la cual entre sus principios define (Art. 4): “4. Participación.- Promover que el ejercicio ciudadano contribuya en la toma de decisiones y en el control social de las acciones y servicios de salud. 5. Pluralidad.- Respetar las necesidades y aspiraciones diferenciadas de los grupos sociales y propiciar su interrelación con una visión pluricultural” (*Registro Oficial del Ecuador* [2002, 80, 2]). Además, esta ley plantea la implementación de un Plan Integral de Salud que, con un enfoque pluricultural y un modelo de atención que se desarrolle “en los ambientes familiar, laboral y comunitario, promoviendo la interrelación con la medicina tradicional y medicinas alternativas.” (Art. 6). Asimismo, se reconoce a los “servicios comunitarios de salud y agentes de la medicina tradicional y alternativa” como entidades integrantes del Sistema Nacional de Salud (Art. 7) (*Registro Oficial del Ecuador* [2002, 80, 3]).

Finalmente, se establece que el Ministerio de Salud “propondrá a las entidades formadoras la política y el Plan Nacional para el desarrollo de los recursos humanos en salud, que considere la armonización de la formación en cantidad y calidad con enfoque pluricultural, conforme a las necesidades de la población y del mercado de trabajo.” (Art. 26) e “impulsará una política de investigación orientada a las prioridades nacionales y al desarrollo y transferencia de tecnologías adaptadas a la realidad del país manteniendo el enfoque pluricultural que incluye la promoción y desarrollo de la

---

<sup>15</sup> Información extraída de la página web del Ministerio de Salud pública del Ecuador: [www.salud.gob.ec/estructura-mps/](http://www.salud.gob.ec/estructura-msp/).

<sup>16</sup> Ver cuadro de Zonas Administrativas de Planificación en el Anexo II.

medicina tradicional y alternativa” (Art. 29) (*Registro Oficial del Ecuador* [2002, 80, 8-9]).

En el año 2004, se aprobó el Modelo de Atención Integral, estableciéndose que el mismo se desarrollaría

con bases en la Atención Primaria y Promoción de la Salud (...) promoviendo la interrelación con la medicina tradicional y medicinas alternativas. Considera[ndo] la estrategia del enfoque intercultural que ha de garantizar la vigencia y práctica de los conocimientos provenientes de un rico patrimonio cultural, superando prejuicios e incorporando modelos que expresen la complementariedad, la reciprocidad y la diversidad de las culturas en salud (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2006: 10).

Con respecto a las estrategias creadas para desarrollar dicho modelo, se propone “garantizar la adopción intercultural de aspectos conocidos de la atención: investigación y validación de prácticas alternativas de salud; aplicación y normatización de las prácticas validadas” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2006: 10).

Luego, en el año 2006, en la Ley Orgánica de salud también se establece que:

Art. 189.- Los 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.

Art. 190.- La autoridad sanitaria nacional promoverá e impulsará el intercambio de conocimientos entre los distintos agentes de las medicinas tradicionales, fomentará procesos de investigación de sus recursos diagnósticos y terapéuticos en el marco de los principios establecidos en esta Ley, protegiendo los derechos colectivos de los pueblos indígenas y negros o afroecuatorianos.

Art. 191.- La autoridad sanitaria nacional implementará procesos de regulación y control, para evitar que las prácticas de las medicinas tradicionales atenten a la salud de las personas (*Registro Oficial del Ecuador* [2006, 423, 19]).

Asimismo, en el año 2008 se consolida desde el Ministerio de Salud Pública (MSP) el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural (MAIS), definiéndolo como “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, permitiendo la integralidad en los tres niveles de atención en la red de salud” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012: 48).

Finalmente, en el año 2009 el Ministerio de Salud publica las *Políticas públicas de salud para la diversidad étnica y cultural*. A partir de los lineamientos internacionales de la OMS en estos temas y el marco legal nacional, se establece el propósito de

contribuir al mejoramiento de la situación de salud de las Nacionalidades y Pueblos indígenas, poblaciones afroecuatorianas, montubios, campesinos y otras colectividades, a través del desarrollo progresivo de un Modelo de Salud Intercultural que involucre su activa participación en la construcción, ejecución, control y evaluación del proceso, con reconocimiento y respeto de la sabiduría ancestral y con un enfoque de Derechos Humanos (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2009: 10).

Y para lograr este propósito, se trazan ocho lineamientos de acción:

“I. Modelos interculturales de salud”

“II. Protección y fortalecimiento de los sistemas de sabiduría ancestral”

“III. Principio comunitario y participación social”

“IV. Determinantes sociales de los pueblos y nacionalidades dentro de la diversidad”

“V. Salud ambiental”

“VI. Soberanía alimentaria”

“VII. Talentos humanos”

“VIII. Cooperación y relaciones internacionales (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2009: 11, 13, 17, 19, 21-22-23-24).

Sin embargo, a pesar de que a nivel político y legislativo se fueron incluyendo cada vez más medidas en relación a la salud intercultural, esto, en la mayoría de los casos, no se tradujo en acciones concretas, por lo tanto, no se logró dinamizar un proceso de transformación estructural tal como lo proponía inicialmente este proyecto.

Como comenta Leti Viteri, por un lado, nunca se dio un debate profundo sobre la salud entre la población, las organizaciones indígenas y el Estado. Por otro lado, nunca hubo un real entendimiento por parte de las autoridades sanitarias y hasta de algunos sectores de la misma sociedad sobre el significado y las implicaciones de esta propuesta sobre la interculturalidad en la salud. Tampoco se logró introducir una visión reflexiva sobre la interculturalidad en la formación de los profesionales de la salud, por lo que el país continuó careciendo de profesionales que tuvieran un perfil adecuado para brindar una atención de este tipo. Es así que todas estas dificultades propiciaron que se mantenga intacta la discriminación y la resistencia por parte del sector oficial para



dialogar de manera simétrica con los sistemas de salud indígenas. Finalmente, a nivel político, la cada vez menor participación del sector indígena en estos procesos de reestructuración estatal, además de la apropiación por parte del Gobierno del discurso indígena y la asignación ínfima o en muchos casos nula de recursos financieros para esta área, fueron algunos de los factores que intervinieron para que el desarrollo de un modelo de salud intercultural quede prácticamente estancado (Leti Viteri, 2014, entrevista).

### *Experiencias locales en salud intercultural en Ecuador*

En el Ecuador, desde fines de la década de 1990, existen varias experiencias locales en salud intercultural:

El Hospital Andino en la ciudad de Riobamba, (...) el Hospital de Otavalo, que ha incorporado el parto vertical (...) y el Área de Salud de Otavalo con un modelo que articula el sistema occidental y el sistema de la medicina tradicional andino denominado Casa de Sanación o *Jambi Huasi*; la Red de Salud de Loreto en la provincia noramazónica de Orellana (...); el Área de salud de Guamaní. (...) Los esfuerzos de la Red de Sabios y Sanadores Tsa'chilas de la provincia de Santo Domingo de los Tsa'chilas, el desarrollo del Modelo Intercultural de Salud en Nabón, el proceso de implementación del parto vertical en la provincia de Morona Santiago, en particular en el Área de Méndez [, y en Sucúa], el fortalecimiento y el desarrollo de un modelo Provincial Intercultural en Sucumbíos y en Chimborazo, (...) la implementación y el desarrollo de un Modelo de Salud Familiar y Comunitario en territorio Awa, en la frontera norte con Colombia, el fortalecimiento de la interculturalidad en el área correspondiente a la provincia Amazónica del Pastaza y su Hospital Puyo, el desarrollo de modelos para las nacionalidades Shuar, Achuar y Shiwiar con participación de las organizaciones locales, etcétera (Calderón, 2010: 58).

Sin embargo, la mayoría de estas iniciativas no han podido sostenerse debido a la falta de recursos económicos. Además, estos modelos de salud intercultural, que en su mayoría no implican un cuestionamiento a las relaciones de poder que subyacen en la articulación entre el sistema oficial de salud y los otros (en particular el de la medicina tradicional indígena), tarde o temprano encuentran un límite que no logra ser superado y que finalmente hace inviable el sostenimiento de este tipo de propuestas de salud intercultural.

Por otro lado, en el año 2007 se creó una *RED Nacional de Salud Intercultural* que a partir de estas experiencias funcionó como “una instancia técnica que formula[ba] propuestas y estrategias para diseñar y ejecutar modelos de salud intercultural”

(Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2008: 9). Sin embargo, también debido a la falta de presupuesto, esta iniciativa fue disuelta luego de dos años de funcionamiento. Como refiere Luis Fernando Calderón (ex Director de Salud Intercultural del MSP), “en la actualidad, salvo algunas experiencias puntuales, los dos sistemas [(sistema formal y sistema indígena de salud)] no cuentan con canales de reconocimiento, intercambio y aprendizaje mutuo” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2008: 158).

### *La salud intercultural en Morona Santiago*

En la provincia de Morona Santiago, donde el 48% de su población se autodefine como indígena<sup>17</sup>, los mayores logros en relación a la salud intercultural se dieron en torno al parto tradicional/vertical (principalmente en Sucúa, Méndez y en el cantón Tiwintza) y en relación a algunos diálogos y actividades conjuntas entre La Federación Interprovincial de Centros Shuar (FICSH)<sup>18</sup>, el Consejo de Uwishin Shuar (CUWISH)<sup>19</sup> y el Ministerio de Salud.

Según relata José Pozo, quien trabaja hace más de veinte años en la provincia de Morona Santiago y fue coordinador del área de salud N° 6 y director del Hospital del Sucúa, todos los trabajos que se han hecho han sido en el sentido de occidentalizar la medicina indígena. Además, considera que a pesar de que se han alcanzado ciertos logros en relación al tratamiento de algunas enfermedades, en cambio no han logrado trabajar con un enfoque intercultural, es decir, entendiendo a la salud de manera más integral e intercambiando entre los diferentes sistemas culturales (José Pozo, 2014, entrevista).

### **Los shuar de la Amazonía sur del Ecuador**

La región donde habita la mayoría de la población de la nacionalidad shuar del Ecuador, la Amazonía, es un espacio que ha sufrido diferentes intentos de ocupación desde el

---

<sup>17</sup> Información extraída del censo de población y vivienda 2010. Para más información ver [www.ecuadorencifras.gob.ec/resultados/](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/resultados/).

<sup>18</sup> La Federación Interprovincial de Centros Shuar (FICSH) fue creada en 1964. La misma surgió como una respuesta por parte de la nacionalidad shuar (con apoyo de la Iglesia) frente a los nuevos problemas, especialmente en relación a la tierra, que comenzaron a aparecer entre los shuar, los colonos y el Estado, en un momento histórico en donde la ocupación de la Amazonía y la incorporación de la misma a la sociedad nacional era uno de los ejes principales del Estado, lo cual se reflejaba en la Reforma Agraria que se encontraba en marcha en aquel tiempo.

<sup>19</sup> El CUWISH es una organización dependiente de la Federación Shuar, que fue creada en el 2001 y legalizada en el 2005 con el objetivo de nuclear a los shamanes shuar (*uwishin*) del Ecuador, y de brindarles un espacio para que compartan sus experiencias y para resolver los problemas de shamanismo (Ricardo Tsakimp, 2014, entrevista).

siglo XVI, tanto por parte del Estado (colonial y republicano) como de las misiones religiosas.

Siguiendo a Santos Granero, en la Amazonía se dieron tres grandes olas de cambios que se refieren a “los cambios derivados de la situación de contacto en la época colonial –el ‘encuentro colonial’- (...)[:] los cambios que resulta[ro]n de la ampliación de la economía de mercado en épocas republicanas –la ‘expansión capitalista’ (...) [y] los cambios producto del ‘proceso de globalización’”. Cabe destacar que “los momentos en el tiempo en que los pueblos indígenas amazónicos fueron afectados por dichas olas presentan una gran variación”. En el caso de los shuar, la segunda ola, la cual tuvo como principal consecuencia la inserción de “los pueblos indígenas amazónicos en sus respectivas sociedades nacionales”, fue la que los afectó por primera vez de manera más directa (Santos Granero, 1996, 10-12).

En el siglo XX, a partir del trabajo de las misiones salesianas principalmente en el área educativa, sumado al interés estatal por explotar los recursos naturales primero, y luego, por consolidar su soberanía en un espacio en disputa territorial con el Perú, la Amazonía sur vio crecer cada vez más la presencia del Estado. Asimismo, hacia mitad de ese siglo, frente al proceso de Reforma Agraria y Colonización, que para esta zona significó una ola migratoria de campesinos serranos, y la aparición de innumerables conflictos ligados a la tenencia de la tierra entre estos nuevos actores y las poblaciones indígenas, la nacionalidad shuar, con el apoyo de la misión salesiana, creó en 1964 la Federación Interprovincial de Centros Shuar. Esta nueva organización político-territorial, abrió la posibilidad a los shuar de mediar los conflictos con los colonos y el Estado de manera más autónoma, y al mismo tiempo, significó “la incorporación de los shuar dentro el Estado ecuatoriano. (...) La Federación, como tercer nivel administrativo sobre las asociaciones y los centros, consist[ió en] cinco comisiones: tenencia de la tierra, trabajo y cooperativas, cultura y educación religiosa, salud, y (...) medios de comunicación” (Rubenstein, 2005: 29, 42). Sin embargo, la creación de la FICSH también trajo grandes transformaciones culturales.

Esta nueva forma de organización política y la entrada al sistema de propiedad de la tierra con el consiguiente cambio en el uso del suelo, acarrió “cambios institucionales, políticos y culturales, mucho más masivos que los que durante 400 años anteriores vivieron las familias shuar de frontera.” Asimismo, la expansión de “los

centros shuar como unidad político-territorial, (...) [implicó] una reorganización de la vida en el territorio (la escuela, la capilla, el servicio médico, la pista de aterrizaje y el afincamiento de las familias, para largos períodos y en forma concentrada)” (Fundación Natura, 2010b: 15).

Por otro lado, con estos cambios los profesores bilingües, sin lograr desplazar totalmente la figura de los líderes ancianos (*uunt*), se convirtieron en las nuevas autoridades, ya que resultaron ser los indicados para manejar los “rituales del mundo moderno (dirigir asambleas, hacer actos, (...) tratar los temas nuevos de educación, salud, tierras) para tratar con el Estado (...) y con la Iglesia, (...) para conseguir nuevos recursos y fondos; en fin: para entrar en la rueda civilizatoria y/o resolver necesidades reales como puentes, vías, comunicación, vestido” (Fundación Natura, 2010b: 15).

Durante algunas décadas, la FICSH en alianza con la iglesia continuó creciendo y consolidándose<sup>20</sup>, pero ya a partir de la década de los ochenta, tanto la Federación como las autoridades locales comenzaron a debilitarse con respecto a su capacidad de representar y de responder a las diversas y complejas necesidades de las bases. Luego, a partir de los noventa, “se produce una ruptura con las Iglesias, y el interés central (...) [pasa a ser] la integración en el Estado nacional...” (Fundación Natura, 2010b: 16). Es así que los shuar comienzan a participar activamente en la política (a través del movimiento Pachakutik creado en 1996) logrando liderar varios municipios de la provincia, así como instituciones estatales de interés para el sector indígena<sup>21</sup>.

### *El Pueblo Shuar Arutam*

Los shuar de la cordillera del Cóndor, en la provincia de Morona Santiago, atravesados por un constante proceso de transformación y cambio, en permanente interrelación con diversos actores tales como el Estado, los colonos, la cooperación internacional, las ONG locales y el propio movimiento indígena a nivel regional y nacional, comenzaron a detectar ciertos problemas a partir de estas relaciones y de las nuevas formas de vida, frente a lo cual

---

<sup>20</sup> La Iglesia tuvo un rol central en la formación de líderes shuar y en la creación y consolidación de la Federación Shuar, pero a medida que el Estado fue aumentando su presencia en la región, esta influencia de las misiones y autoridades clericales fue decreciendo cada vez más.

<sup>21</sup> “Entre 1998 y 2008 controlan cuatro municipios de los 12 de la provincia de Morona Santiago, que implican un territorio muy amplio (el denominado Transkutukú, la zona norte hacia Pastaza, la cuenca del Santiago), dirigen el Consejo de Desarrollo de Nacionalidades y pueblos del Ecuador, CODENPE y luego (...) [el Instituto para el Ecodesarrollo Regional Amazónico], ECORAE, organismo regional de inversión en la Amazonía; además manejan la dirección provincial de Educación Bilingüe y participan en los programas de salud. En las elecciones del 2009 ganan las alcaldías de 8 municipios y la prefectura de Morona Santiago” (Fundación Natura, 2010b: 16).

tomaron conciencia de la urgente necesidad de pensar en una nueva organización territorial que pudiera responder a estas demandas (Fundación Natura, 2010b).

Es así que en el año 2001 los shuar de esta zona<sup>22</sup>, empezaron a reflexionar sobre cuestiones tales como la territorialidad; la necesidad de conservación de los recursos naturales; los conflictos resultantes a partir de los cambios culturales y la transformación de la estructura familiar; las complejas relaciones entre los sistemas formales de salud y educación y los sistemas propios; así como sobre la autonomía ligada al concepto de Circunscripciones Territoriales Indígenas (CTI), y sobre la forma de lograr la aplicación concreta de sus derechos colectivos<sup>23</sup>.

A partir de estas reflexiones y debates, en el año 2003 se creó la Circunscripción Territorial Shuar Arutam (CTSHA), entendiendo a la misma como una propuesta que formaba “parte de la división política administrativa del Estado (Gobiernos seccionales autónomos) (...), [concibiendo] al Gobierno territorial shuar como parte de un modelo de descentralización y desconcentración; en el esquema de desarrollo armónico del país, de participación ciudadana y de distribución de ingresos públicos” (Fundación Natura, 2010b: 21).

Sin embargo, este proceso no tuvo reconocimiento por parte del Estado por varios años. “Cuando los shuar, entre los años 2003 a 2005 quisieron poner en la discusión nacional la necesidad de una Ley de Circunscripciones Territoriales Indígenas, no (...) encontraron consenso (...) [y tampoco] encontraron interés en la dirigencia nacional indígena.” Esta ley, además de que no llegó a concretarse, se enfrentó con un gran obstáculo (que aún continúa vigente) en relación a la demarcación jurisdiccional; “el territorio de la (...) [cordillera del Cóndor] ya estaba fragmentado por cuatro Gobiernos municipales. Es decir que la integración territorial indígena implicaba fragmentar la organización político administrativa preexistente”<sup>24</sup> (Fundación Natura, 2010b: 23) (ver mapa N° 2 en Anexo I).

Como relata Santiago Kingman (Fundación Natura, 2010b), “sabiendo que era difícil la aprobación de la ley de Gobierno territorial indígena, paralelamente se propuso al Ministerio del Ambiente (MAE) la creación de un Territorio Shuar Protegido”. Frente a las

---

<sup>22</sup> Con el apoyo técnico y financiero de la Fundación Natura.

<sup>23</sup> La noción de Circunscripciones Territoriales Indígenas y Afroecuatorianas, es introducida en la Constitución Política del Ecuador de 1998 y en la del 2008, en la cual se afirma que dichas Circunscripciones podrán conformarse dentro del “marco de la organización político-administrativa (...) [y] ejercerán las competencias del Gobierno territorial autónomo correspondiente, y se regirán por principios de interculturalidad, plurinacionalidad y de acuerdo con los derechos colectivos” (Art. 257, *Constitución Política de la República del Ecuador*, 2008). Asimismo, el tema de los Derechos Colectivos, se refiere a lo establecido en el Convenio No. 169 de la OIT y en la Constitución de 1998 y 2008.

<sup>24</sup> El territorio del Pueblo Shuar Arutam “es parte de la jurisdicción territorial de 4 cantones de la provincia de Morona Santiago: Tiwintza, Limón Indanza, San Juan Bosco y Gualaquiza” (Fundación Natura, 2010b: 64).

dudas que tenían con respecto a declarar su territorio como Área Protegida, los shuar presentaron al Ministerio del Ambiente una “propuesta de un territorio destinado a la conservación y de uso sustentable; que implicaba no solo propiedad de la tierra sino gestión, (...) control y normas propias, en el marco de políticas de conservación del Estado” (Fundación Natura, 2010b: 25). Sin embargo, en este momento no se logró concretar ningún acuerdo en relación a esta propuesta.

En la primera asamblea realizada por la CTSHA en marzo de 2003 en el Centro de Formación Kiim (perteneciente a la FICSH) se establecieron los estatutos, se eligieron las autoridades y se comenzó a trabajar en la propuesta del Plan de Vida, el cual finalmente fue aprobado en la segunda asamblea, realizada en abril de 2004.

La estructura organizativa del Consejo de Gobierno se conformó con Jefes Territoriales (presidentes de las asociaciones)<sup>25</sup> y los Jefes Temáticos (ejecutivos), encargados de llevar adelante los diferentes componentes<sup>26</sup> planteados en el Plan de Vida. Además de un consejo de sabios, una comisión de control, un área de gestión externa y un presidente ejecutivo (Nicolás Kingman, 2013, entrevista).

Se estableció un sistema en el que cada ejecutivo, junto a técnicos designados en cada componente, trabajan con un Plan Operativo Anual (POA), el cual es evaluado en cada asamblea anual, en donde también se presenta para su aprobación el nuevo POA para el año siguiente.

En el año 2005, “sobre todo ante la presión interna para que la CTSHA tenga un reconocimiento legal que sostenga su autoridad” fue legalizada como Pueblo por el CODENPE, pasándose a llamar Pueblo Shuar Arutam (PSHA), siendo reconocido como una organización social indígena, aunque no todavía como un Gobierno territorial.

Lo interesante del proceso desde fines del 2006 es que los proyectos se adaptaron al Plan de Vida shuar. Es decir trataron temas del modelo económico social que los shuar busca[ba]n construir, fortaleciendo algunos elementos tradicionales y prácticas ya existentes. (...) [Enfocándose en temas tales como] madera, caza y pesca, tierras, ordenamiento de territorio, huertas tradicionales, agricultura de mercado, educación, y en menor medida salud (...) [y en la] recuperación y sostenimiento de la cultura (Fundación Natura, 2010b: 33).

---

<sup>25</sup> Las Asociaciones miembro fueron modificándose a lo largo del tiempo. Cuando se creó la CTSHA, las Asociaciones que participaron fueron: Bomboiza, Limón, Mayaik, Nunkui, Santiago y Sinip. En el 2005-2006 Bomboiza y Limón abandonaron el proceso, y de la primera Asociación se creó una nueva, llamada Arutam, que decidió integrarse al proceso del CTSHA. En el año 2009, también se sumó una nueva Asociación: Tarimiat. Actualmente las asociaciones que conforman el Pueblo Shuar Arutam son: Arutam, Churuwia, Mayaik, Nunkui, Santiago y Sinip. Ver mapa N° 3 en Anexo I.

<sup>26</sup> Los componentes iniciales de trabajo eran: Buen uso del Bosque y Conservación, Comunicación y Energía, Educación, Forestal, Salud, Tierras y Territorio. Actualmente los componentes están divididos en: Agropecuario, Comunicación, Educación, Recursos Naturales, Salud, Tierras.

### *El área de salud en el Pueblo Shuar Arutam*

El PSHA en su Plan de Vida tiene como uno de sus objetivos el “sostener la cultura shuar” para lo cual plantean entre otras cosas “fortalecer y mejorar los sistemas de salud” (Consejo de Gobierno del Pueblo Shuar Arutam, 2010: 9). Para lograr dicho objetivo proponen:

- “La construcción de una red de salud con la participación familiar y de los centros.
- El manejo de la salud como un todo integral y preventivo.
- Desarrollo de dos sistemas paralelos: salud tradicional y salud occidental” (Consejo de Gobierno del Pueblo Shuar Arutam, 2010: 35).

Asimismo, este componente tiene como objetivo principal

Promover el sistema de salud shuar basado en nuestra cosmovisión, y el uso del sistema de salud occidental, para mejorar las condiciones de salud de nuestras familias. Fortalecer la importancia cultural en la salud y la reivindicación de los conocimientos ancestrales de salud; proteger y recuperar las especies medicinales domésticas y silvestres, recuperando las plantas en peligro de extinción, y las que sólo existen en zonas endémicas (Consejo de Gobierno del Pueblo Shuar Arutam, 2013).

A partir de estos lineamientos, en los últimos años se realizaron diferentes actividades, entre las cuales se puede mencionar<sup>27</sup>:

- Seguimiento y asesoría a las familias para el cultivo de plantas medicinales en la huerta shuar (*aja*).
- Diálogo con universidades y organizaciones para ejecutar convenios y proyectos en salud que articulen el sistema occidental y el shuar.
- Realización de talleres con las familias y los promotores de salud sobre diferentes temáticas (parto humanizado, uso y manejo de medicina occidental, uso y manejo de plantas medicinales, cosmovisión shuar, etc.).
- Entrega de botiquines comunitarios a los centros.
- Apoyo a las familias con un seguro de salud para los casos de enfermedades emergentes.
- Registro de los pacientes que solicitan dicho seguro.
- Elaboración de un proyecto para crear laboratorios de procesamiento de las plantas medicinales en el territorio del PSHA y gestión para conseguir los recursos financieros para ejecutarlo.

Sin embargo, en comparación con otros componentes, poco fue lo avanzado por el PSHA en esta área. Al comparar los POA con los informes anuales de los mismos, se evidencia un

---

<sup>27</sup> Información extraída de los Informes Anuales del Componente de Salud correspondientes a los períodos 2010-2011, 2011-2012, 2012-2013, presentados en las Asambleas Octava, Novena y Décima del Pueblo Shuar Arutam respectivamente. Para más información ver Consejo de Gobierno del Pueblo Shuar Arutam (2011, 2012, 2013).

gran desfase entre lo que se propone realizar y lo que realmente se logra concretar, lo cual posiblemente se deba a una combinación de diferentes factores.

En primer lugar es posible que parte del trabajo a realizar por este componente haya sido relegado dando prioridad a otros temas tales como gobernanza, tierras y recursos naturales, los cuales son considerados por los miembros del PSHA como fundamentales y quizás más prioritarios para la consolidación y el mantenimiento de la organización. Por otro lado, el trabajo de este componente muchas veces se vio obstaculizado por conflictos internos relacionados con los *uwishin*; hay una fuerte ambivalencia en relación a esta figura, lo que hace difícil que los mismos se autoidentifiquen públicamente. Asimismo es muy complicado llegar a consensos acerca de la regulación de la actividad de los mismos, y que estas problemáticas sean debatidas abiertamente.

Finalmente, existe una histórica desconfianza en compartir información relativa a las plantas medicinales y a temas espirituales con personas u organizaciones externas, y como el PSHA siempre ha estado en constante intercambio y ha recibido apoyo de diferentes ONG, Ministerios del Estado y también de personas particulares, es posible que haya habido cierto recelo en hacer públicas las actividades, problemas y proyectos reales en relación a la salud, y que se haya solo compartido de manera superficial esta información.

#### *El Pueblo Shuar Arutam en la actualidad*

Actualmente, se podría decir que el Pueblo Shuar Arutam, una organización que nuclea a 10.000 habitantes que viven en 50 comunidades distribuidas en 6 asociaciones, que posee aproximadamente 230.000 hectáreas de bosque tropical amazónico, continúa trabajando con el objetivo principal de consolidar un Gobierno autónomo territorial a partir de la identidad cultural, en pos de sostener la integridad territorial y ambiental de la cordillera del Cóndor, y de fortalecer y desarrollar el modelo cultural, económico y social de las familias shuar (Nicolás Kingman, 2013, entrevista).

Con el tiempo, el trabajo del PSHA fue ganando un gran reconocimiento en las diferentes organizaciones indígenas, en el Estado y también en sectores ambientalistas. Posiblemente fue a partir de estos antecedentes que en el año 2008 firmaron el Convenio del Programa Socio Bosque con el MAE, en el cual “noventa y dos mil hectáreas de bosque se destinaron formalmente a la conservación (...), con el pago anual de alrededor de 5 dólares por hectárea, ingreso monetario [que] fue distribuido en la sexta Asamblea General para



[los] componentes de salud, educación, producción, control de las zonas de conservación y gobernanza” (Fundación Natura, 2010b: 36)<sup>28</sup>.

A pesar de que el PSHA ha trabajado de manera sostenida en los últimos 13 años para fortalecer su organización y para cumplir con sus metas y objetivos, aún muchos problemas continúan sin solución, este es el caso de la propuesta de la creación de una CTI, y del principal y gran conflicto en relación al extractivismo que atraviesa a la organización desde su inicio; aproximadamente un 20% de su territorio está concesionado a empresas mineras, además de estar gran parte del mismo incluido en los bloques que actualmente están en proceso de negociación para la XI ronda petrolera, convocada por el Gobierno ecuatoriano en noviembre del año 2012.

No obstante, aunque estas tensiones y conflictos están todavía irresueltos, el PSHA continúa trabajando con gran firmeza, manteniendo los mismos propósitos de revitalizar y mantener su cultura y forma de vida, de luchar por su autonomía y de conservar el bosque de su territorio. Y, en relación al tema de salud, todavía continúan intentando encontrar una forma adecuada de articular los diferentes sistemas de salud (el propio y el oficial) para lograr una mejora en la calidad de vida de todos los habitantes de su territorio.

### **Sobre el pluralismo médico entre los shuar**

En el año 1983 se realizó una investigación sobre “las actitudes de los indígenas ecuatorianos con respecto a los servicios de salud tradicionales y los modernos” (Kroeger e Ilchikova, 1983: 89), en la que se encuestó, entre otros, a un grupo shuar/achuar de la Amazonía ecuatoriana. Entre los resultados encontrados, cabe destacar que:

La gente que vivía en zonas alejadas, (...) expresaba mayor confianza en los servicios de salud modernos –a pesar de que en muy pocas ocasiones o nunca había recurrido a ellos- que con respecto a los curanderos tradicionales que la atendían. Ocurría lo contrario en el caso de las personas que vivían cerca de los servicios modernos: valoraban más la atención de los curanderos que la ofrecida en dicho servicio.

(...) La preferencia de las personas por la autoatención de su salud (que incluye el tratamiento casero tradicional) y por los servicios modernos (antes que por la atención de curanderos y boticarios) resultó ostensible y concuerda con lo observado en otros países.

(...) Los servicios de salud que se suministran en la realidad, no satisfacen las expectativas de la gente.

(...) La evidente relación entre las necesidades socioeconómicas y el grado de percepción de las enfermedades sugiere que una modificación de las

---

<sup>28</sup> Este convenio con el Programa Socio Bosque del MAE fue actualizándose y continúa aún vigente y representa el principal ingreso del PSHA.

condiciones socioeconómicas probablemente tendría un efecto mayor sobre la morbilidad percibida que los cambios en los servicios de salud.

(...) La causa fundamental de la no utilización de los servicios de salud modernos fue su escasa accesibilidad cultural, geográfica y económica. Esto implica que no sólo se requieren más servicios de salud sino que éstos deben adaptarse específicamente al medio (Kroeger e Ilchikova, 1983: 93-94).

Por otro lado, en el año 2007 el MSP y la FICSH realizaron un diagnóstico<sup>29</sup> en el que se encontró que la población local percibía que los principales problemas de salud estaban relacionados con la pérdida de su medicina propia, de sus prácticas espirituales, de ciertas normas y valores y de su identidad. Además, refirieron que las políticas públicas en salud eran inadecuadas, ya que las mismas no estaban regidas por la noción de interculturalidad y expresaron que existía una gran inaccesibilidad al sistema formal de salud debido a diversos factores tales como los económicos, físicos y culturales (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2008).

Actualmente, el área de salud intercultural de la Dirección Provincial del Ministerio de Salud de Morona Santiago se encuentra prácticamente estancada. Hace más de un año, desde que renunció la persona que había estado a cargo por un período considerable de tiempo, el área quedó provisionalmente a cargo de otro funcionario del Ministerio, pero que en realidad no maneja el tema en profundidad, por lo que, por lo menos hasta junio de 2014, no se estaban ejecutando las actividades correspondientes.

En conclusión, al indagar sobre qué es la salud intercultural y qué se ha logrado hacer en el Ecuador y particularmente en Morona Santiago desde este enfoque, se encuentra que todavía es muy poco lo que se ha realizado en comparación con lo que está planteado a nivel del discurso oficial (estatal e internacional) y de las normativas legales. Además, como se verá en los próximos capítulos, a partir de muchas de las intervenciones efectuadas, surgen ciertos cuestionamientos en torno al camino que se está construyendo a partir de ellas. Existe una gran brecha entre los discursos y las prácticas y la propuesta de una salud intercultural es un proyecto que todavía necesita ser profundamente analizado y debatido.

---

<sup>29</sup> *Diagnóstico comunitario y marco de evaluación para el plan integral de salud*. FICSH-MSP-CUWISH. Anne Denys, Nelson Tsamaraint, Didier Lacaze.

### **CAPÍTULO III**

## **DISCURSOS Y PRÁCTICAS SOBRE LA SALUD INTERCULTURAL**

Según el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, la misión de la Dirección Nacional de Salud intercultural es:

Formular y coordinar la implementación de políticas, planes, programas y demás herramientas de salud intercultural en el Sistema Nacional de Salud y la gestión del Ministerio de Salud Pública, que garanticen el reconocimiento y respeto de la diversidad de pueblos y nacionalidades, y la articulación de los conocimientos, saberes y prácticas ancestrales de salud<sup>30</sup>.

Sin embargo, existen muchos debates en relación a lo que significa ese reconocimiento y respeto, así como sobre los diferentes caminos que podrían llevar a concretar esa articulación entre los diferentes conocimientos, saberes y prácticas.

Desde diferentes sectores, en general hay una coincidencia sobre la idea de que la salud intercultural tiene que ver con el diálogo entre dos (o más) culturas. Sin embargo, no parece muy claro cuáles deberían ser las condiciones para que ese diálogo se dé de manera simétrica y que el mismo propicie cambios estructurales en relación a la salud y calidad de vida de la población indígena.

Como se describió en el capítulo anterior, la mayoría de las experiencias en salud intercultural en el país, que se realizaron principalmente desde el Estado, se han desarrollado en torno a la adecuación cultural del parto, al trabajo con plantas medicinales (como una vía para fortalecer la medicina tradicional) y/o al reconocimiento e incorporación de agentes de medicina tradicional en los servicios del Ministerio de Salud. Estas experiencias, que representan trabajos aislados y que además en su mayoría fueron discontinuadas por falta de presupuesto, no son iniciativas erráticas, sino que responden a muchos de los criterios y directrices planteados desde la OMS y retomadas por la Constitución y diferentes normativas nacionales.

Por ejemplo, en la 56° Asamblea de la OMS en el año 2003, considerando a la medicina tradicional como una de las medicinas alternativas y complementarias, se hace un fuerte hincapié sobre su valor para el tratamiento de enfermedades y mejora de la calidad de vida. Sin embargo, también se expresa que

los principales problemas del uso de la medicina tradicional son la falta de redes organizadas de prácticos tradicionales y de datos válidos sobre la

---

<sup>30</sup> Información extraída de la página web del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Para más información ver [www.salud.gob.ec/direccion-nacional-de-salud-intercultural](http://www.salud.gob.ec/direccion-nacional-de-salud-intercultural).

seguridad, la eficacia y la calidad de la medicina tradicional, así como la necesidad de medidas para asegurar el buen uso de la medicina tradicional y para proteger y conservar los conocimientos tradicionales y los recursos naturales necesarios para aplicarla de manera sostenible, y de que los prácticos de medicina tradicional reciban formación y se les otorguen licencias para ejercerla (OMS, 2003: 1).

Es así que se elabora desde la OMS una estrategia sobre medicina tradicional<sup>31</sup> que, como se mencionó anteriormente, se basa en cuatro objetivos principales: “formular políticas, fomentar la seguridad, la eficacia y la calidad, garantizar el acceso, y promover el uso racional [de la medicina tradicional]” (OMS, 2003: 1). Para ello, se “insta a los Estados miembros a que”, entre otras cosas:

- cuando proceda, formulen y apliquen políticas y reglamentaciones nacionales sobre medicina tradicional, complementaria o alternativa para respaldar el buen uso de la medicina tradicional y su integración en los sistemas nacionales de atención de salud, en función de las circunstancias de sus países;
- reconozcan la función de determinadas prácticas tradicionales como uno de los recursos importantes de los servicios de atención primaria de salud, particularmente en los países de bajos ingresos y de conformidad con las circunstancias nacionales;
- establezcan sistemas de vigilancia de la seguridad de los medicamentos para vigilar las medicinas herbarias y otras prácticas tradicionales, o amplíen y fortalezcan los sistemas existentes;
- tomen medidas para proteger, conservar y mejorar, si fuera necesario, los conocimientos de la medicina tradicional y las reservas de plantas medicinales con el fin de promover el desarrollo sostenible de la medicina tradicional, en función de las circunstancias de cada país; entre esas medidas podrían figurar, en su caso, los derechos de propiedad intelectual de los prácticos tradicionales sobre preparaciones y textos de la medicina tradicional, según lo dispuesto en la legislación nacional en consonancia con las obligaciones internacionales, y la participación de la OMPI en el desarrollo de un sistema nacional de protección *sui generis*;
- promuevan y apoyen, si procede y de conformidad con las circunstancias nacionales, la capacitación de los prácticos de la medicina tradicional y, de ser necesario, su readiestramiento, así como la aplicación de un sistema para calificar, acreditar y otorgar licencias a esos prácticos;
- alienten, cuando proceda, la inclusión de los medicamentos herbarios en la lista nacional de medicamentos esenciales, centrándose en las necesidades demostradas de la salud pública del país y en la seguridad, calidad y eficacia verificadas de esos medicamentos (OMS, 2003: 2).

Asimismo, lo trabajado en relación a salud intercultural y medicina tradicional también se corresponde con lo planteado en las Constituciones de 1998 y 2008, los Planes Nacionales

---

<sup>31</sup> Para más información sobre esta estrategia ver OMS (2002). Asimismo desde el 2014 existe una versión actualizada de dicha estrategia, la cual se puede encontrar en OMS (2013).

de Desarrollo (2007-2010 y 2009-2013), la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud del año 2002, el Modelo de Atención Integral del año 2004, la Ley Orgánica de salud del año 2006, el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural (MAIS) del año 2008<sup>32</sup>, así como políticas públicas y normativas que están alineadas a las políticas internacionales de la OMS y OPS.

Este es el caso de las *Políticas públicas de salud para la diversidad étnica y cultural* presentadas en el año 2009 por el Ministerio de Salud, documento en el que se establece que “la interculturalidad debe ser entendida como un proceso de desarrollo, que se enmarca en el cambio del modelo de atención, donde se reconocen distintas fases, desde el enfoque bio-médico a uno bio-psicosocial. Es decir, a uno más integral, que incluya aspectos culturales, espirituales, religiosos y ambientales” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2009: 11). Siendo una de sus líneas de acción la “Protección y fortalecimiento de los sistemas de sabiduría ancestral” para la cual se proyectan como resultados a alcanzar:

- Marco institucional consolidado en el sistema de sabiduría ancestral.
- Registro, seguimiento y aplicación de protocolos, normas y procedimientos del sistema de sabiduría ancestral.
- Registro y certificación por el Ministerio de Salud Pública, de los sanadores/as de la sabiduría tradicional, mediante una certificación de acuerdo a todo el proceso de reconocimiento comunitario y Pueblos y Nacionalidades, Afroecuatorianos, Montubios y otras colectividades.
- Creación de la base de datos del sistema de sabiduría ancestral, partiendo de una validación cultural, defendiendo la estructura de los servicios y la prestación de la misma.
- Declaratoria del patrimonio natural y cultural del sistema de sabiduría ancestral en coordinación con el Instituto de Patrimonio Cultural y el Ministerio Coordinador de Patrimonio Natural y Cultural.
- Sistematización y fortalecimiento de la sabiduría ancestral de los pueblos, mediante procesos intensivos de intercambio de experiencias, promovidas con apoyo de las organizaciones sociales y comunitarias.
- Normalización del uso de las plantas medicinales, métodos terapéuticos, combinaciones de extractos biológicos, compuestos biológicos naturales con asistencia técnica de países en similares condiciones.
- Profesionales de salud con vocación en atención intercultural altamente sensibilizados y sensibilizadas en el tema (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2009: 17).

De este modo, se empieza a entrever que el problema es aún más complejo todavía; por un lado, muchas de las propuestas que están en la Constitución, planes de desarrollo,

---

<sup>32</sup> En el segundo capítulo se detalla la información sobre estas normativas.

leyes, políticas nacionales, directrices de la OMS, etc., en su mayoría no logran ser concretadas, pero, por otro lado, al ver en acción las pocas que sí se han realizado y que están en consonancia con algunas de estas directrices, parecen mostrar que no están construyendo el camino que permitirá llegar a ese tan anhelado diálogo simétrico, como tampoco parecieran estar generando las condiciones necesarias para que se den cambios estructurales en relación a la calidad de vida y los derechos de los pueblos indígenas. Porque más bien, como se verá más adelante, parece ser que tienden a absorber esta medicina tradicional y a desarticularla en lugar de apoyar su revitalización para que se consolide como uno de los pilares de la autonomía e identidad indígena.

Por otra parte, en relación al trabajo realizado por el Ministerio de Salud Pública en los temas de salud intercultural y medicina tradicional, desde el año 1999, con la creación de la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas (actualmente Dirección Nacional de Salud Intercultural) hasta el día de hoy, los actores involucrados expresan diferentes opiniones y vivencias en relación a estos procesos y experiencias.

### **La salud intercultural según los diferentes actores**

#### *Las percepciones de los usuarios/beneficiarios*

Muchas de las personas que son miembros del Pueblo Shuar Arutam, a pesar de que perciben que la cobertura de la atención médica por parte del Estado se ha ampliado en la provincia de Morona Santiago, consideran que todavía muchos centros shuar no reciben una atención adecuada y que el Ministerio no ha logrado avanzar mucho en relación al tema de la salud intercultural.

El Gobierno debería implementar sobre este tema de la medicina intercultural, pero ya de modo práctico que demuestre de que se está ya llevando eso, no me diga que tal vez está mejorando algunos hospitales en los cantones o a nivel de las regiones y es suficiente para dar atención a las familias que viven en un mundo distinto que es la selva, entonces eso no empata, no realmente (dirigente shuar, 2014, entrevista).

Tampoco veo que se está aplicando las dos formas [de medicina] de manera ordenada, ¿no? Porque nosotros (...) tenemos varias tendencias, de que la enfermedad puede ser una que es biológica, que afecta al cuerpo como tal, u otra que puede ser espiritual, ¿no? Que es una energía que afecta al cuerpo pero también puede alterar el funcionamiento del organismo y se te produce una enfermedad real. Entonces hay cosas como esas que hay que poner en práctica dentro de las políticas públicas que en realidad no se ha hecho casi nada, no sé hasta dónde esté el avance pues ahora que ya estamos en este proceso de (...) la interculturalidad. Pienso que hay que impulsar este tema (Raúl Petsaín, 2014, entrevista).

Sin embargo, a la vez que se afirma que no se ven muchos resultados en el trabajo sobre salud intercultural, y hasta incluso algunos socios de los centros ni siquiera conocen la existencia de la Dirección de Salud Intercultural y/o nunca han sido beneficiados por los servicios de esta área, existe la percepción por parte de varias personas de que el Gobierno ahora sí respeta y/o valora su cultura y medicina.

Ahora el Gobierno ya nos confía con nosotros donde que sí sabe que el remedio natural es válido, vale. Ya procesan internacionales, se van a los Estados Unidos, ya lo llevan y lo prueban y saben qué clase de enfermedad y para qué sirve esta planta, ya todos. Entonces ahora ya el Gobierno también ya nos está apoyando, ¿para qué? Para que seamos, tengamos nuestras costumbres de lo que es remedio natural (socio del centro shuar Mayaik A, 2014, entrevista).

Por otro lado, algunas personas que siguieron de cerca ciertas iniciativas o que tienen experiencia como promotores comunitarios o tuvieron alguna relación con el tema de salud, refieren que se comenzó a realizar algún trabajo, pero que por falta de presupuesto todo quedó estancado, por lo que decidieron trabajar desde su propia organización.

Nosotros tuvimos la coordinación de salud intercultural en Morona Santiago, como estructura nacional, entonces empezamos a trabajar en tema de recuperación de conocimientos ancestrales y en tema de tratamiento, o sea tratamiento y prevención, y también empezamos a promover también la cosmovisión. Eso en la estructura política estatal, como que no funcionó porque faltan recursos, entonces volvimos al Pueblo Shuar Arutam, dijimos vamos a implantar desde el Pueblo Shuar Arutam como un programa intercultural en salud intercultural (Franklin Kujá, 2014, entrevista).

Desde la Federación Shuar, en coordinación con el Ministerio de Salud Pública, y con el apoyo de Farmacéuticos sin Fronteras (Francia), en el año 2000 se creó el departamento de Medicina Tradicional de la FICSH y se montó un laboratorio de procesamiento de plantas medicinales junto a un huerto destinado a proveer las plantas que fueran necesarias. Se capacitó a varios técnicos para procesar los productos medicinales a partir de diferentes plantas tales como uña de gato, sangre de drago, chuchuwaso, albahaca, entre otros, para luego ser vendidos a las personas de los centros shuar. Asimismo se realizó un proyecto piloto en el centro Shinkiatam en la región de Transkutukú para “instalar el primer modelo intercultural de salud”, el cual resultó ser una experiencia muy interesante, en la que a partir de un diagnóstico participativo, los miembros del centro optaron “por dar mayor fuerza al proceso de revitalización y

desarrollo de la medicina tradicional, especialmente las plantas medicinales. Y la asamblea general propuso que se construyera una huerta medicinal al lado del colegio, el cual debía asumir la responsabilidad de su cuidado y mantenimiento” (Lacaze, 2002: 178-179).

El Pueblo Shuar Arutam también participó de estas iniciativas y dentro de su organización, desde el componente de salud, construyeron otros huertos en diferentes asociaciones con el propósito de crear nuevos centros pilotos y laboratorios. En un principio todo funcionó bien, pero al poco tiempo, por diversos factores estas actividades quedaron abandonadas, corriendo la misma suerte el proyecto iniciado por la Federación Shuar.

Según comentan algunos socios y también el personal que trabajó en estos proyectos, el principal problema fue que al terminarse el financiamiento de los mismos, no se pudo sostener su continuidad. Además, el cambio de autoridades (tanto dentro de la FICSH como del PSHA) contribuyó a que estas iniciativas sean dejadas de lado. Por otra parte, en el tema de las huertas medicinales (en particular en los centros del PSHA, donde las huertas estaban manejadas por los centros en general y no por la escuela como un encargado especial), también a partir de los cambios de autoridades y de reestructuración de los cargos de la organización, en los que eliminaron los puestos de los técnicos, quedando solamente un ejecutivo para manejar cada componente, las huertas quedaron a la deriva sin tener un responsable concreto que se encargue de ellas, por lo que se remontaron y el proyecto quedó olvidado.

Igualmente, en el año 2011 en esta misma línea de revitalización de los conocimientos ancestrales, el PSHA trabajó en un proyecto junto al Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) en la creación de una Escuela Ancestral<sup>33</sup>. En el mismo, a lo largo de todo un año se realizaron encuentros entre adultos mayores, jóvenes y niños para compartir experiencias en relación a diferentes temas tales como “buen vivir, derecho consuetudinario, derechos colectivos, de integración social, nutrición, salud, ejercicio del derecho al tiempo libre, y de integración familiar” (PSHA, MIES, 2012: 8) con el objetivo de contribuir en la reflexión, revitalización y sostenimiento de la cultura shuar, procesos en los que se fundamenta la organización del PSHA. Este proyecto tuvo mucha acogida por parte de las familias, y a partir del mismo

---

<sup>33</sup> Para más información sobre el proyecto ver PSHA, MIES (2012).



se despertaron nuevos intereses, sobre todo por parte de los jóvenes, en valorar los conocimientos y prácticas culturales propias y en trabajar para que los mismos no se pierdan. Sin embargo, al igual que la iniciativa del procesamiento de plantas medicinales, una vez finalizado el financiamiento del proyecto, no se pudo continuar con las actividades del mismo.

Teniendo en cuenta lo relatado anteriormente, llama la atención que no son solo las iniciativas estatales sobre salud intercultural y medicina tradicional las que quedan estancadas por falta de presupuesto, sino que parece ser que ocurre lo mismo con las propuestas que se generan a partir de las propias organizaciones indígenas. Por lo tanto, considero que merecería la pena indagar un poco más en el porqué, a pesar de que a nivel discursivo todos parecen estar de acuerdo con estas propuestas, en la práctica una y otra vez se evidencia la imposibilidad de sostener dichos proyectos, más allá de esta primera y obvia cuestión de la falta de recursos económicos. ¿Será que el histórico paternalismo por parte del Estado, misiones religiosas, ONG y otros actores han consolidado modelos de proyectos que generan una incapacidad de las organizaciones indígenas para autogestionar y sostenerlos? Y/o ¿Será que estas propuestas no están respondiendo, o no logran alcanzar las necesidades reales de las familias shuar?

#### *Las opiniones de los trabajadores de la salud*

Según relatan muchos de los profesionales que han trabajado, y/o actualmente trabajan en el Ministerio de Salud y que han participado en algunas experiencias de salud intercultural, los logros alcanzados por el Ministerio tienen que ver principalmente con la ampliación de la cobertura de salud a las poblaciones indígenas de Morona Santiago. Sin embargo, por otro lado, consideran que todas las intervenciones realizadas se han planificado y ejecutado desde un enfoque occidental sin lograr relacionarse (a través de la interculturalidad) con las cosmovisiones indígenas y sus sistemas de medicina. Asimismo, se expresa que no hubo un real entendimiento del significado de la interculturalidad en salud y sobre cómo llevar a cabo esa articulación entre estos dos sistemas.

Muchos creen que la estrategia intercultural significa que tienen que convivir, concomitar las prácticas indígenas con las prácticas de la academia y eso no es así. (...) Eso es lo que cree la gente, ¿no?, cree que hay que traerle a un shamán y a una partera y clavarles en el hospital, entonces el shamán de repente se ve en un cuartito, en una mesita, donde el ambiente no

está adecuado para una planta (...) y entonces empieza a limpiar también en un cuartito chiquito, cuando el mal aire hay que mandarlo, en el aire, ¿no? (...) y de repente ya al shamán (...) o a la partera le vemos con un mandil blanco, se empieza a mimetizarse. Eso no es la interculturalidad, eso es una mimetización de la práctica cultural de un (...) “agente” de salud tradicional, ¿no? (Leti Viteri, 2014, entrevista).

En este sentido, hay fuertes críticas en relación a las experiencias de incorporación de los agentes de la medicina tradicional en los servicios del sistema de salud estatal. Como expresa Oswaldo Suárez, director provincial del Ministerio de Salud Pública de Morona Santiago, “el querer incluir a la medicina indígena dentro del Ministerio es una folklorización que no respeta las costumbres y cosmovisiones de la medicina indígena, la cual tiene muchos conocimientos que son totalmente válidos, y que tienen que ser reconocidos y respetados”. Además, agrega que la línea de trabajo estaría por hacer “amigables” los servicios para los indígenas, es decir, ver cómo brindar servicios respetando la cultura indígena, sin intentar absorberla (Oswaldo Suárez, 2014, entrevista).

Es eso, ¿no? Es el respeto, es el respetar y es el permitir también que los otros actúen, yo creo que eso es salud intercultural, más allá de todo el discurso teórico. Yo creo que en la práctica, es el respeto que puedo yo tener, con mi cosmovisión, pero respetar la otra cosmovisión, actuar junto con... yo no creo de ninguna manera que se puedan combinar. (...) Yo no veo al *uwishin* trabajando en un hospital, yo no lo veo al *uwishin* trabajando en un subcentro de salud, no es su espacio. Como tampoco le veo a un cirujano operando en la casa que usa el *uwishin* para curar, no. Son espacios, y son espacios sagrados que nosotros tenemos que respetar (José Pozo, 2014, entrevista).

Otra crítica tiene que ver con que se considera que el enfoque de salud intercultural del Ministerio está “quichuizado”, es decir que muchas directrices nacionales son pensadas a partir de la cultura quichua de la Sierra, pero que en cambio son inadecuadas para la población indígena de la Amazonía (José Pozo, 2014, entrevista).

A pesar de estas críticas, lo que sí se reconoce (y que también es percibido por muchos usuarios/beneficiarios) es haber logrado que el Estado, de alguna manera, reconozca el valor de la medicina tradicional. Como relata Didier Lacaze, quien ha trabajado muchos años en temas de medicina tradicional e interculturalidad en la Amazonía,

los avances que han habido (...) se refieren por un lado a la recuperación, a la reapropiación de un consenso entre la gente, de un valor que tiene esto, (...) porque antes les habían dicho que eso no sirve para nada, que tienen que dejar sus plantas, (...) su tabaco, sus cosas, solo que se curen con medicina

occidental. Entonces se restablece un poco el consenso social acerca del valor de esta medicina, (...) sin embargo se mantienen procesos de deterioración que ponen en tela de juicio si es que ese consenso va a desembocar realmente en un proceso de reapropiación de los mismos recursos y de las mismas prácticas para solucionar los problemas que hay (Didier Lacaze, 2014, entrevista).

Teniendo en cuenta estas críticas, considero que el gran problema de fondo, que subyace a estos fracasos o incomprensiones en la salud intercultural, radica en el hecho de que no se dio ni se está dando un diálogo simétrico, de igual a igual entre las culturas, y que no existe un debate profundo que cuestione la hegemonía del sistema biomédico que se presenta como el único válido, así como tampoco hay una crítica profunda al modelo estatal en su conjunto, que se presenta como plural e intercultural pero que se revela homogeneizador y excluyente.

#### *Algunas propuestas desde los propios actores*

Frente a este panorama, las propuestas de muchos de los que trabajan en este ámbito giran en torno a la necesidad de que el diálogo intercultural se dé en un marco de entendimiento, respeto e igualdad de condiciones.

La salud intercultural, para mí es (...) un diálogo, es una conversación, es un darse la mano entre dos formas de hacer salud, tanto la oficial con la indígena, esa indígena puede ser de las diversas culturas que hay, sea kichwa, (...) sea waorani, sea cofán, sea tsáchila, sea épera, sea awá, cualquiera con la occidental, porque es la occidental la que tiene dificultad para aceptar que existen otras vías de acceder a la salud. Porque nosotros acá, el resto de sistemas de salud indígenas de las distintas nacionalidades y culturas son muy abiertas, históricamente nos hemos dado la mano y hemos hecho intercambios de conocimientos en el nivel de salud, pero acá no admite porque es la única consagrada (...) como la única vía de acceso a producir salud, cuando no es verdad y no produce salud (...). Entonces, para mí es eso, en igualdad de condiciones (Leti Viteri, 2014, entrevista).

Por otro lado, se habla de la necesidad de que la interculturalidad sea un eje transversal que atraviese todos los ámbitos y acciones del Estado, es decir, que no sea solamente una dirección, departamento o programa aislado, sino que esté incorporado como la visión de la que se desprenden todos los criterios que sustentan las decisiones, planificaciones, objetivos y actividades del Estado. También se plantea la necesidad de incluir esta perspectiva en la formación de todos los profesionales de la salud y de “sensibilizar” al personal que trabaja en el Estado (Oswaldo Suárez, 2014, entrevista).

Finalmente, hay algunas reflexiones en torno a cuál debería ser el rol del Estado y el de las organizaciones indígenas en el tema de la interculturalidad en salud. A partir de las experiencias vividas, muchos profesionales opinan que el Estado debería asumir la tarea de introducir el enfoque intercultural en el mismo (a través de la formación de los profesionales bajo esta visión, sensibilización del personal, adecuación cultural de espacios, infraestructura y servicios, apoyo al sector indígena para el fortalecimiento de la medicina tradicional, etc.) y que las organizaciones indígenas por su lado, deberían fortalecer y revitalizar sus sistemas de medicina hacia el interior de sus comunidades. Sin embargo, para otros trabajadores de la salud y muchos usuarios, el rol protagónico de la interculturalidad lo debería tener el Estado, impulsando además los procesos de investigación y validación científica de los recursos terapéuticos de la medicina tradicional (en especial las plantas medicinales) y la acreditación de los agentes de medicina tradicional con la intención de regular la práctica de esta medicina, lo cual en cambio es puesto en discusión por quienes analizan de manera crítica este proceso, considerando que estas acciones conducen a consolidar la incorporación de la medicina tradicional como una más de las medicinas alternativas y complementarias<sup>34</sup>.

### **Un acercamiento a las prácticas: los servicios del Ministerio de Salud en Tiwintza, Morona Santiago**

El subcentro de salud de Santiago se encuentra en la cabecera cantonal del cantón Tiwintza, en la provincia de Morona Santiago. Este cantón tiene una población de 6995 habitantes, de los cuales el 76,5% se autoidentifican como indígenas<sup>35</sup>. Esta unidad operativa de salud atiende a una población aproximada de 5800 personas que habitan en Santiago y en 26 centros shuar aledaños, los cuales, a su vez, pertenecen a las asociaciones Mayaik y Santiago del Pueblo Shuar Arutam<sup>36</sup> (ver mapas en Anexo I). Este servicio, junto al puesto de salud en San José de Morona corresponden al cantón de Tiwintza, el cual junto a los cantones de Santiago de Méndez y Limón Indanza forman el Distrito 14D06

---

<sup>34</sup> Ver Haro (2000) y Knipper (2006).

<sup>35</sup> Información extraída del censo de población y vivienda 2010. Para más información ver [www.ecuadorencifras.gob.ec/resultados/](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/resultados/).

<sup>36</sup> Los centros shuar que son atendidos por el subcentro de Santiago son: Chichis, Chimius, Frontera, Jempekat, Kapisunk, Kaputna, Kiim, Kushapuk, Kusumas, Mayaik, Nantip, Paantan, Palomino, Peñas, Pitiu, San Miguel, San Luis, Sharian, Tayunts, Tsapa, Tuits, Yapapas, Yumisim y Barrio La Libertad, Barrio San Carlos y Barrio San Ramón.

Méndez, que corresponde, junto a otros cinco distritos a la zona N° 6 (Azúay, Cañar y Morona Santiago) (ver cuadro en Anexo II)<sup>37</sup>.

El subcentro brinda servicios en las áreas de medicina general, atención de parto, odontología, vacunación, programa de enfermedades inmunoprevenibles, laboratorio para la detección de leishmaniasis, malaria y tuberculosis, y área de salud intercultural. Periódicamente se realizan visitas a los centros shuar de la zona, en las que se lleva a cabo el levantamiento de fichas familiares, se brinda atención médica y odontológica a demanda espontánea, se realizan visitas médicas domiciliarias cuando así se requiere, se realizan vacunaciones y en algunas ocasiones se dan charlas sobre prevención de enfermedades y promoción de la salud.

Actualmente el subcentro cuenta con tres médicos, tres enfermeras<sup>38</sup>, un auxiliar de enfermería, dos odontólogos, un empleado encargado del área de laboratorio (contratado por el SNEM- Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria), un empleado encargado del área de estadística, un empleado encargado del área de farmacia, un facilitador intercultural, un auxiliar de limpieza y un motorista fluvial (los dos últimos contratados por el Municipio).

El encargado del área de salud intercultural, Luis Yankur, trabaja desde el año 2001 en el Ministerio de Salud y desde el 2007 en el subcentro de Santiago. Según relata, las actividades que se realizaron en los últimos años desde el área de salud intercultural fueron<sup>39</sup>:

Socialización sobre salud intercultural: En un principio, alrededor del año 2003, cuando las actividades del área de salud intercultural recién comenzaban en la provincia, se trabajó en la socialización en los centros shuar sobre las políticas de salud intercultural, sobre el porqué se creó esta Dirección y sobre la visión y actividades de la misma (en este momento Luis Yankur, trabajaba en el cantón Limón Indanza y fue allí donde desempeñó estas actividades).

A partir del año 2007, relata que en el subcentro de Santiago se trabajó en:

---

<sup>37</sup> Información obtenida de la página web del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, para más información sobre las unidades de salud ver: [www.cerebroperiferico.com/msp/unidades\\_salud\\_msp.html](http://www.cerebroperiferico.com/msp/unidades_salud_msp.html).

<sup>38</sup> Uno de los médicos y dos de las enfermeras se encuentran en su año de medicina rural. Es decir que son profesionales en formación que son contratados para trabajar por el período de un año en el subcentro.

<sup>39</sup> Información extraída de varias conversaciones informales y una entrevista formal realizada a Luis Yankur en el año 2014.

Parto vertical: Se capacitó a los profesionales de planta del subcentro sobre el parto culturalmente adecuado; se compraron colchonetas y taburetes, sin embargo hubo fallas en el diseño de los mismos por lo tanto estos materiales quedaron en desuso; se construyó una huerta en el subcentro para brindar plantas medicinales a los pacientes (y también a manera de huerta demostrativa); se instaló una cocina para que los familiares de las parturientas puedan cocinar las agüitas y comidas durante el parto. Asimismo, se estableció la norma de dejar entrar a los familiares en el parto (lo cual anteriormente estaba prohibido).

Alimentación: En el 2007 se realizó un recorrido por los centros de la zona y se observó que en la mayoría de las huertas se habían perdido muchas de las variedades de plantas (tanto nutricionales como medicinales). Se encontró que especialmente las familias que vivían en los centros más cercanos a las carreteras habían cambiado sus costumbres alimenticias, reemplazando los productos del medio por los de la ciudad, transformación que estaba generando muchos problemas de nutrición y odontológicos en la población de la zona, sobre todo en los niños. Frente a esta situación, desde el subcentro realizaron socializaciones en los centros sobre el mejoramiento de la nutrición fomentando la utilización de los productos locales. Asimismo se compraron diferentes variedades de plantas (medicinales y alimentarias) para repartir en los centros para mejorar la variedad de las huertas. Cabe destacar que esta actividad de compra y entrega de plantas se vio fuertemente obstaculizada por los requerimientos administrativos del Ministerio (sobre todo en relación a la exigencia de presentar los recibos de las compras, lo cual es sumamente difícil de lograr en un medio rural), por lo que esta actividad muchas veces no se pudo llevar a cabo y, en la mayoría de las ocasiones que sí se pudo realizar, fue gracias a que el mismo encargado decidió comprar las plantas con sus propios recursos económicos.

Registro de lugares sagrados: Se realizó un recorrido para registrar diferentes lugares sagrados tales como cascadas y lagunas, recogiendo las historias alrededor de estos sitios, la cantidad de los mismos, la vigencia o no de los rituales que allí son llevados a cabo, etc. Esta información fue luego enviada a la Dirección provincial. Sin embargo, no se ha realizado una devolución de este trabajo ni se ha entregado ningún material elaborado a partir de la recopilación de esta información a los que trabajaron en este tema desde el subcentro de Santiago.

Trabajo con los agentes de medicina tradicional: Se realizaron encuentros con diferentes sanadores para intercambiar experiencias y también para realizar algunas capacitaciones. Asimismo se recorrieron los centros para registrar a los *uwishin*. Se recopiló información sobre los datos personales, las actividades que realizan, su experiencia, su formación como *uwishin*, etc. El objetivo de este registro era luego hacer una certificación desde el Ministerio de Salud para avalar la práctica de estos agentes de medicina. Para ello también se hicieron asambleas en cada centro, con el fin de que sean los mismos shuar quienes respalden el reconocimiento de estos sanadores como tales, y a partir de este aval, dar la certificación institucional desde el Ministerio. Sin embargo, a pesar de que todos los datos fueron recopilados, las asambleas realizadas y la información fue entregada a la Dirección Nacional, el proceso quedó detenido y no se ha entregado ninguna certificación. Luis Yankur refiere que el Ministerio dijo que tenía que analizar este tema de la acreditación porque era bastante complicado y que hasta el momento no se ha logrado llegar a una resolución. Sin embargo, refiere que los agentes continúan esperando con grandes expectativas esta acreditación, ya que consideran que eso les significaría una garantía para ejercer su trabajo.

Capacitación a promotores comunitarios: Desde el año 2013 se realiza con una frecuencia quincenal un curso de capacitación en el subcentro. Allí asisten 32 promotores de la zona que son capacitados en la prevención de enfermedades y promoción de la salud (en temas tales como primeros auxilios, prevención de dengue, paludismo, planificación familiar, manejo de algunos medicamentos, entre otros). Asimismo, en abril y mayo de 2014 se impartieron 3 días de capacitación sobre la utilización de plantas medicinales.

Como encargado de salud intercultural, Luis Yankur también apoya en el trabajo de otros profesionales, sobre todo en las visitas a los centros. Además, al ser shuar, funciona como un mediador cultural; conoce los caminos y a la gente de los centros y muchas veces ejerce el rol de traductor en la interacción profesionales-usuarios, y también colabora en otras actividades tales como el llenado de fichas familiares cuando es necesario.

A partir de la renuncia del encargado de salud intercultural a nivel provincial, al inicio del 2013, las actividades del área quedaron paralizadas. No se han reunido los que trabajan en el sector, no se han elaborado los planes operativos anuales ni los presupuestos, por lo que la unidad operativa tampoco ha recibido la asignación de recursos económicos.

Dada esta situación, el encargado de salud intercultural comenzó a dedicarse a otras tareas tales como registrar a las mujeres embarazadas, personas con discapacidad, adultos mayores y enfermos crónicos en los centros, con el objetivo de facilitar la atención en las visitas de los profesionales del subcentro y para agilizar el acceso en casos de emergencia.

Asimismo, por la falta de recursos económicos para la movilización, el encargado de salud intercultural solo brinda atención a la población que cubre el subcentro de Santiago, sin embargo, de acuerdo a las competencias establecidas, le correspondería cubrir también el resto de la población que pertenece al área del Distrito Méndez.

Cabe destacar que hay otro trabajador que también es shuar y que, si bien está contratado para manejar el transporte fluvial, la mayoría de las veces hace el trabajo de mediador cultural tanto en las visitas como en el subcentro ya que es permanentemente requerido por muchas personas de los centros para asistirles en el proceso de atención. Por otro lado, como tiene interés en que se desarrolle el trabajo de salud intercultural, participa activamente en esta área por iniciativa propia.

Teniendo en cuenta esta experiencia a nivel local, se puede constatar que a pesar de que a nivel individual en la mayoría de los casos hay buenas intenciones en trabajar por un diálogo intercultural, lo realizado no lleva a cuestionar la hegemonía del modelo biomédico, y las intervenciones parecen ser un intento por incorporar ciertos aspectos de la medicina tradicional, con el fin de lograr su regulación y validación “científica” bajo los criterios del modelo de atención en salud dominante.

Siguiendo a Knipper, se puede observar cómo estas actividades (como la adecuación cultural del parto y el intento de integrar a los agentes de salud tradicional en el sistema de salud formal) responden a una lógica en la que se presenta a la medicina tradicional como “una mera copia de una imagen monolítica de la medicina occidental, confeccionada con una selección de elementos “indígenas” (...) [con el fin de convertirla así] en una alternativa terapéutica más para pacientes en el creciente mercado de las medicinas alternativas y complementarias” (Knipper, 2006: 420). Asimismo, parece ser que muchas de las intervenciones, como el registro de los lugares sagrados con las historias y mitos alrededor de ellos y la recopilación de información sobre sanadores y prácticas culturales ligadas a la salud y nutrición, finalmente se quedan en esta cuestión del



reconocimiento patrimonial pero no logran dinamizar un proceso intercultural de intercambio, que a su vez genere transformaciones estructurales.

### *El encuentro entre el modelo oficial de salud y sus usuarios*

Como se comentó anteriormente, los profesionales del subcentro de Santiago recorren periódicamente los centros shuar de la zona. Estas visitas, son momentos claves para observar la interrelación de los profesionales con los usuarios y la puesta en juego de este sistema de salud en lo cotidiano.

Generalmente, a la llegada de los profesionales a los centros, se destina un espacio (en la mayoría de los casos es la casa comunal, y si el centro no cuenta con este lugar, se acomodan en la galería de algún aula escolar) para improvisar una especie de consultorio. Se disponen varias mesas y sillas y el médico o médica y la enfermera se sientan y comienzan a poner sobre la mesa los papeles de las fichas y recetarios, los medicamentos y las vacunas, y luego comienzan a llamar a la gente que se va acercando para ser atendida. Por su parte, el odontólogo ingresa en algún aula de la escuela, imparte una charla sobre higiene bucal a los niños y luego los atiende. Asimismo, se recorren algunas casas para completar las fichas familiares, para vacunar a los niños que según los registros tienen pendiente alguna vacuna, y para atender a alguna persona que por edad, enfermedad o discapacidad no puede movilizarse, y en algunas ocasiones se imparten charlas sobre los servicios que brinda el subcentro o sobre prevención de enfermedades y/o promoción de la salud.

Se puede observar que existe una buena relación entre los usuarios y profesionales, éstos son muy bien recibidos y en muchas ocasiones los miembros del centro les brindan algo de comer y/o beber, y muchos socios, una vez atendidos, se quedan observando y conversando mientras los profesionales continúan con su trabajo.

Pero más allá de estas interacciones, que en casi todos los casos se dan de manera respetuosa y amena, en estas relaciones profesional-paciente se pueden advertir ciertas actitudes y dinámicas que llevan a reflexionar sobre cuestiones más profundas imbricadas en estos procesos cotidianos de salud/enfermedad/atención. Es en este sentido que quisiera destacar algunos puntos que llaman la atención en estos encuentros.

En primer lugar, cabe destacar que casi sin excepción, el que se sienta a atenderse sale con algún medicamento en la mano. Esto refleja claramente el tipo de formación de

los profesionales, la cual privilegia la prescripción médica y el enfoque biólogo. Por otro lado, aunque algún profesional tuviera la intención de introducir una perspectiva diferente de atención, esto se vería seriamente imposibilitado, ya que el servicio se enmarca en un sistema de salud que exige resultados por pacientes atendidos con miras a los datos estadísticos. Por lo tanto, se genera una presión sobre los profesionales que les impide disponer de demasiado tiempo como para brindar una atención más detenida, lo cual sí permitiría, en el caso que la intención fuera esta, de tener una mirada más integral e intercultural. Por otra parte, según refieren los profesionales, esta dinámica está tan naturalizada, que cuando los médicos intentan decirles a los pacientes que para su dolencia no hace falta prescribir medicamentos, éstos se enojan y se quejan de que no son bien atendidos.

Asimismo, es interesante analizar las diferentes actitudes y posturas que adoptan los usuarios frente a la atención de los profesionales en los centros shuar. En algunos centros se ha observado una fuerte demanda por ser atendidos y para que se les entregue medicación. En estos casos, las personas se acercan expresando su malestar o el de sus hijos (porque en general la mayoría de los que acuden son mujeres que llevan a sus niños por tos, fiebre, gripe, dolores de garganta, diarrea y en menor medida por infecciones en la piel), frente a lo cual el médico los revisa y les receta alguna medicina. Se ha advertido que en muchas ocasiones, cuando el médico empieza a decir que la persona ya se está recuperando o hace algún comentario que haría pensar que no prescribirá un medicamento, las personas automáticamente insisten en que están enfermos y en que se les tiene que dar alguna medicación. En cambio se ha observado que en otros centros, las personas se acercan con una actitud menos demandante, incluso la cantidad de socios del centro que se acercan a la visita de los profesionales es menor. En cuanto a la atención, piden directamente un medicamento para el malestar que tienen (por ejemplo un remedio para los bichos, dolor de estómago o fiebre). En estos casos da la impresión de que estas personas no entran en esa relación en la que el paciente expone sus dolencias, el médico revisa, diagnostica y finalmente, desde su autoridad y saber, decide y medica, y el paciente por su parte solo obedece. Por el contrario, es como si consideraran que el rol del médico sería solamente entregarles una medicina para un padecimiento particular, el cual ellos ya han detectado y definido, por lo tanto, pareciera como si concibieran al médico solo como un proveedor de medicinas.

Finalmente, se pudo observar que la noción de interculturalidad no está incorporada en esta relación médico-paciente. En algunas ocasiones, los trabajadores del subcentro que son shuar intervienen traduciendo cuando hay problemas de comunicación, pero la atención transcurre completamente bajo los parámetros del modelo biomédico oficial y no se observa que lo cultural sea una variable tenida en cuenta en el esquema de atención, diagnóstico y/o tratamiento. Por ejemplo, en ningún caso se ha visto que se les haya preguntado a las personas si para esa dolencia que presentan han acudido a algún especialista (de medicina tradicional) o si han realizado algún tratamiento en su hogar, como tampoco se les sugiere o incentiva el uso de su propia medicina.

Como relata Comelles en relación a la acreditación cultural de los hospitales públicos de Estados Unidos, pero que también sirve para reflexionar sobre lo observado en relación a la atención de los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública en Ecuador,

la acreditación cultural (...) significa una primera llamada de atención respecto a los derechos de las minorías, pero (...) no pone en cuestión la racionalidad médica, y por tanto una forma de construcción del pensamiento que excluye el valor de lo cultural y lo social en la práctica, pero que permite “añadirlo”, sin más, a la lista de ítems que deben registrarse en los protocolos clínicos. Kleinman nos comentaba tiempo atrás, riendo, que sus estudiantes acaban escribiendo en las historias: signos, síntomas, exploraciones y... modelo explicativo de la enfermedad, convirtiendo lo cultural en un ítem políticamente correcto, pero sin que contribuya a una producción dialéctica de saberes (Comelles, 2004: 23).

### **Sobre los diferentes saberes y modelos de atención en lo cotidiano**

Además de la atención que brinda el Ministerio de Salud, entre los shuar es común la utilización de diferentes servicios, pertenecientes tanto al modelo biomédico oficial, como al propio (la atención de especialistas y la autoatención) y a otros modelos alternativos. A partir de la observación y conversaciones con diferentes usuarios y profesionales, se podría afirmar que la mayoría de las personas ante un padecimiento recurre a múltiples estrategias y servicios de atención; el recorrido por estos servicios, puede darse de diversas formas, lo cual depende de varios factores y condiciones en las que se encuentra la persona enferma y su familia, tales como los recursos económicos con los que cuenta, el lugar geográfico de residencia, las creencias y nivel de confianza en torno a los curanderos, sanadores y profesionales de la salud, etc.

Siguiendo a Menéndez (2009), con el objetivo de describir y analizar estas dinámicas, podríamos encuadrar estos saberes y formas de atención utilizados por los shuar en:

Autoatención: Generalmente en primer lugar se recurre a los recursos domésticos basados en el conocimiento familiar, en especial el de las mujeres. En el *aja* (huerta) shuar existen, además de los productos comestibles, especies medicinales que las mismas familias utilizan según sus necesidades. También existe la costumbre de comprar a otras familias (con dinero o mediante el intercambio de productos) cuando no se dispone de cierta medicina en la propia casa. Asimismo, muchas veces, luego de realizar un tratamiento con la medicina biomédica, se vuelve a completar el tratamiento con plantas en el hogar.

Sin embargo, muchas personas refieren que ya no se tiene la variedad de plantas que antes se tenía en las *ajas* y también se dice que las personas ya no conocen qué plantas utilizar para curarse o cómo preparar las medicinas<sup>40</sup>.

tradicionalmente, ancestralmente las familias shuar tenían en las *ajas* shuar, tenían diferentes tipos de plantas, (...), la medicina era íntegra, (...) tenían diversas especies el *aja*. Entonces en la *aja* shuar la mujer shuar cultivaba plantas medicinales, entonces eso ha perdido, (...) entonces solo se siembra plátano, solo camote, solo yuca. (...) Solo se tiene 5 o 6 plantitas para uso ocasional, por eso no está fortalecido el *aja* integral, (...) no encontramos en la *aja* shuar, no encontramos medicina, no encontramos frutas, no encontramos (...) caña, no encontramos... no sé azúcar (...), no encontramos fréjol, no encontramos nada, solo tenemos solo la yuca y la papa china. Entonces ¿cómo podemos nosotros decir, yo estoy fortaleciendo, yo tengo medicina y me curo con esto? Por que las plantas se utilizaban con caña, con algo amargo, con algo que pueda neutralizar el producto y tomar con más suavidad, ¿no? Entonces no hay eso, (...) por eso hemos dicho mejor es promover (...) *aja* integral, incorporar especies de plantas medicinales al *aja* shuar, es decir, la mujer shuar que cultive todo tipo de producto, plantas, *maikiuants*, jengibre, *piripri*, otras cosas, eso que esté en el *aja*, para coger del *aja*, el niño puede coger, el papá puede coger y puede procesar la medicina (Franklin Kuja, 2014, entrevista).

Biomedicina: Las personas recurren frecuentemente a estos servicios. Como se relató anteriormente, los shuar en sus centros reciben visitas de los profesionales y también van a atenderse en el subcentro y en otros casos en los hospitales (generalmente en

---

<sup>40</sup> Esta disminución en la variedad en las *ajas* se debe principalmente a la diversificación en las actividades económicas. Actualmente los hombres trabajan gran parte de su tiempo en la ganadería, en la extracción de madera y/u oro, o como profesores o empleados en los Municipios y las mujeres se dedican, además del trabajo en la huerta y en las tareas domésticas, a la cría de animales menores. De esta manera, las *ajas* ya no reciben la atención que anteriormente recibían, por lo tanto, de a poco las especies sembradas han ido quedando circunscriptas, en la mayoría de los casos, a los productos alimenticios más utilizados para el consumo familiar diario, tal como la yuca, plátano, camote, papa china, etc.

Méndez, Sucúa y/o Macas). Sin embargo, muchos consideran que la utilidad de la biomedicina radica en quitar rápidamente los dolores y malestares, pero que no tiene efectividad en cuanto a la cura de una enfermedad, es decir que no ataca la raíz del problema, razón por la que muchas veces, luego de tomar medicación, realizan un tratamiento con su propia medicina (en el hogar o con un especialista):

Químico nosotros utilizamos para la emergencia, por decir un cólico, ¿ya? Ponen una inyección y ya está, ya para que nos pase rápido. Después de esto ya cuando nos pasó, para que ya no nos coge más cólico más nada, nosotros tomamos como te digo remedio natural y así vive con calma. Por decir yo ahorita este momento estoy con, medio que tengo náusea, tengo ganas de vomitar, me coge mareo, ahora yo tengo que cocinar la hierba luisa, tomar siquiera unos dos, tres tazas y vomitar, arrojar todo esto. (...) O si no hoja de guayusa igual (...). Para eso se utiliza, para la emergencia sí, que me calme, ya luego yo ya utilizo remedios naturales, de ahí ya me pasa, sigo tomando semanas, día tras día... (socio del centro shuar Mayaik A, 2014, entrevista).

En caso de las pastillas, veo que ya me pasó el dolor, me calmó el dolor, yo me quedo tranquilo, de pronto al día siguiente me tomo una agua fría, y cómo no sé qué es lo que había, me vuelve el dolor, entonces no me he curado, sino sencillamente calmado. Pero estamos acostumbrados ya este tiempo utilizar un producto que te calme rápido el malestar sin saber si te curas o no te curas, eso es la peor cosa (...) en que hemos caído nosotros los shuar, a diferencia de lo que antes (Raúl Petsáin, 2014, entrevista).

Atención farmacéutica: Es importante resaltar, que dentro del modelo biomédico oficial, si bien desde la clasificación teórica no es considerado estrictamente como un servicio, las farmacias cumplen un rol central, ya que muchas veces la compra directa de medicamentos con la asistencia del personal de las farmacias reemplaza a la consulta médica. Asimismo, muchos puestos de salud en los centros shuar cuentan con medicamentos, los cuales son vendidos a las familias bajo la supervisión de los promotores de salud encargados de dichos puestos. Entre los shuar, existe un alto grado de automedicación, fenómeno que considero está íntimamente relacionado con la expansión del mercado farmacéutico global por un lado, y con el propio modelo biomédico cuya práctica se centra cada vez más en la prescripción de medicamentos, como la vía preferida para la solución de los padecimientos. Además, hay que resaltar que se trata de años de influencia del proyecto civilizatorio occidental canalizado en parte a través de la biomedicina y sus recursos terapéuticos.

Medicina tradicional: Entre los shuar, los *uwishin* (shamanes) son los especialistas o agentes reconocidos. A ellos se recurre cuando las personas padecen enfermedades consideradas de origen espiritual. Muchas veces el *uwishin* pertenece al

mismo centro, pero también es muy común que las personas salgan a ciudades más alejadas como Sucúa, Macas, Puyo y Ambato en búsqueda de curanderos. Existen grandes problemas en torno al shamanismo, por un lado, en los centros hay muchas acusaciones de “brujería”, lo que genera cierta desconfianza en torno a muchas de estas personas. En cuanto a los shamanes de las ciudades, se afirma que hay muchas personas que no son verdaderamente sanadores, sino que quieren “hacer negocio”, cobrando sumas muy altas de dinero y engañando a la gente, sin ayudarlos realmente (socio del centro shuar Yumisim C, 2014).

Pero además de esta figura, que también es identificada en otras culturas, entre los shuar, existen muchas personas, que son reconocidos por tener el poder de curar ciertas enfermedades o padecimientos particulares. Estas personas, a través de visiones y/o sueños han aprendido a curar a partir de su propio proceso de enfermedad-curación. También en otras ocasiones, este conocimiento es recibido por el enfermo cuando es curado por un familiar o por un especialista o sanador:

Yo eso aprendí a través de visiones. Yo misma me enfermé, yo casi me paralicé. Entonces yo (...) cuando me acostaba, cuando me dolía todo el cuerpo me iba a dormir. Antes de dormir me aplicaba este *Malikua*, este floripondio en la parte que me dolía, entonces eso me hacía tener visión en sueños, entonces en sueño se me aparecía así persona, una mujer o un hombre, o médicos mismo vestidos así como doctores que vienen en realidad así, en sueño pero, entonces ellos me enseñaban en sueño y ellos me decían haga eso, te vas a curar. Ellos me hacían en sueño, me hacían cirugía también, en sueño y al despertar yo me sentía mejor. Entonces (...) yo me curé y ahorita no tengo nada. (...) Entonces así me curé yo, desde ahí aprendí uso de esas plantas, que muchos no sabían, ahora a veces me paso en camino, a veces alguien dice sufro así, me pasa eso, les digo coja esa planta, cocina, báñate y vaya a dormir. A veces me dicen tengo mal sueño, tengo pesadillas que no puedo dormir, vivo y así sufro, le digo coja eso, cocina, báñese y vaya a dormir. O haz eso así, ¿ya? es que a veces yo no tengo tiempo (...) o sea me gusta hacer, ya, generosa, compartir, ayudar a los demás, o sea mis conocimientos yo quisiera que otros también vivan, cuando yo me muera quiero que otra persona viva de eso, que ayude a los demás, o sea yo he tenido ese pensamiento, por eso es que no les escondo, les aviso, a cualquiera (socia del centro shuar Chichis, 2014, entrevista).

Otras medicinas: Hay que destacar que los shuar, cuando salen a las ciudades para curarse de algún malestar que no logran resolver con los recursos más cercanos, también consultan a un gran abanico de prestadores de salud pertenecientes a diferentes modelos tales como médicos naturistas (forma marginal del modelo biomédico), acupunturistas (proveniente de

otras tradiciones médicas académicas), curadores espirituales (de tipo alternativas o “new age”).

Esta pluralidad en la atención médica<sup>41</sup>, que ya había sido detectada hace años<sup>42</sup>, continúa aún vigente, así como algunas de las barreras que impiden o dificultan la utilización de los servicios del sistema oficial por parte de los shuar, tales como “la falta de acceso cultural, financiero o geográfico” (Kroeger e Ilechkova, 1983: 89).

No hay duda de que sería necesario una investigación más extensa que indague de manera exhaustiva la utilización de los diferentes servicios de salud, no obstante, a partir de los hallazgos del presente trabajo, podría afirmarse, en relación a lo planteado por Kroeger, que se han dado ciertos cambios en las últimas décadas que se expresan principalmente en una expansión de las ofertas de productos farmacéuticos, un gran aumento de la utilización indiscriminada de medicamentos y un alto crecimiento y difusión de las ofertas de servicios de atención pertenecientes a otras tradiciones médicas, medicinas alternativas o propias del modelo biomédico pero marginales al sistema oficial. También se ha desarrollado un proceso de mercantilización de los servicios de los agentes de la medicina tradicional, así como un proceso de reconocimiento que está produciendo la consolidación de la medicina tradicional como una más de las medicinas alternativas y complementarias. Por otro lado, la cobertura del sistema de salud oficial se ha expandido enormemente en los últimos años, sin embargo, según la percepción de los usuarios, esta ampliación de servicios sigue sin cubrir las necesidades de salud de la población shuar.

---

<sup>41</sup> Cabe destacar que la utilización de diversos saberes y modelos no se da solamente entre la población indígena, sino que se ha observado que muchos shuar comparten o venden sus plantas medicinales a mestizos, y que también muchos *uwishin*, especialmente los que se encuentran en los centros urbanos, atienden a gente mestiza y hasta algunos mezclan entre sus recursos terapéuticos, elementos provenientes de otros modelos (como la reflexología, los masajes, medicina naturista, etc.).

<sup>42</sup> Ver Kroeger e Ilechkova (1983) y Kroeger y Barbira Freedman (1984).

## **CAPÍTULO IV DIFICULTADES PARA LA CONCRECIÓN DE UNA SALUD INTERCULTURAL**

Como se mencionó en los capítulos anteriores, existen muchas dificultades para desarrollar una interculturalidad en salud que se base en el respeto y simetría en las relaciones y que asimismo cuestione de manera profunda los fundamentos del modelo estatal en general y del sistema de salud en particular. En primer lugar, siguiendo a Menéndez, es imprescindible partir del hecho de que

las relaciones culturales han funcionado en contextos de dominación, de explotación, de hegemonía/subalternidad, y esto se dio y se sigue dando. (...) De tal manera que cuando leemos que la interculturalidad está planteada en términos exclusivos de cooperación, de respeto y de tolerancia entre grupos, nos parece muy interesante como deseo, pero nos parece reduccionista –por utilizar una palabra más o menos neutra- en términos de los procesos que operan en nuestras realidades (Menéndez, 2006: 52).

Se ha advertido que lo implementado hasta el momento en cuestión de interculturalidad responde más a una línea de trabajo que termina siendo limitada a los aspectos culturales. De esta manera, esta perspectiva no toma en cuenta que muchos de los problemas “refieren a procesos de dominación, de exclusión, de estigmatización [y que son] impulsados por objetivos económico/políticos, profesionales y/o ideológicos de los sectores sociales que están en relación”. Es así que la consolidación de “relaciones interculturales realmente respetuosas y simétricas” se ve seriamente dificultada (Menéndez, 2006: 60-61).

### **Algunas contradicciones en relación al modelo estatal**

Ampliando un poco la mirada hacia esta problemática y retomando un enfoque más regional y global, se hacen visibles nuevamente ciertas continuidades entre el multiculturalismo neoliberal de los años noventa y el presente. Existen demasiadas similitudes entre los actuales procesos y los del “multiculturalismo gestionado” el cual se caracterizaba por “celebra[r] el pluralismo cultural pero (...) [efectuando] pocos cambios duraderos para los integrantes del grupo culturalmente oprimido”, perspectiva



que estaba ligada a “proyectos desde arriba” que reforzaban “expresiones esencialistas y limitadas de la identidad grupal” (Hale, 2007: 299)<sup>43</sup>.

Esta es la realidad con la que nos volvemos a encontrar en el marco de un país como el Ecuador, que se define como plurinacional e intercultural, donde supuestamente existe el respeto a la diversidad cultural, pero al mismo tiempo se detectan procesos que provocan resultados muy diferentes y hasta contrapuestos a estas ideas.

Retomando a Boccara, se podría afirmar que “el asentamiento de la salud intercultural va mucho más allá de la simple implementación de una metodología de atención con pertinencia cultural en un escenario caracterizado por el creciente pluralismo médico (...). [Ya que r]emite a un tipo de saber/poder que se aplica tanto a las poblaciones indígenas como a los funcionarios de la salud”. Es así que este autor habla de la emergencia de una “etnogubernamentalidad” caracterizada por “nuevas modalidades de regulación de las poblaciones indígenas” que tiende a “despolitizar los problemas de salud desvinculándolos de la estructura socioeconómica” y donde “el Estado opera como un escenógrafo que organiza las operaciones de transferencia de legitimidad y de autenticación cultural” (Boccara, 2007: 201).

Es decir, que al indagar en las prácticas, se evidencian procesos de absorción y regulación cultural por parte del Estado, más que un respeto a la diversidad. Según este autor, de lo que se trata es de un Estado<sup>44</sup>, cuya “complejidad y efecto” hay que

enfocarlo (...) como [un] conjunto de prácticas y discursos institucionales emergentes que tienen como meta empoderar a los nuevos sujetos para que tengan acceso a mercados, también emergentes, y que aspira a responsabilizarlos a través de la llamada participación social, del fortalecimiento institucional y del aprovechamiento de los distintos tipos de capital (cultural y social) disponibles, otrora considerados una traba en la entrada de los indígenas en la modernidad, hoy visto como un *asset* o una ventaja en el proceso de modernización y nacionalización del territorio. Pues ya no se trata de borrar la tradición cultural indígena (...) sino más bien hacerla partícipe (...). Pero no cualquier tradición, una tradición funcional, reconstruida, reinventada y refuncionalizada en base a la naturaleza de los nuevos proyectos de etnodesarrollo (Boccara, 2007: 202).

---

<sup>43</sup> Para críticas al multiculturalismo neoliberal ver Assies (1999), Díaz Polanco (2005, 2006), Hale (2004, 2007) y para reflexiones sobre las continuidades y/o rupturas entre el neoliberalismo y los procesos actuales ver Bretón (2013) y Martínez (2009).

<sup>44</sup> El autor habla de un “Estado neoliberal multicultural” en Chile, pero considero que el análisis es sumamente pertinente para los procesos actuales en relación a la salud intercultural en el Ecuador.

Es decir, existe una gran apoyo hacia la medicina tradicional indígena (más discursivo que práctico, pero apoyo al fin), pero siempre y cuando se trate de una medicina tradicional que encaje en los parámetros biomédicos y que pueda ser incorporada al sistema de medicina oficial a través de la llamada interculturalidad.

### *La cuestión medioambiental*

Siguiendo a Alimonda, la naturaleza latinoamericana desde la época colonial ha sido condicionada por las relaciones de poder, en tanto que

[la] realidad biofísica (su flora, su fauna, sus habitantes humanos, la biodiversidad de sus ecosistemas) como su configuración territorial (la dinámica sociocultural que articula significativamente esos ecosistemas y paisajes) aparece ante el pensamiento hegemónico global y ante las elites dominantes de la región como un espacio subalterno, que puede ser explotado, arrasado, reconfigurado, según las necesidades de los regímenes de acumulación vigentes (Alimonda, 2011: 22).

Por otro lado, como ya lo describía Whitten hacia finales de la década de 1980, “[l]as implicaciones ecológicas, sociales e ideológicas de la contradicción [entre la expansión del Estado en la Amazonía y la forma de vida de las poblaciones indígenas que allí residen] impulsan la destrucción del ecosistema, la degradación humana, y la aniquilación étnica, cultural y biológica” (Whitten, 1989: 46).

Es decir que estas presiones sobre el medio ambiente y las poblaciones indígenas de la Amazonía no son nuevas, sin embargo, lo que llama la atención en la actualidad, es esta contradicción interna que se plantea “entre los principios biocéntricos (Ecuador) o los reconocimientos constitucionales de la plurinacionalidad y los derechos de pueblos y nacionalidades (Ecuador y Bolivia) y la política económica del Estado (...), [la cual se fundamenta] en la profundización de su inserción en el sistema-mundo en calidad de suministradores de hidrocarburos y minería” (Bretón, 2013: 82). Por lo tanto, ¿dónde queda el respeto a los derechos colectivos de los pueblos indígenas, los derechos de la naturaleza y el llamado *Sumak Kawsay*? Asimismo, se devela una gran incapacidad de concebir la realidad de manera integral. En este sentido, el tema de la salud intercultural es otro de los tantos ejemplos que expresan esta fragmentación y contradicciones:

Partiendo de la premisa de que la “cultura médica” indígena es parte inalienable de los demás aspectos de la vida social, cultural y económica de las comunidades, los mayores “peligros” actuales serían aquellos que amenazan la vida digna y sana de las poblaciones indígenas (...). En la Amazonía, la amenaza más fuerte consiste, sin duda, en los cambios

radicales en el contexto ecológico, económico y social (Kimberling, 1993; San Sebastián/Hurtig, 2005). Pero ¿será posible contra[re]star el impacto de la pérdida de tierras, de la destrucción ambiental y de los cambios socio-económicos acelerados con cursillos de “terapias tradicionales”, jardines de plantas medicinales y la instalación de casa de curanderos? (Knipper, 2006: 426).

### **La hegemonía del modelo biomédico y la subordinación de la medicina tradicional y las medicinas alternativas y complementarias**

Solo con revisar algunas de las normativas de la OMS o del mismo Estado ecuatoriano se puede advertir que el reconocimiento de la medicina tradicional se da en un encuadre de tolerancia, pero siempre bajo la supervisión y límites de los criterios biomédicos.

Desde la OMS se maneja de manera conjunta el tema de la medicina tradicional y la medicina alternativa y complementaria:

La medicina tradicional, complementaria y alternativa suscita un amplio abanico de reacciones, desde el entusiasmo no crítico hasta el escepticismo no informado. El uso de la medicina tradicional (MT) sigue estando muy extendido en los países en vías de desarrollo, mientras que el uso de la medicina complementaria y alternativa (MCA)<sup>[45]</sup> está aumentando rápidamente en los países desarrollados.

(...) En países donde el sistema sanitario dominante se basa en la medicina alopática, o donde la MT no se ha incorporado en el sistema sanitario nacional, la MT se clasifica a menudo como medicina “complementaria”, “alternativa” o “no convencional” [Y se aclara:] De acuerdo con este documento, la “medicina tradicional” se utiliza cuando se hace referencia a África, Latinoamérica, Sudeste asiático y/o el Pacífico occidental, donde quiera que se utilice la “medicina complementaria y alternativa” cuando se hace referencia a Europa y/o Norteamérica (y Australia). Cuando se hace referencia en un sentido general a todas esas regiones, se utiliza en general MT/MCA. (OMS, 2002: 1).

Es decir que para la OMS, esta distinción entre MT y MAC, tiene que ver con la utilización que se da de manera diferenciada entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo (primera cuestión que evidencia en qué paradigma se sustentan estas normativas). Parece ser que esta clasificación de MT- países en vías de desarrollo y MAC-países desarrollados no es tenida tan en cuenta por las normativas nacionales del Ecuador, en donde también se habla en conjunto de las medicinas ancestrales/tradicionales, alternativas y complementarias (por ejemplo en las Constituciones de 1998 y 2008 y en las leyes nacionales). Sin embargo, el documento de las *Políticas públicas de salud para la diversidad étnica y cultural* del año 2009, se divide en parte I:

---

<sup>45</sup> Si bien en este documento se abrevia a las medicinas complementarias y alternativas como MCA, en el presente trabajo, de acuerdo a otros documentos y autores, se continuará abreviando como MAC.

“Los sistemas de la sabiduría ancestral” y parte II: “Las medicinas alternativas y complementarias” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2009: 10, 25).

El análisis de este documento ayuda a develar la ideología que existe detrás del mismo, lo cual, a su vez, sirve como un ejemplo representativo de los discursos, estructura y funcionamiento tanto del modelo biomédico como del modelo estatal ecuatoriano. Revisando los objetivos y estrategias de cada una de las partes de este documento, se puede llegar a la conclusión de que, haciendo un paralelismo con este *continuum* subdesarrollo-desarrollo, es como si la MT se encontrara más “atrasada” que las MAC en este camino ascendente de validación científica. Las propuestas para las MT tienen que ver con una aproximación a este sistema de medicina, un intento por describirlo y entenderlo, por “protegerlo” como patrimonio de los pueblos indígenas, y, por supuesto, con un esfuerzo por propiciar que estos pueblos participen en estos procesos a través de la interculturalidad. En cambio para las MAC, las estrategias planteadas están directamente en relación con la regulación y validación científica.

La justificación para el apoyo estatal a la MT se basa en la histórica exclusión de los pueblos indígenas y el menosprecio de sus saberes y prácticas, enmarcadas en un alarmante proceso mediante el cual “de forma paulatina y sistemática, los desarrollos tecnológicos de la medicina occidental, sus mecanismos comunicacionales, el ardid del gran progreso, continúan impulsando al abandono de los patrones culturales preventivos promocionales ligados al buen vivir”. Al mismo tiempo, se afirma que frente a la caducidad de “los valores de la modernidad”, han irrumpido “nuevos valores de nuevas actoras y actores sociales y de nuevas racionalidades que validaron lo singular y lo heterogéneo”. Por lo tanto, frente a esta situación, el Ministerio de Salud Pública declara adoptar la “perspectiva [intelectual] posmoderna”, la cual “integra opciones que permiten validar sabidurías, conocimientos y prácticas ancestrales, tanto como experticias devenidas de sistemas médicos alternativos, en el contexto del nuevo país que se intenta construir”. Por otro lado, en este mismo documento, la justificación de la incorporación de las MAC está dada por considerar que “el conjunto de prácticas médicas comúnmente denominadas tradicionales, alternativas y complementarias, o no convencionales, poseen suficiente sustento documental y evidencia científica, a la vez

que resultan adecuadas, eficientes y económicas”<sup>46</sup> (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2009: 7-8, 25):

Los estudios muestran que en Europa, entre el 20 y el 50% de la población recurre a las medicinas alternativas; en Australia, lo hace el 48%. En los países en desarrollo, la medicina tradicional es usada como parte de la atención primaria por más del 80% de la población, y en los países industrializados cada vez son más numerosos los pacientes que recurren a la medicina alternativa con fines preventivos o paliativos<sup>47</sup>. En Francia el 75% de la población ha usado la medicina complementaria al menos una vez; en Alemania, el 77% de las clínicas del dolor proporcionan servicios de acupuntura, y en el Reino Unido el gasto anual en medicina complementaria o alternativa asciende a 2.300 millones de dólares (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2009: 25).

Es decir que las MAC, a diferencia de la MT, ya han logrado cierto reconocimiento como modelos de atención válidos (aunque de manera subordinada), por lo tanto, en alguna medida, son parcialmente aceptados por el sector biomédico. De esta manera, el camino que les quedaría por recorrer es el de terminar de validar científicamente estos conocimientos para luego poder ser regulados e incorporados de manera completa en los sistemas oficiales de salud.

Esto mismo se puede observar al analizar las estrategias trazadas para cada apartado. Por ejemplo, en cuanto a las MAC, entre sus estrategias se encuentra la de “Apoyo a la investigación clínica, y protocolización de las terapias utilizadas en las medicinas alternativas y complementarias”, para lo cual, entre las actividades específicas propuestas se plantean: “22. Convalidación científica de los fundamentos epistemológicos y desarrollos terapéuticos de las medicinas alternativas y complementarias. [Y] 23. Normativa científica y cultural sobre especialistas de las medicinas alternativas y complementarias” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2009: 30).

En cambio, siguiendo con este análisis con respecto a la MT, parecería ser que esta medicina se encuentra en un estado incipiente y amorfo en este proceso de reconocimiento, en el cual todavía hay muchas imprecisiones en relación a la agrupación o diferenciación de varios de estos términos. Da la impresión de que el esfuerzo está puesto en englobar todo en una misma categoría de modelos de atención

---

<sup>46</sup> Hay que señalar, que si bien aquí se menciona también a la MT, esta argumentación se encuentra en el apartado II. “Las medicinas alternativas y complementarias” y, en cambio en el apartado I, no se hace referencia a la “evidencia científica” para justificar la incorporación de la MT (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2009: 25).

<sup>47</sup> Aquí nuevamente cabe destacar que se habla de la MT como validada en los países en desarrollo y/o en el ámbito de la atención primaria o preventiva, es decir, parece ser que no comparte el mismo estatus que las MAC.

“medicinas tradicionales, alternativas y complementarias”, pero es como si la MT todavía no estuviera alcanzando los requisitos para ello. Y como se trata de una categoría subordinada al modelo biomédico, para poder entrar en ella es necesario asumir ciertos parámetros, conceptos y estructura acordes a este modelo.

Esta dinámica, parece corresponderse con aquella lógica en la que el modelo de desarrollo (en este caso representado por el modelo biomédico) es designado como el ideal a alcanzar por todas las sociedades del mundo, por lo tanto, los considerados subdesarrollados y atrasados (en este caso la MT -como el último escalón en esta pendiente-, y los modelos que hoy están en esa lucha por ser validados como MAC) deben transformarse según estos parámetros para lograr dar un paso más adelante hacia ese ideal, y, obviamente, para ello necesitan la ayuda de los que están en la cumbre de esta carrera ascendente, y que detentan el poder y el saber para ello.

Por lo tanto, me aventuraría a afirmar que, como sugiere Knipper, estamos frente a un proceso en el que se está construyendo “una versión muy particular de la ‘medicina tradicional’ indígena” basada en “criterios y la ‘racionalidad’ de la sociedad occidental” (Knipper, 2006: 424), y que muy posiblemente terminará con la regulación e incorporación de la misma al sistema médico oficial, logrando alcanzar de esta manera el mismo estatus que cualquier MAC.

Finalmente, teniendo en cuenta no solo los discursos, sino también las prácticas en relación a la salud intercultural descriptos en los capítulos anteriores, todo parece apuntar a la confirmación de este análisis sobre el futuro de la MT, lo cual lleva a concluir que la salud intercultural en la actualidad, está funcionando como la vía o el puente que está permitiendo convertir en realidad ese camino.

#### *Sobre los profesionales del modelo biomédico*

Mucho se dice e incluso se expresa en las normativas sobre la idea de que es imprescindible reformar “los planes y programas de formación y capacitación” en salud con el fin de “mejorar el conocimiento de la diversidad cultural, erradicando el racismo, estigma y discriminación, que limitan el acceso a los sistemas de salud” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2009: 23). Sin embargo, teniendo en cuenta lo dicho anteriormente, se hace evidente que las directrices y expectativas en relación a la inclusión de una visión intercultural en la formación de profesionales y en cuanto a la

sensibilización del personal, en estas condiciones estructurales, no tiene el espacio para convertirse en un catalizador de cambios en cuanto a la visión del modelo biomédico y a su posición hegemónica. Además, como señala Comelles,

resulta difícil, desde un punto de vista pedagógico y en este momento histórico, explicar a profesionales sanitarios con una formación radicalmente neopositivista y taxonómica y en que sólo algunos han desarrollado una conciencia de la diversidad cultural, [que habría que] asumir que las nuevas concepciones de lo cultural exigen imperativamente deconstruir sus propias identidades y en algunos sentidos su propia racionalidad (Comelles, 2004: 25).

Como claramente no se está yendo en la línea de cuestionar los cimientos del modelo biomédico, entonces las adaptaciones que se puedan realizar en la formación de los profesionales, a efectos de un cambio que permita generar relaciones interculturales simétricas, terminan siendo bastante superfluas.

### **Incompatibilidad entre los modelos de atención en salud**

Además de estas limitaciones para la interculturalidad, que están ligadas a cuestiones más estructurales, existen otros impedimentos que se relacionan con los fundamentos propios de cada uno de los diferentes modelos de atención que de alguna manera los hacen incompatibles. Si bien estos fundamentos son inseparables de las condiciones estructurales en las que se encuentran inmersos, a efectos del análisis los describiré de manera separada.

Según Menéndez, el modelo médico hegemónico consta de “treinta características estructurales” que este autor ha agrupado en siete bloques:

- a) concepciones teórico/ideológicas dominantes (división cuerpo/alma, biologismo, evolucionismo, énfasis en lo patológico, individualismo);
- b) exclusiones (ahistoricidad, a-socialidad, a-culturalidad, exclusión del sujeto);
- c) relación instituciones médicas/paciente (asimetría, exclusión del saber del paciente, el paciente como construcción, medicalización de los comportamientos);
- d) el trabajo médico (dominio del trabajo clínico asistencial, diagnóstico y tratamiento basados en la eliminación del síntoma, concepción de la enfermedad como ruptura y desviación);
- e) pragmatismo médico;
- f) autonomía médica (profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica);
- g) la enfermedad y la salud como mercancías (Menéndez, 2009: 41).

Asimismo, Haro expresa que el paradigma del modelo biomédico, siguiendo los postulados de Kleinman,

parte de una concepción materialista-física de la realidad en la cual lo psicológico y lo social son epifenómenos que cubren la «verdadera» realidad. Se centra además en una oposición dual de carácter ontológico (normal/patológico, mente/cuerpo, masculino/femenino, fuerza/debilidad, ciencias «duras»/«blandas»), que se traduce en una visión unicausal y reduccionista de la patogénesis de los fenómenos sanitarios. (...) [A lo que añade] una (falsa) neutralidad ética/ideológica, el rechazo del papel epistemológico de la subjetividad y las emociones, también una mirada que tiende a atomizar, homogeneizar a los individuos y a apreciar la enfermedad de una forma ontológica y descontextualizada (Haro, 2000: 107).

Y como expresa Mabit,

Los practicantes de la medicina occidental ignoran en su gran mayoría los axiomas y postulados de la ciencia que practican: la epistemología no es parte de la enseñanza universitaria. Terminan entonces por creer que lo que se les enseña es la pura verdad y que todo lo que no se les enseña en consecuencia es falso o pertenece al mundo de las fantasías. Se fabrican mentes rígidas, con rejas de interpretación racionalistas que encierran la realidad en un sistema binario o dualista que pretende responder a todas las eventualidades (Mabit, 2004: 14).

En cambio, la medicina tradicional se enmarca dentro de una cosmovisión, en la que por ejemplo, según la cultura shuar,

la vida ordinaria, del despierto, es considerada explícitamente como “falsa” o “una mentira” y se cree firmemente que la verdad acerca de la causalidad hay que encontrarla entrando en el mundo sobrenatural, o lo que los shuar consideran como el “verdadero” mundo, porque ellos piensan que los acontecimientos que suceden dentro de ese mundo están debajo, y son la base para muchas de las manifestaciones de superficie y misterios de la vida ordinaria (Harner, 1978: 125).

Esta forma de ver el mundo explica el papel central que cumplen los *uwishin* (que pueden ser tanto hechiceros como curanderos) y las plantas que permiten acceder a ese mundo “verdadero”, así como la creencia de “que la brujería es la causa de la gran mayoría de las enfermedades y de las muertes no violentas. (...) [Y que p]rácticamente las únicas enfermedades que no son atribuidas a brujería son las `enfermedades del hombre blanco´ (*sunkur*), normalmente de naturaleza epidémica” (Harner, 1978: 142).

Es así que

el shuar no desacraliza la enfermedad, la considera en su complejidad humano-cósmica. No la despoja de su aspecto arcano y desconocido.

Para curar una enfermedad hay que tener en cuenta las fuerzas ajenas al hombre. En la misma forma de curar, aún las enfermedades más comunes,



hay cánones que se deben respetar, de otro modo la curación no acontece o queda dudosa e incompleta.

(...) No es suficiente luchar contra la enfermedad material. Hay que descubrir el aspecto arcano y combatirlo con actitudes mágicas.

(...) El shuar, como todo indígena, no tiene conciencia de alteridad respecto al universo, sino que se percibe a sí mismo como un elemento más; la barrera entre el reino vegetal, animal y humano, para él resulta artificial y ficticia.

Las enfermedades no deterioran simplemente unos órganos y unas funciones fisiológicas, sino que alteran el ritmo del hombre con el mundo (Broseghini y Frucci, 1986: 6-7).

Como también relata Franklin Kuja,

Entonces sabemos que a través de la naturaleza, a través de la energía, Dios sí existe, y para nosotros Dios es viento, Dios es energía, Dios es el sueño que interpretamos, nos hace soñar, nos hace cambiar. Entonces para estar activos, (...) para que el conocimiento cósmico esté activo, nosotros tenemos que consumir lo que es las plantas alucinógenas, como tabaco, como ayahuasca, *Natem*, como *Maikiua* o floripondio, y todo tipo de plantas que son, que vibran, que cambian, que activan. Entonces nos activamos, vuelta nos actualizamos. Tomamos un producto, nos actualizamos y si no nos actualizamos, no tomamos ese tipo de productos, hace de que negativamente estamos enfermos (Franklin Kuja, 2014, entrevista).

Por lo tanto, la salud, la cultura y la forma de vida de los shuar son inseparables de la relación integral que mantienen con su entorno natural.

Del árbol se beneficia el hombre, de él se come las frutas y también de ellas se alimentan los animales que existen en el monte. Del árbol sacamos la madera para construir la casa, también vendemos tablones para educar a nuestros hijos, el árbol es bueno, le queremos al lado de la casa para protegernos y para curarnos, su sombra nos protege del sol, su brisa nos trae suerte.

Al caminar vamos descubriendo toda variedad de plantas medicinales, el shuar en cualquier lugar que se encuentre sabe cómo hacerse tratamientos de salud. Los bejucos nos sirven para cualquier necesidad, para hacer trampas, amarrar palos, hacer techos, *chankinas* y construcciones de casas.

(Testimonio de Adela Wampash, en Fundación Natura, 2010a: 133).

Frente a estas grandes diferencias, en muchos casos irreconciliables, que subyacen a cada una de estas medicinas, sobre todo en cuanto a la racionalidad en la que se sustentan las concepciones sobre el ser, la salud y enfermedad, la vida y la muerte, ¿qué posibilidades hay de una real interculturalidad? No llama la atención entonces que el modelo biomédico, desde su posición hegemónica, intente absorber a esta otra medicina, articulando los elementos que resultan coherentes a su paradigma y luego, transformando los otros para que se adapten a su visión, concepciones y prácticas.

### **Algunas cuestiones sobre la cultura e historia shuar a la hora de pensar en un diálogo intercultural**

Una condición esencial para que se pueda dar una interculturalidad, es la participación y compromiso de todas las partes que entran en diálogo, pero, como se explicará a continuación, debido a diferentes factores, originados principalmente en las históricas relaciones de dominación, los shuar muchas veces no tienen mayor apertura para entablar este diálogo.

#### *La desconfianza hacia personas ajenas*

Al hablar con muchos shuar sobre el tema de la medicina tradicional, al preguntarles por la utilización de sus plantas o sobre los recursos con los que cuentan para tratar los padecimientos, se observa que en la mayoría de los casos, a pesar de haber estado largo tiempo hablando de manera fluida en un ambiente de confianza, al introducir estas preguntas, el interlocutor se empieza a poner incómodo, adopta una actitud evasiva, empieza a mirar hacia arriba o hacia los lados, y termina respondiendo algo así como “no, nosotros ya no sabemos cómo curarnos con plantas, sólo utilizamos pastillas”.

Sin embargo, luego se descubre que existe una gran contradicción entre lo que se dice hacer y lo que realmente se hace, ya que por medio de la observación o a través del mismo relato de los shuar, luego se constata que en verdad sí conocen y utilizan diariamente su propia medicina. Asimismo, reflexionando con los mismos shuar sobre estas contradicciones, se puede llegar a la conclusión de que existe una gran desconfianza a la hora de conversar sobre los temas de salud, así como una gran reticencia a compartir experiencias, ideas y conocimientos sobre la medicina shuar. Esta desconfianza se fundamenta en la experiencia pasada de relaciones interétnicas en las que se vieron engañados y perjudicados, y se expresa principalmente en el temor a que les “roben los conocimientos” para beneficiarse económicamente con ellos:

La Federación Shuar hace años yo escuché que... que habían entrado muchos de Estados Unidos, si, estudiantes o investigadores en el Ecuador y conocieron (...) ayahuasca, ¿ya? Entonces conocieron y llevaron allá en Estados Unidos en un lugar (...) de investigación, un laboratorio más que todo. Entonces ellos procesaron y conocieron el secreto de esa planta, entonces después escuché que habían hecho pastas, pastillas, así, quién sabe, hasta jarabe habrán hecho... Cosa que ellos toman una pastilla allá (...). Entonces por eso es que esa planta habían llevado y cultivado por allá y que van vender en todas partes del mundo. Si, entonces por eso la Federación Shuar ya empezó a decir que no... no aceptar entrevistas con personas

internacionales porque ellos vienen a... a comprar o a robar costumbres, ciencia del pueblo shuar, del pueblo indígena decían (Daniel Esach, 2014, entrevista).

Eso es también otra de las debilidades, a veces se quiere trabajar un médico extranjero y con cooperación externa, pero a veces ellos como son médicos, son profesionales, escriben, tienen toda la tecnología, escriben y se llevan la fórmula y ellos han llevado el conocimiento shuar, han llevado el conocimiento achuar, entonces con esos insumos ellos han fortalecido sus, yo digo, su medicina para el negocio, eso ha pasado (Franklin Kuja, 2014, entrevista).

En otras ocasiones, se percibe que esta desconfianza está conectada con un temor a ser perseguidos por dichos conocimientos y/o prácticas, lo cual resulta ser totalmente coherente si se toma en cuenta que hasta hace no más de 40 años, los shuar eran señalados como incivilizados y su cultura era menospreciada. Muchos niños y jóvenes eran educados en los internados de las misiones religiosas, donde se les prohibía y sancionaba si intentaban hablar su idioma y/o practicar sus costumbres.

Desde que los españoles vinieron, colonizaron aquí en América y en Ecuador también. Entonces el pueblo indígena vivía a su manera, de acuerdo a sus costumbres, (...) con el tiempo eso fue cambiándose porque... ehh fueron educados así por los misioneros, la vida religiosa y también se ha cambiado también, ¿ya? Porque el pueblo shuar vivía creyendo en un Dios que decían Arutam. Ellos encontraban por medio de la visión un espíritu que solo les hablaba y adquirían poder, entonces ellos creían en esto, o sea nosotros creíamos en esto, mis abuelos, especialmente cuando recibían un poder, así sobrenatural por andar en el... por ejemplo en el río duerme tomando ayahuasca, percibiendo tabaco, oyendo así simplemente durante cacería, le aparecía un espíritu y durante el sueño les daba poder. Entonces con eso, con ese poder a veces eran poderes que daban fuerza para matar un enemigo, ¿ya? entonces de acuerdo a eso vivían, pero después vino como digo la colonización con su costumbre y la ley muy... muy aparte, que también podía sancionar. Entonces de ahí fue cambiándose la religión, asimismo la costumbre, la vida del pueblo shuar. Entonces ya que hasta dejó de matar, que hasta dejó de tener dos mujeres, que (...) hasta dejó de... de ir en cascada, ¿ya? Porque los misioneros dijeron que existe un solo Dios, ¿ya? Entonces existe un Dios, que hay que confesar los pecados, que tienen que bautizarse, entonces fue adaptándose esa costumbre de otros, ya, entonces... hasta ahora. Bueno, algunos utilizan plantas medicinales, viven de costumbre, hay algunos mayores que... que viven de la mitología... (Daniel Esach, 2014, entrevista).

### *Revisando la historia entre las Misiones y los shuar*

Mucho se ha escrito a partir de las representaciones que diferentes actores occidentales han tenido sobre los shuar. Existía, y probablemente todavía aún exista en ciertos sectores, una “imagen ambigua” sobre los shuar, caracterizada por una “compleja

mezcla de admiración y de reprobación” (Taylor, 1994:81), describiéndolos muchas veces como un pueblo “guerrero” e “indómito”, imagen que se basa principalmente en

la excepcional testarudez de la resistencia jívara a la reducción militar y misionera, su escandalosa indiferencia a la palabra occidental portadora de la razón, del orden y de una promesa de vida eterna, [por lo que finalmente,] acabaron por adquirir ante los ojos de los españoles y después de los criollos, la apariencia de una voluntad fríamente calculada de escapar a cualquier precio de los beneficios de la vida civilizada y de la redención cristiana (Taylor, 1994:78).

Sin embargo, los esfuerzos de las misiones por “civilizar” a estos indígenas no fueron pocos, y estos procesos y relaciones tuvieron una gran influencia en el proceso de transformación cultural entre los shuar:

Los misioneros intentaron esporádicamente convertir a los shuar durante los siglos dieciocho y diecinueve, pero con poco o ningún éxito. Ya en el siglo XX, la exploración de petróleo y los reclamos peruanos sobre la región, forzaron al Estado a establecer una presencia que integrara (...) [la] zona shuar al desarrollo económico y a la organización del Estado. Sin embargo, en aquel entonces el Gobierno carecía de los recursos para patrocinar una colonización a gran-escala o para desarrollar vínculos de infraestructura que enlazaran a la Amazonía con el resto del país. Tenía que delegar la conversión de los shuar, tanto al catolicismo como a la ciudadanía (...). En 1893 el Gobierno concedió a la orden salesiana, dedicada a la educación de niños huérfanos y desamparados, “el Vicariato Apostólico de Méndez y Gualaquiza” (...) [Luego,] (...) [l]os salesianos (...) establecieron misiones en Méndez y Macas en 1914 y 1924 respectivamente, y es desde entonces que la orden de los salesianos ha sido la presencia eclesiástica dominante en la provincia [de Morona Santiago] (Rubenstein, 2005: 30-31).

Asimismo Rubenstein afirma que “[l]os salesianos pretendían convertir a los shuar al catolicismo, pero esto no fue aparentemente difícil” (...) Y “[a]unque los salesianos no lograron eliminar prácticas tales como el shamanismo y la poligamia, sí lograron promover la creación de la etnicidad shuar, territorial y legalmente circunscrita por la reserva shuar”. Finalmente, “[e]n la década de 1940, la Iglesia desvió su atención de los adultos hacia los niños, quienes eran llevados a la escuela de la misión” y son estos niños quienes años más tarde, convertidos ya en adultos, fueron nuevamente movilizados para liderar los procesos de creación de los centros y de la Federación Shuar (Rubenstein, 2005: 32-33, 37).

El pelo largo, la costumbre era así, con el mismo pelo se ponía la corona, se envolvía, hacían *temash* peinilla tejiendo nosotros mismos, así como *tawash*. Era elegante. La mamá nos peinaba, y cuando éramos grandes nosotros mismos peinábamos.

El dios Arutam tenía el pelo largo, le daba fuerza y podía potenciar, era hombre de respeto, de selva, hombre de naturaleza. Por eso se tiene lanza, el poder, para defender. Por eso el que tenía mejor pelo buscaba los guerreros para hacer *tzantza* (cabeza reducida) o para unir el pelo de uno con el del vencido. Quien sacrificaba más, el que iba a los mejores ritos, el mejor ayuno, cogía poder de Arutam. Matar no era solo eso, era coger el poder de Arutam, del alma del muerto, por eso era difícil, era largo, había muchos peligros. *Emesak* podía la familia entera destruirse por no cumplir bien el rito.

El pelo se comenzó a cortar porque los misioneros no dejaban. Decían que los hombres no pueden ser mujeres. Como el más grande aceptaba, los niños decían a los abuelos parece mujer: le hacían quedar mal. Los jóvenes cambiados obligaban a los mayores a cambiar, a negar los conocimientos. Solo creen en lo que está escrito y desconocen lo que nosotros sabemos y no está escrito. Si está escrito hacen creer que es verdad. Un naturista puede ser bueno pero no le aceptan porque no está escrito. La gente viene y vive con fe en los dioses para que le cuiden. Los otros dicen eso es mito, para despreciar, *chicham*.

(Testimonio de Luis Kuja, en Fundación Natura, 2010a: 157).

Estos procesos, que desencadenaron muchas transformaciones culturales, han dejado grandes huellas a nivel subjetivo, colectivo y cultural, por lo tanto, es imprescindible tenerlos presente a la hora de reflexionar e intentar comprender la realidad actual de los shuar.

### *La percepción sobre la medicina tradicional y la heterogeneidad de posturas entre los shuar*

Se podría decir que existen diferentes corrientes entre los shuar que podríamos caracterizar como unas más conservacionistas y otras más modernizadoras, las cuales se distinguen principalmente por las ideas que tienen las personas sobre cómo vivir la relación entre tradición-modernidad y la interculturalidad. Algunos shuar parecen haber asumido la idea de desarrollo, y es así que pretenden vivir sus vidas lo más acorde posible a este paradigma, estos son los que abogan por los medicamentos farmacéuticos, por el saber de los profesionales del modelo biomédico, así como por la autoridad de los profesores y otros profesionales con títulos universitarios, y ven al conocimiento y racionalidad occidental como el único modelo válido, el cual debe ser imitado y alcanzado. Sin embargo, hay otros que tienen fuertes críticas hacia este modelo desarrollista y más bien, al ver las históricas relaciones de dominación a las que han sido sometidos, y los perjuicios por “dejarse absorber” por esta cultura dominante, por

el contrario, quieren revitalizar algunas de sus prácticas culturales como una forma de mantener su autonomía y como una reivindicación y alternativa política.

Entonces, teniendo en cuenta esta historia de relaciones interétnicas y de procesos de transformación cultural, ¿cómo no entender que muchos no valoren ni quieran transmitir a sus hijos su propia cultura? ¿O que algunos quieran esconder sus prácticas y creencias? ¿O que otros hayan tomado conciencia frente a esta discriminación y dominación y luchen por sus derechos y por revitalizar su cultura? De esta manera, se hace evidente lo imprescindible de tomar en cuenta los procesos históricos para entender la realidad actual de los shuar. En este sentido y a la luz de estas reflexiones, la tarea presente parece radicar, teniendo en cuenta la perspectiva de los propios actores, en preguntarse: ¿Qué significa entonces ser shuar en la actualidad? Frente a esta heterogeneidad y a esta imposibilidad de categorizar esta realidad tan dinámica y cambiante, ¿Cómo lograr una interculturalidad si bajo este concepto subyace la idea de que existen dos grupos contrapuestos, uno considerado inferior al otro, pero vistos ambos como homogéneos hacia su interior, los cuales deben encontrar la forma de dialogar y aceptarse mutuamente?

### **Algunas aclaraciones sobre el proceso de reconocimiento de la medicina tradicional**

Al hablar en este trabajo sobre el proceso de la regulación e intento de incorporación de la MT junto a la categoría de las MAC, lo que interesa es comprender la relación de dicho proceso con la situación de los pueblos indígenas, y en este caso particular, de los shuar. Teniendo en cuenta las relaciones de poder que se dan en diferentes niveles, lo que se busca es develar las contradicciones entre los discursos y las prácticas y comprender qué es lo que sucede con los shuar en relación a su identidad y transformación cultural a partir de estos procesos.

Esto significa que no se podría juzgar a la categorización de la MT e intento de equiparación como una más de las MAC como bueno o malo *per se*, ya que la realidad siempre demuestra ser mucho más compleja que una simple dicotomía excluyente que valore cada situación como positiva/negativa, o que encasille sin más a cada grupo social o individuo como dominante/subordinado.

Me interesa destacar esto, porque si bien no es la perspectiva tomada en la presente investigación, no se puede dejar de mencionar que desde otro punto de vista, a

partir de la capacidad que han demostrado poseer los conocimientos de la MT para ayudar a usuarios occidentales en diferentes padecimientos<sup>48</sup>, la difusión de la MT y la posibilidad de que sea reconocida por los sistemas oficiales de salud, es percibida de manera muy diferente.

Muchos profesionales de la salud, que trabajan en el marco de la medicina occidental, han visto que el integrar conocimientos provenientes de la MT y de las MAC genera una oportunidad para suplir ciertas carencias que presenta el modelo biomédico, por ejemplo en relación a “la exclusión dogmática de la dimensión espiritual del pensamiento científico occidental” y a la “patología mental y disturbios de la inmunidad [que] representan campos de la patología donde la medicina moderna muestra una gran debilidad mientras constituyen los puntos fuertes de las medicinas tradicionales” (Mabit, 2004: 14, 16). Según esta perspectiva, estas acciones permitirán avanzar en un camino de diálogo y de construcción de un nuevo paradigma que, tomando lo mejor de cada uno de los ya existentes, los trascienda para crear un nuevo modelo:

Eso es nuestro rol, una vez que nosotros tenemos eso vamos a seguir dándonos la mano con la ciencia de occidente en este camino y lo que se articula es la salud intercultural, pero esto de acá es nuestro rol, formarnos nosotros, investigar el uso de plantas medicinales para enseñarle al resto, porque ese es nuestro aporte a nuestra humanidad, y ese aporte es un deber, es una obligación nuestra en este momento, porque si no (...) esto se va a morir y cuando se muere esto, entonces se muere el pueblo (...). Cumplimos un rol fundamental que no lo ve el Gobierno, no lo ven los políticos y no lo ven los líderes y no lo ve el pueblo. En este momento nosotros somos los únicos responsables de revitalizar esto (...) para garantizar la continuidad de la generación humana y dar paso a una nueva civilización humana, a una nueva humanidad con este conocimiento, no con el otro, porque el otro está en crisis y va a caer sobre su propio peso (Leti Viteri, 2014, entrevista).

Esto no significa que desde esta perspectiva se nieguen las relaciones de poder existentes y el lugar de subalternidad de los pueblos indígenas y de su medicina, pero se considera que “esa articulación [de la medicina occidental y la indígena], con todas las precauciones necesarias, es una condición en la salvaguardia de la medicina tradicional y de las culturas indígenas” (Mabit, 2004: 9). Asimismo se considera que el trabajo de articulación se debe dar tanto a nivel individual como colectivo,

---

<sup>48</sup> Por ejemplo ver el trabajo del Centro de Rehabilitación de Toxicómanos y de Investigación sobre las Medicinas Tradicionales-Takiwasi en Perú, el Runa Wasi en Argentina y PROMETRA-Promoción de la medicina tradicional amazónica en Ecuador. Estas son organizaciones que combinan recursos terapéuticos provenientes de la medicina occidental con otros de la medicina tradicional amazónica. Para más información ver: [www.takiwasi.com.ar y http://peopleandplants.squarespace.com/prometra-castellano/?SSScrollPosition=176](http://peopleandplants.squarespace.com/prometra-castellano/?SSScrollPosition=176).

a nivel individual donde cada cual tiene que enfrentarse con su rigidez interna que contribuye a bloquear el surgimiento de nuevas formas inspiradoras de vida y salud colectiva [y] a nivel conceptual y global para la identificación de los dogmas colectivos inconscientes que rigen nuestro pensar y actuar individual (y aquí especialmente nuestras medicinas) y así descubrir espacios de convergencia entre paradigmas claramente identificados. (...) [De esta manera,] si enfrentar el poder económico apela a medios globales y colectivos a veces complejos y de largo plazo, reducir las resistencias psicológicas puede empezar desde ahora y a nivel individual (Mabit, 2004: 4, 24).

Por lo tanto, se trata de un tema sumamente complejo, el cual tiene muchas aristas, perspectivas y abordajes posibles. Es desde este entendimiento que la presente investigación pretende ser una aproximación a esta problemática, buscando aportar en una reflexión crítica y profunda sobre los procesos sociales, que trascienda los reduccionismos y fragmentación de la realidad.



## UNAS ÚLTIMAS REFLEXIONES A MODO DE CONCLUSIÓN

Teniendo en cuenta lo expuesto en los capítulos anteriores, a partir de contrastar los discursos con las prácticas en torno al tema de la salud intercultural, finalmente se puede arribar a algunas conclusiones, pero no en el sentido de resultados acabados, si no más bien como una formulación de nuevas preguntas, reflexiones e inquietudes.

### **Vigencia del paradigma desarrollista**

A pesar de que desde muchos sectores se afirma que actualmente estamos viviendo una etapa posdesarrollista, todavía muchas de las creencias que sustentaron el surgimiento de la era del desarrollo a mitad del siglo XX continúan vigentes. Un ejemplo claro es el hecho de que, desde ciertos sectores de poder, aún se sigue definiendo

al “subdesarrollo” como un estado de carencia, más que como el resultado de circunstancias históricas, y a los “subdesarrollados” como pobres, sin preguntarse por las razones de su indigencia, (...) [haciendo] del crecimiento y de la ayuda -concebidos en términos tecnocráticos y cuantitativos- la única respuesta posible (Rist, 2002: 94).

Si bien es cierto que a lo largo de los años han cambiado los actores, las situaciones y los discursos, lo que ocurre en el fondo es que la vigencia de este modelo occidental, que se basa en la idea de progreso y crecimiento infinito y que se considera como el único válido, es lo que sigue sosteniendo estas relaciones de hegemonía/subalternidad, las cuales se manifiestan a través de múltiples dinámicas. Esto se revela por ejemplo en la existencia de un Estado (como el ecuatoriano) que dice respetar la diversidad cultural, pero que termina siendo un régimen homogeneizador, en el que esta perspectiva de desarrollo resulta ser la única reconocida como legítima<sup>49</sup>. De la misma manera, esto se expresa en la racionalidad y primacía del modelo biomédico con respecto a otros modelos de atención en salud, como en el caso de la medicina tradicional indígena, que se encuentra en una posición de subalternidad y en un proceso de regulación e institucionalización por parte del Estado.

---

<sup>49</sup> Sobre la naturaleza homogeneizadora y desarrollista del actual Gobierno de la Revolución Ciudadana ver Bretón (2013), León (2012) y Martínez Novo (2014).

## **Continuidades con el multiculturalismo neoliberal**

Asimismo, en la actualidad el Estado se define como plurinacional e intercultural pero, a pesar de contar con muchos elementos jurídicos a partir de los cuales garantizar el respeto a la diversidad cultural, sigue circunscribiendo estos reconocimientos a ciertos elementos culturales selectos; Situación que hace que se caiga en la folklorización y, que de esta manera, no se logre generar ningún cambio de tipo estructural. Por lo tanto, como expresa Bretón,

podría ser factible considerar que el deslumbrante (re)surgimiento de la voz de los pueblos indígenas en las vigentes Constituciones ecuatoriana y boliviana no pase de un recopilatorio de principios vacíos – por su no traducción en leyes secundarias que los efectivicen o, pura y llanamente, por la proliferación de disposiciones en temas estratégicos que directamente los vulneran – con qué encuadrar, ordenar y disciplinar, en odres nuevos, a los subalternos de siempre (Bretón, 2013: 87).

Esta continuidad se hace claramente presente en el tema de la salud intercultural, donde se habla sobre el diálogo y el respeto a la medicina tradicional, pero en la práctica no se cuestionan las condiciones estructurales que impiden que ello se dé. Por el contrario, en el fondo lo que se está desarrollando es un proceso de absorción de este modelo a través del intento de regulación e institucionalización del mismo. Sin embargo, las acciones que se realizan en los temas de interculturalidad proyectan una imagen que muestra como que sí se estuviera entablando un diálogo profundo y respetuoso, lo cual genera una situación muy similar a lo descrito por Hale en los años noventa respecto al multiculturalismo neoliberal:

Los sectores estatal y privado realizan concesiones importantes en respaldo de derechos selectivos a la diferencia cultural, lo cual ayuda a alejar demandas colectivas que podrían poner en movimiento desafíos con potencial transformador. Dichas concesiones, y la receptividad de la gente hacia ellas, aumentan la legitimidad del Estado a los ojos de la comunidad internacional, así como entre los potenciales adversarios indígenas (Hale, 2007: 319).

Esto es lo que se ha observado en relación a los shuar en Morona Santiago, donde muchos perciben que el Estado ahora sí los reconoce, los toma en cuenta y respeta su cultura. Pero frente a este escenario surgen ciertas dudas, ¿qué alcance tendrán estos reconocimientos?; Y ¿qué beneficios reales les proporcionan a los shuar en cuanto a temas tales como la mejora en la calidad de vida, sus derechos y autodeterminación? Por el contrario, creo que lo que se produce es un efecto paralizador, en el que, al sentirse respetados y reconocidos,

se genera la ilusión de que se están dando transformaciones profundas, y entonces se deja de luchar por conseguir estos cambios.

### **Salud intercultural: Vía para la regulación e institucionalización de la medicina tradicional**

A partir del análisis de diferentes normativas, intervenciones, discursos y prácticas en relación a la salud intercultural, y en particular de la situación actual de los shuar de Morona Santiago se pueden mencionar ciertos hallazgos.

En primer lugar, hasta el día de hoy no se ha dado un debate profundo en el que participen los diferentes actores implicados con el fin de reflexionar en relación a lo que significa la salud intercultural, cuáles son sus alcances, cuáles son las estrategias más adecuadas para concretar esta propuesta y cuál es el rol de cada actor en estos procesos. La realidad es que sigue existiendo mucha confusión y poca comunicación en estos temas.

Asimismo, como se expuso en el cuarto capítulo, existen muchas dificultades para la concreción de una salud intercultural que sea realmente respetuosa de la diversidad cultural y en la que las partes se relacionen de manera simétrica. Entre estos impedimentos, están los factores que tienen que ver con el modelo estatal y las contradicciones internas en relación a la posibilidad de garantizar los derechos de los pueblos indígenas, en lo que el punto más agudo está en relación al tema del extractivismo y lo ya mencionado sobre las políticas de reconocimiento. Por otro lado está la cuestión de la hegemonía del modelo biomédico y la subordinación de la medicina tradicional al mismo, que se traduce en este intento de regularla y absorberla. Además, este último factor se relaciona con el hecho de que estos modelos de atención en salud son en muchos aspectos incompatibles, ya que se basan en concepciones sumamente diferentes sobre las nociones que tiene cada uno sobre la salud, enfermedad, vida y muerte. Finalmente, por parte de los pueblos indígenas (en particular entre los shuar) existe una enorme desconfianza y resistencia a compartir los conocimientos y experiencias sobre su medicina propia, lo cual se fundamenta en la experiencia pasada de relaciones interétnicas asimétricas con diversos actores (especialmente el Estado y las misiones religiosas), donde justamente fueron excluidos e incluso perseguidos por practicar sus costumbres, dificultando de esta manera su apertura a un diálogo intercultural.

De esta manera, se podría afirmar que la salud intercultural en la actualidad termina siendo, más que este anhelado diálogo simétrico entre las culturas, la vía que está permitiendo que la medicina tradicional sea regulada e institucionalizada por parte del Estado. Frente a esta realidad, que termina fomentando la creación de una versión de la medicina tradicional según los criterios biomédicos-occidentales, surgen ciertas inquietudes en torno al lugar que ocupan los pueblos indígenas en todo esto, así como sobre la cuestión de la identidad shuar y de la transformación cultural en este contexto. De modo que este escenario lleva a reflexionar sobre “el carácter relacional de la identidad étnica”, valiéndose de nociones como “la idea de la reorganización étnica [que] abre una ventana hacia las interacciones entre la estrategia y la identidad y los procesos sociales y políticos implicados” (Assies, 1999: 26-27), así como la idea de “devenir indio”, en el sentido de que es a través de las relaciones interétnicas que se va construyendo y recreando la identidad indígena, a través de un proceso dinámico en la que los sujetos están implicados activamente (Jackson, 1996: 450).

### **Las paradojas del proceso de institucionalización de la MT y la interculturalidad**

Como ya se ha mencionado en varias oportunidades a lo largo del texto, el tema de esta investigación es muy amplio, y es susceptible de ser abordado e interpretado desde múltiples perspectivas. Como expresa Wolf, “la humanidad constituye un total de procesos múltiples interconectados y (...) los empeños por descomponer en sus partes a esta totalidad, que luego no pueden rearmarla, falsean la realidad” (Wolf, 1993: 15). De esta manera, se constata que la vida demuestra una y otra vez que el intento de fragmentarla es ilusorio y que no se puede comprender los procesos humanos, culturales y sociales reduciéndolos a una sola explicación o causalidad, ni creyendo en que generarán repercusiones unidireccionales, así como tampoco intentando catalogar a los sujetos y grupos en posiciones rígidas, homogéneas y antagónicas entre sí. Por lo tanto, quisiera describir estas últimas reflexiones en términos de paradojas, ya que considero que de esta manera se expresa mejor la complejidad de esta problemática.

El presente proceso de regulación e institucionalización de la medicina tradicional, en el que la salud intercultural juega un rol clave, puede ser entendido a partir de ciertos procesos paradójales en relación a sus significados y repercusiones posibles.

Desde la perspectiva de los usuarios y profesionales de la salud occidentales, así como también por parte de algunos indígenas, se ve en este reconocimiento de la MT una posibilidad de romper con la hegemonía del modelo biomédico y una oportunidad para trascender estos dos paradigmas existentes y crear uno nuevo a partir de la articulación de los mismos. Por otra parte, desde dichas posturas, se considera que este es el camino más adecuado para que los derechos de los pueblos indígenas sean reconocidos y respetados. Sin embargo, este mismo proceso, teniendo en cuenta las relaciones de hegemonía/subalternidad existentes, entraña el riesgo de profundizar aún más la mercantilización de la MT y de consolidar “una versión muy particular de la ‘medicina tradicional’ indígena” basada en “criterios y [en] la ‘racionalidad’ de la sociedad occidental” (Knipper, 2006: 424), lo cual va construyendo una nueva realidad en la que el Estado y los representantes del modelo biomédico son finalmente los que detentan la autoridad para definir qué es la medicina tradicional, cuáles elementos son válidos y cuáles no, generando nuevas exclusiones, situación que también se relaciona con estas continuidades de las lógicas desarrollistas y las políticas multiculturales del neoliberalismo en la actualidad.

Por otro lado, es posible que desde la perspectiva de los pueblos indígenas se vea aquí una posibilidad de ser reconocidos y respetados, en lugar de ser perseguidos y excluidos como históricamente han sido. Por lo tanto, podría pensarse que estas demandas por parte de algunos indígenas de que la MT sea regulada y validada por el Estado, y de que por ejemplo se investiguen las propiedades de sus plantas medicinales y se confeccionen proyectos para crear laboratorios propios de procesamiento de plantas medicinales, sean parte de sus estrategias políticas, estrategias que tendrían el objetivo de lograr una mayor integración a la sociedad y mercado nacional, regional y mundial, y donde el distinguirse por su diferencia étnica podría ser la mejor forma de lograrlo, frente a lo cual, como expresan Comaroff y Comaroff,

los que procuran estampar una marca distintiva de su otredad, aprovechar lo que los hace diferentes, se ven en la necesidad de hacerlo en los términos universalmente reconocibles con los cuales la diferencia se presenta, se comercializa, se hace transable por medio de los abstractos instrumentos del mercado.

(...) Esas mercancías también son vulnerables a los caprichos del comercio, el cual exige que la enajenación del patrimonio cultural logre un inestable equilibrio entre el exotismo y la banalización, situación que a menudo requiere que los “nativos” se representen a sí mismos de un modo que sea

comprensible para el consumidor de la otredad (Comaroff y Comaroff, 2011: 45, 219).

Es posible, como señalan estos autores, que la mercantilización de la etnicidad y la “comercialización masiva [de las llamadas etnomercancías] infunda nueva vida a las identidades culturales como que corroa las diferencias en que se fundamentan aunque, en el curso de ese proceso, pueda reformular una identidad *sui generis* en muchos aspectos” (Comaroff y Comaroff, 2011: 219). Asimismo, hay que tener cuidado de no caer en “la tendencia [que existe en muchos ámbitos de] (...) considerar que aquellos individuos que inventan y modifican su cultura activa y a veces intencionalmente están produciendo una cultura inauténtica y artificial”. Por lo tanto, cabe reflexionar un poco más sobre el significado del “término ‘cultura’ (...) cuando se intenta describir cómo la gente con una conciencia indigenista de sí misma modifica su cultura como parte de sus estrategias interétnicas” (Jackson, 1996: 440, 442).

Sin embargo, a pesar de que esta mercantilización (incipiente en el caso de los shuar), puede ser interpretada como parte de ciertas estrategias políticas en las que se dan procesos de revitalización cultural y resignificación de la identidad de los pueblos indígenas, no se puede olvidar que existen relaciones asimétricas de poder que se relacionan con la vigencia de un paradigma desarrollista que, a pesar de los discursos de interculturalidad, sigue demostrando tener la intención de occidentalizar a los pueblos indígenas “con desprecio de sus propios valores” (Rist, 2002: 94), lo cual en el campo de la salud se manifiesta en la hegemonía del modelo biomédico, así como en una fuerte contradicción estatal que revela una continuidad con el multiculturalismo neoliberal, donde se reconocen ciertas demandas de derechos culturales a la vez que se rechazan las transformaciones que podrían generar cambios estructurales. Por lo tanto, teniendo en cuenta estas tensiones inherentes a las relaciones de hegemonía/subalternidad, este proceso de regulación de la MT, ligada a la mercantilización de la misma y a la transformación cultural, a su vez presenta grandes peligros; el de aumentar la despolitización del sector indígena, fragmentar aún más su forma de vida, y provocar una gran erosión en la vida cotidiana de las comunidades, lo cual podría traer más perjuicios que beneficios, es decir, más dependencia en lugar de mayor autonomía.

Por lo tanto, considero que sería necesario continuar indagando en estas problemáticas, que a través de una visión integral, profundice en estas contradicciones

existentes, así como en los procesos socio-históricos que puedan dar cuenta de las dinámicas en las relaciones interétnicas y en la transformación cultural, con el objetivo de generar herramientas que permitan abordar de una mejor manera estas complejidades y abrir nuevos espacios para la reflexión, discusión y construcción de realidades diferentes.

## BIBLIOGRAFIA

- Alimonda, Héctor (2011). “La colonialidad de la naturaleza. Una aproximación a la ecología política latinoamericana”. En *La Naturaleza colonizada. Ecología política y minería en América Latina*. Buenos Aires: CLACSO.
- Assies, Willem (1999). “Pueblos indígenas y reformas del Estado en América Latina”. En *El reto de la diversidad. Pueblos indígenas y reforma del Estado en América Latina*. Willem Assies, Gemma van der Haar, André Hoekema (comps.): 21-55. México: El colegio de Michoacán.
- Boccaro, Guillaume Bruno (2007). “Etnogubernamentalidad. La formación del campo de la salud intercultural en Chile”. *Chungara Revista de Antropología Chilena* 39:185-207.
- Bonfil Batalla, Guillermo (1990). *Pensar nuestra cultura*. México: Alianza Editorial.
- Bretón, Víctor (2010). “Introducción: ¿Saturno devora a sus hijos? De hegemonía(s), desarrollo(s) y posdesarrollo(s)”. En *Saturno devora a sus hijos: Miradas críticas sobre el desarrollo y sus promesas*. Víctor Bretón (Ed.): 7-31. Barcelona: Icaria.
- (2013). “Etnicidad, desarrollo y ‘Buen Vivir’: Reflexiones críticas en perspectiva históricas”. En *Revista Europea de Estudios Latinoamericanos y del Caribe* 95: 71-95.
- Bretón, Víctor, David Cortez y Fernando García (2014). “En busca del *sumak kawsay*”. *ÍCONOS: Revista de Ciencias Sociales* 48: 9-24.
- Broseghini, Silvio y Santiago Frucci (1986). *El cuerpo humano, enfermedades y plantas medicinales*. Quito: Ediciones Abya-Yala “Mundo Shuar”.
- Calderón, Luis Fernando (2010). “Seminario regional medicinas tradicionales, alternativas y complementarias en Ecuador. Proceso de Articulación en el Sistema de Salud Pública 2000-2010”. En *Salud, Interculturalidad y Derechos. Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay-Buen Vivir*. Fernández Gerardo (comp.): 53-63. Quito: Ministerio de Salud Pública.
- Comaroff, Jean y Jhon L. Comaroff (2011). *Etnicidad S.A.* Buenos Aires: Katz Editores.
- Comelles, Josep M. (2004). “El regreso de las culturas. Diversidad y práctica médica en el S. XXI”. En *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Gerardo Fernández (comp.): 17-30. Quito: Abya-Yala
- Comisión por la Defensa de los Derechos Humanos- CDDH (1990). *El levantamiento indígena y la cuestión nacional*. Quito: Abya-Yala - CDDH.
- CONAIE (2007). *Propuesta de la CONAIE frente a la Asamblea Constituyente: principios y lineamientos para la nueva constitución del Ecuador por un Estado plurinacional, unitario, soberano, incluyente, equitativo y laico*. Quito: CONAIE.
- Consejo de Gobierno del Pueblo Shuar Arutam (2010). *Plan de vida Estatutos, Normas y reglamentos*. Quito.
- (2011). “Octava Asamblea del Pueblo Shuar Arutam”. Documento no publicado. Marzo, 2011. Archivo Word.
- (2012). “Novena Asamblea del Pueblo Shuar Arutam”. Documento no publicado. Marzo, 2012. Archivo Word.



\_\_\_\_\_ (2013). “Décima Asamblea del Pueblo Shuar Arutam”. Documento no publicado. Marzo, 2013. Archivo Word.

\_\_\_\_\_ (1998). *Constitución Política de la República del Ecuador*. Quito: Ediciones Legales.

\_\_\_\_\_ (2008). Quito: Ediciones Legales.

Cortez, David (2010). “Genealogía del “Buen Vivir” en la nueva constitución ecuatoriana”. Visita 18 de mayo de 2014 <http://homepage.univie.ac.at/heike.wagner/SUMAK%20KAWSAY%20EN%20ECUADOR.%20DAVID%20CORTEZ.pdf>

Díaz-Polanco, Héctor (2005). “Etnofagia y multiculturalismo”. Visita 20 de marzo de 2013 <http://www.paginadigital.com.ar/Articulo/2005/2005terc/educacion3/etnofagia-131205.asp>.

\_\_\_\_\_ (2006). *Elogio de la diversidad. Globalización, multiculturalismo y etnofagia*. México: Siglo XXI.

Escobar, Arturo (2007 [1996]). *La invención del Tercer Mundo. Construcción y deconstrucción del desarrollo*. Barcelona: Editorial Norma.

\_\_\_\_\_ (2005): “El “postdesarrollo” como concepto y práctica social”. En *Políticas de economía, ambiente y sociedad en tiempos de globalización*. Daniel Mato (coord.): 17-31. Caracas: Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, Universidad Central de Venezuela.

Esteva, Gustavo (1988). “Detener la ayuda y el desarrollo: una respuesta al hambre”. En *Carencia alimentaria. Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Serbal.

Ferguson, James (2012). "La maquinaria antipolítica. Desarrollo, despolitización y poder burocrático en Lesoto". En *Antropología y Desarrollo: discursos, prácticas y actores*. Beatriz Pérez Galán (Ed.): 239-257 Madrid: Catarata.

Fundación Natura (2010a). *La Cordillera del Cóndor a dos voces*. Cuenca: Fundación Natura.

\_\_\_\_\_ (2010b). *Territorio, Bosques y Cultura en la Cordillera del Cóndor*, Quito: Fundación Natura.

Hale, Charles (2004). “Rethinking Indigenous Politics in the Era of the ‘Indio Permitido’”. En *NACLA Reporto on the Americas*, s.d: 16-21.

\_\_\_\_\_ (2007). “¿Puede el multiculturalismo ser una amenaza? Gobernanza, derechos culturales y política de la identidad en Guatemala”. En *Antropología del Estado. Dominación y prácticas contestatarias en América Latina. Cuaderno de Futuro N° 23*. María L. Lagos y Pamela Callas (comps.): 285-337. La Paz: NNUU.

Harner, Michael (1978). *Shuar: pueblo de las cascadas sagradas*. Quito: Ediciones “Mundo Shuar”.

Haro Encinas, Jesús A. (2000). “Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud”. En *Medicina y Cultura: Estudios entre la antropología y la medicina*. Enrique Perdiguero y Josep Comelles (eds.): 101-161. Barcelona: Ediciones Bellaterra.

Jackson, Jean (1996). “¿Existe una manera de hablar sobre hacer cultura sin hacer enemigos?”. En *Globalización y cambio en la Amazonía indígena*. Fernando Santos Granero (Comp.): 439-472. Quito: Abya-Yala.

Kingman, Santiago y Fundación Natura (Coord.) (2009). *Atlas del Territorio del Pueblo Shuar Arutam*. Quito.

- Knipper, Michael (2006). "El reto de la "medicina intercultural" y la historia de la "medicina tradicional" indígena contemporánea". En *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y Crítica Intercultural*. Gerardo Fernández (comp.): 413-432. Quito: Abya-Yala.
- Kroeger, Axel y Elena Ilechko (1983). *Salud y Alimentación entre los Shuar*. En Mundo Shuar. Quito: Abya-Yala.
- Kroeger, Axel y Françoise Barbira Freedman (1984). *Cambio cultural y salud con especial referencia a los Shuar-Achuar*. En Mundo Shuar. Quito: Abya-Yala.
- Lacaze, Didier (2002). "Experiencias en medicina tradicional y salud intercultural en la Amazonía Ecuatoriana". *Anales Universidad Göteborg 5: 165-193*.
- Latouche, Serge (2007). "La impostura desarrollista". En *Sobrevivir al desarrollo. De la descolonización del imaginario económico a la construcción de una sociedad alternativa*. Barcelona: Icaria.
- León, Jorge (2012) "Correa: dinámica de concentración del poder y modernización conservadora". En *Balance de la Revolución Ciudadana*. Sebastián Mantilla, Santiago Mejía (eds.): 373-400. Quito: Editorial Planeta / Centro Latinoamericano de Estudios Políticos.
- Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. Ley No. 80. R.O. No. 670. *Registro Oficial del Ecuador*. Quito: 25 de Septiembre de 2002.
- Ley Orgánica de Salud. R.O. No. 423. *Registro Oficial del Ecuador*. Quito: 22 de diciembre de 2006.
- Mabit, Jacques (2004). "Articulación de las Medicinas Tradicionales Occidentales: El reto de la coherencia". Ponencia presentada en el Seminario-Taller sobre Políticas y Experiencias en Salud e Interculturalidad en Quito, Ecuador.
- Martínez Novo, Carmen (2009). "Introducción". En *Repensando los movimientos indígenas*. Martínez Novo, Carmen (comp.). Quito: Flacso.
- \_\_\_\_\_ (2014). "Managing Diversity in Postneoliberal Ecuador". *The Journal of Latin American and Caribbean Anthropology*. 19 (1): 103-125.
- Menéndez, Eduardo (1990). "El modelo médico hegemónico. Estructura, función y crisis". En *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México D.F: Alianza Editorial Mexicana.
- \_\_\_\_\_ (1994). "La enfermedad y la curación. ¿Qué es la medicina tradicional?" En *Alteridades 4 (7): 71-83*.
- \_\_\_\_\_ (2005). "El modelo médico y la salud de los trabajadores". *Salud Colectiva*. 1 (001): 9-32.
- \_\_\_\_\_ (2006). "Interculturalidad, 'diferencias' y Antropología "at home". Algunas cuestiones metodológicas". En *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y Crítica Intercultural*. Gerardo Fernández (comp.): 51-65. Quito: Abya-Yala.
- \_\_\_\_\_ (2009). *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2006). *Mapa Estratégico 2006-2010*. Quito: Ministerio de Salud Pública.
- \_\_\_\_\_ (2008). *Memorias del primer congreso de salud intercultural de Ecuador. Coca, Junio del 2008*. Quito: Ministerio de Salud Pública.

---

\_\_\_\_\_ (2009). *Políticas Públicas de Salud para la Diversidad Étnica y Cultural. Sumak Kawsay – Salud*. Quito: Ministerio de Salud Pública.

---

\_\_\_\_\_ (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural*. Quito: Ministerio de Salud Pública.

OMS (2002). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Ginebra: OMS.

\_\_\_\_\_ (2003). “56ª Asamblea Mundial de la Salud-WHA56.31. Medicina Tradicional”. Visita 3 de diciembre de 2013 [http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/WHA56/sa56r31.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56/sa56r31.pdf).

\_\_\_\_\_ (2013). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*. OMS

OPS/OMS (1993a). “Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas”. Visita 18 de marzo de 2013 <http://www.ops.org.bo/textocompleto/pi31304.pdf>.

\_\_\_\_\_ (1993b). “Pueblos Indígenas y salud. Taller '93. Villa María Winnipeg, Canada”. Visita 4 de enero de 2014 [http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/2-Esp%20Actastallerhemisf\\_esp.pdf](http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/2-Esp%20Actastallerhemisf_esp.pdf).

\_\_\_\_\_ (2008). *La salud de la población indígena de las Américas*. Resolución de la 138ª sesión del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.

PSHA, MIES (2012). *Escuela Ancestral del Pueblo Shuar Arutam. 2011*. Quito: PSHA: MIES.

Ramírez Hita, Susana (2011). *Salud Intercultural. Crítica y problematización a partir del contexto boliviano*. La Paz: ISEAT.

Rist, Gilbert (2002). *El desarrollo: historia de una creencia occidental*. Madrid: Los Libros de la Catarata.

Rubenstein, Steve (2005). “La conversión de los shuar”. *ÍCONOS: Revista de Ciencias Sociales* 22: 27-48.

Said, Edward (1990). *Orientalismo*. Madrid: Libertarias.

Santos Granero, Fernando (1996). “Hacia una antropología de lo contemporáneo en la Amazonía indígena”. En *Globalización y cambio en la Amazonía indígena*. Fernando Santos Granero (Comp.): 7-43. Quito: Abya-Yala.

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo – SENPLADES (2007). *Plan Nacional de Desarrollo Plan Nacional para el Buen Vivir 2007-2010: Planificación para la revolución ciudadana*.

---

\_\_\_\_\_ (2009). *Plan Nacional de Desarrollo Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013: Construyendo un Estado Plurinacional e Intercultural*.

---

\_\_\_\_\_ (2012). R.O. No. 290. *Registro Oficial del Ecuador*. Quito: 28 de mayo de 2006.

Seppilli, Tullio (2000). “De qué hablamos cuando hablamos de factores culturales en salud. A modo de presentación” En *Medicina y Cultura: Estudios entre la antropología y la medicina*. Enrique Perdigüero y Josep Comelles (eds.): 33-44. Barcelona: Ediciones Bellaterra.

Taylor, Anne Christinne (1994). “Una categoría irreductible en el conjunto de las naciones indígenas: los jívaro en las representaciones occidentales”. En *Imágenes e imagineros*:

*representaciones de los indígenas ecuatorianos. Siglos XIX y XX.* Blanca Muratorio (ed.): 75-107. Quito: FLACSO.

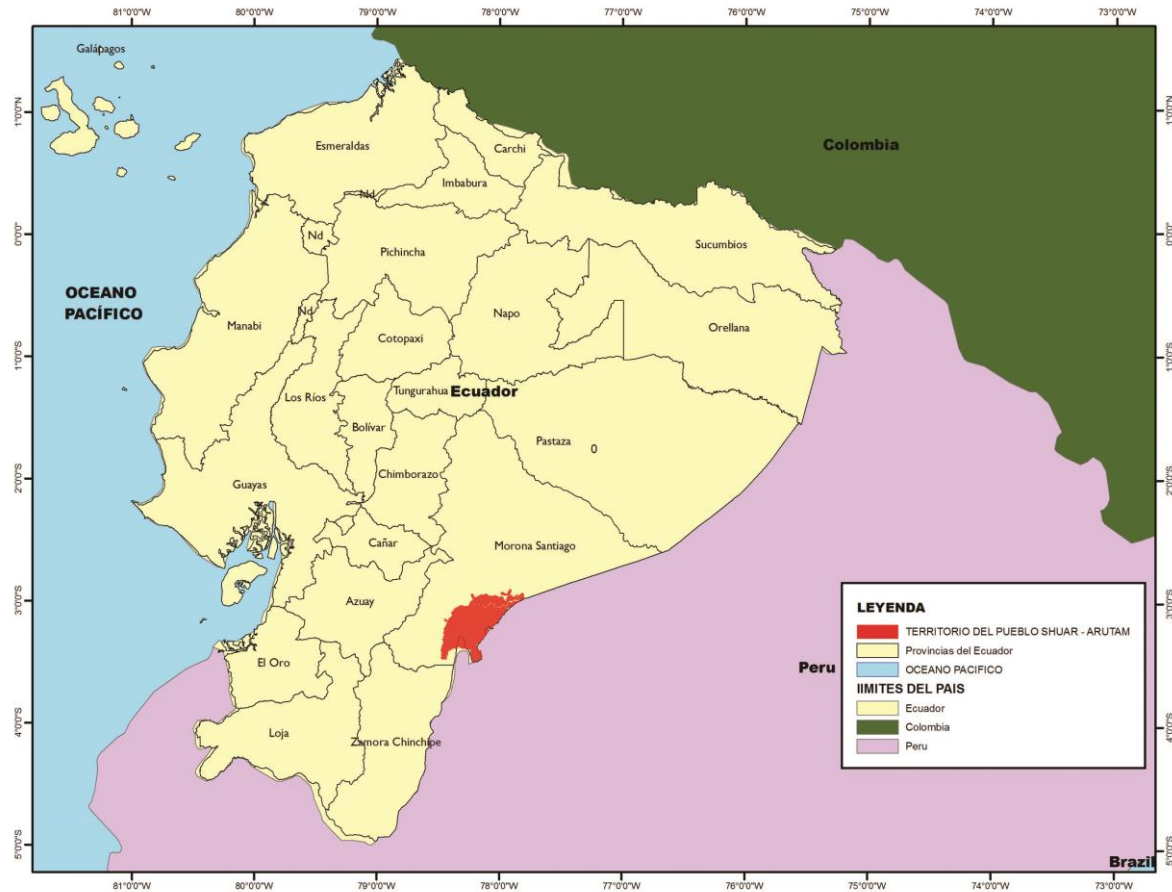
Viola, Andreu (2010). “Desarrollo, bienestar e identidad cultural: del desarrollismo etnocida al *Sumaq Kawsay* en los Andes”. En *Etnicidad y desarrollo en los Andes*. Pablo Palenzuela y Alessandra Olivi (Eds.). Sevilla: Universidad de Sevilla.

Walsh, Catherine (2009). *Interculturalidad, Estado y sociedad: luchas (de)coloniales de nuestra época*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar y Abya-Yala.

Whitten, Norman (1989). “La Amazonía actual en la base de los Andes: una confluencia étnica en la perspectiva ecológica, social e ideológica”. En *Amazonía ecuatoriana: la otra cara del progreso*. Norman Whitten (ed.): 13-50. Quito: Abya-Yala.

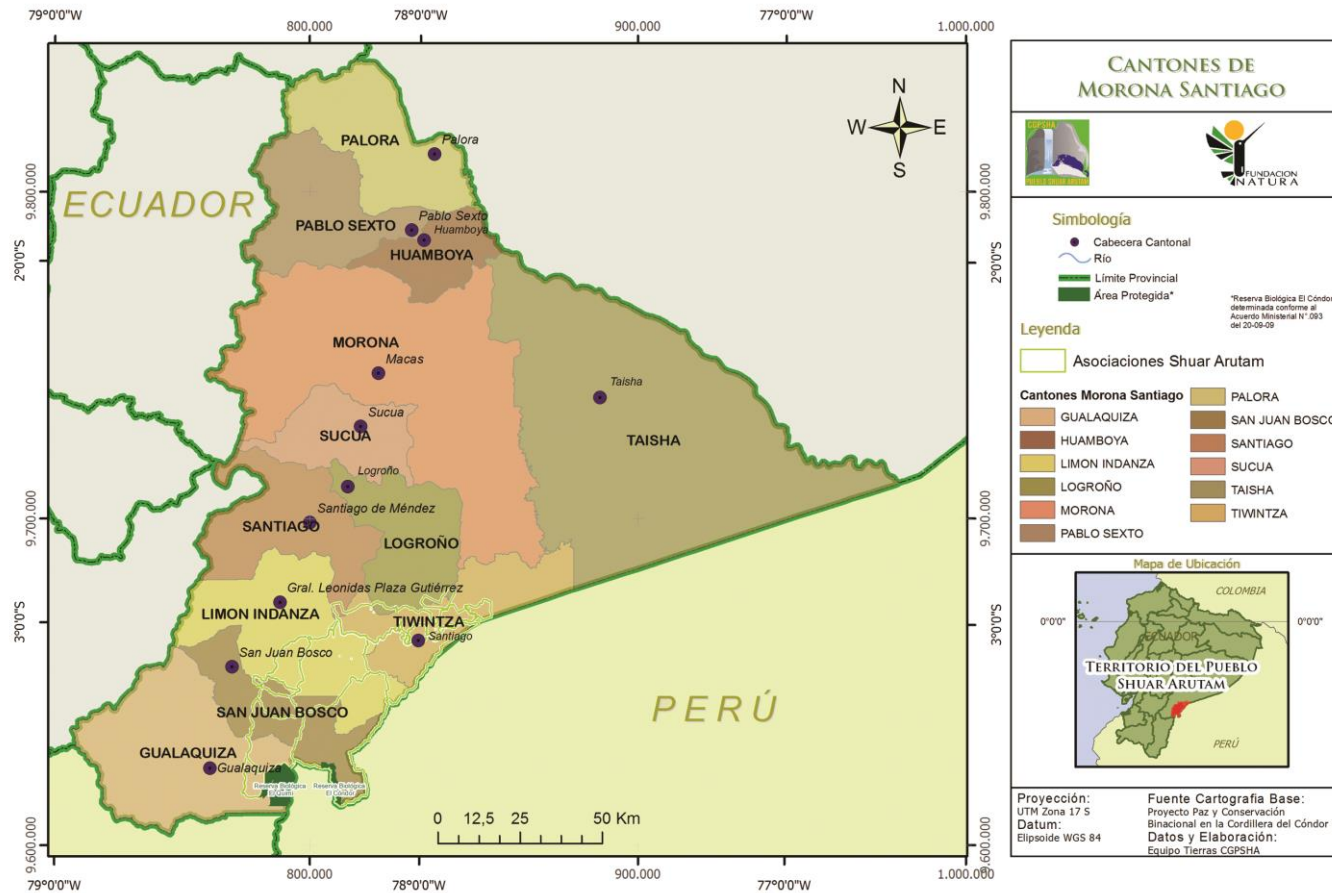
Wolf, Eric (1993). *Europa y la gente sin historia*. Argentina: Fondo de Cultura Económica.

**ANEXOS**  
**ANEXO I**  
**Mapa No. 1**



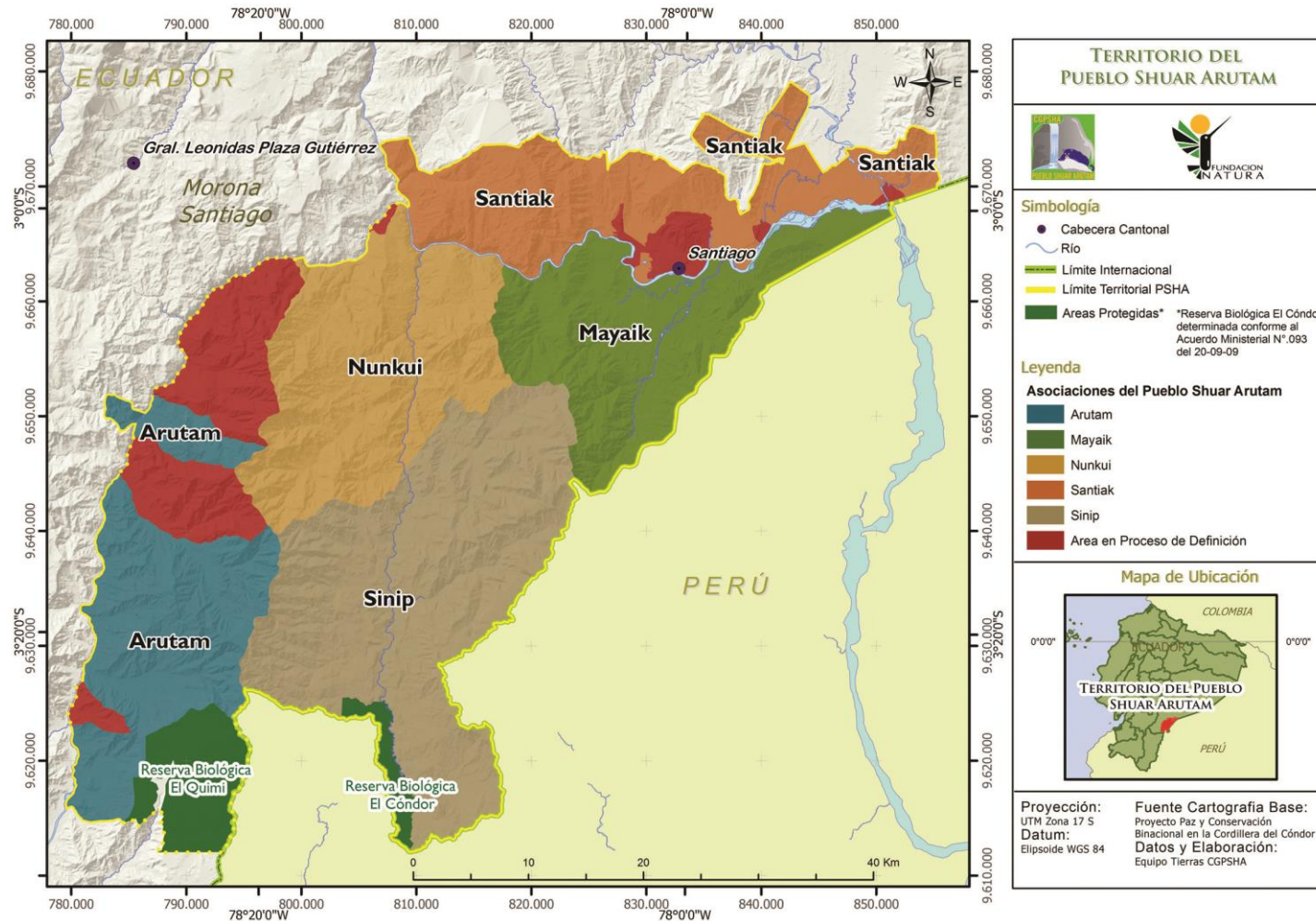
Fuente: Kingman, Santiago y Fundación Natura (2009).

Mapa No. 2



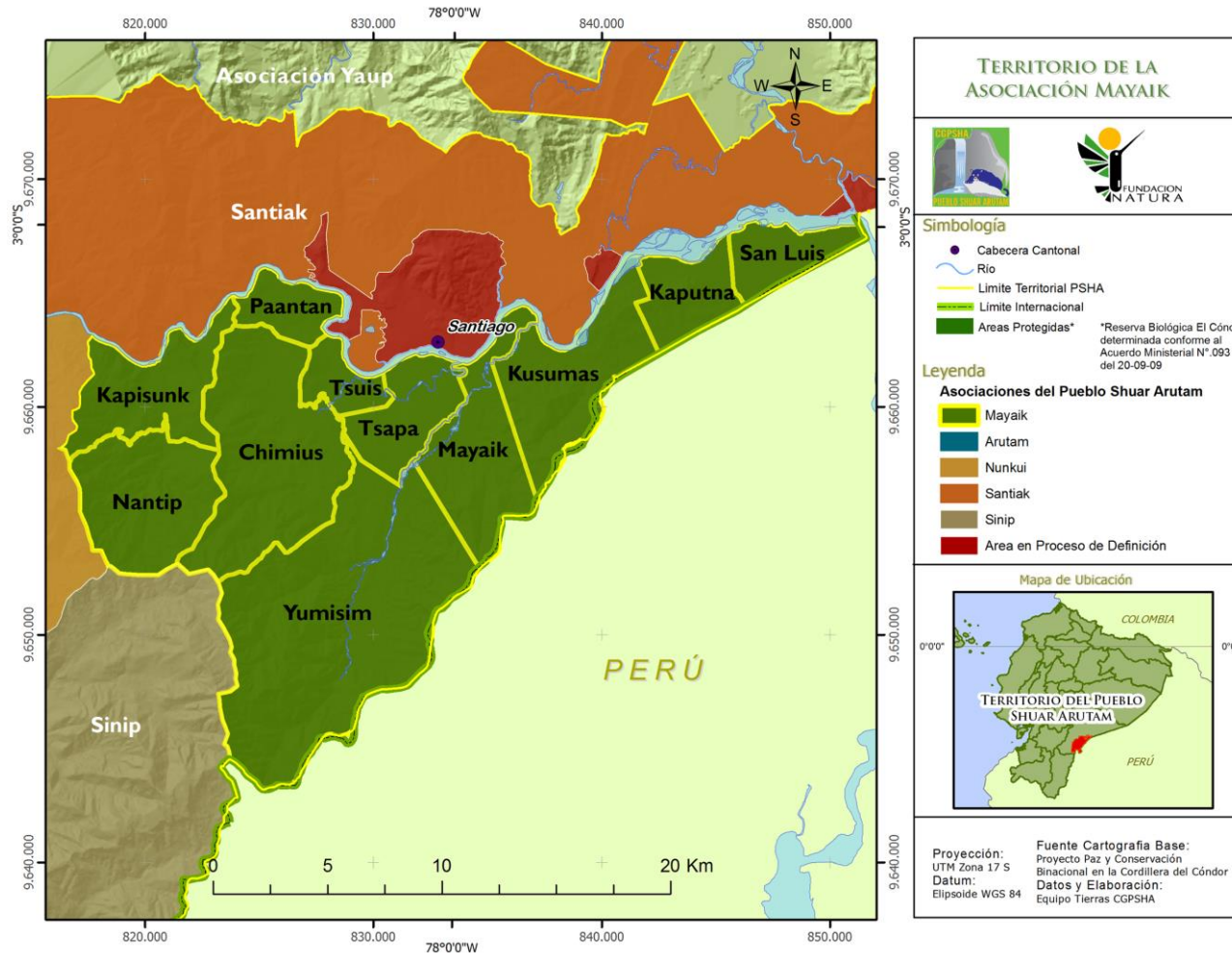
Fuente: Kingman, Santiago y Fundación Natura (2009).

Mapa No. 3



Fuente: Kingman, Santiago y Fundación Natura (2009).

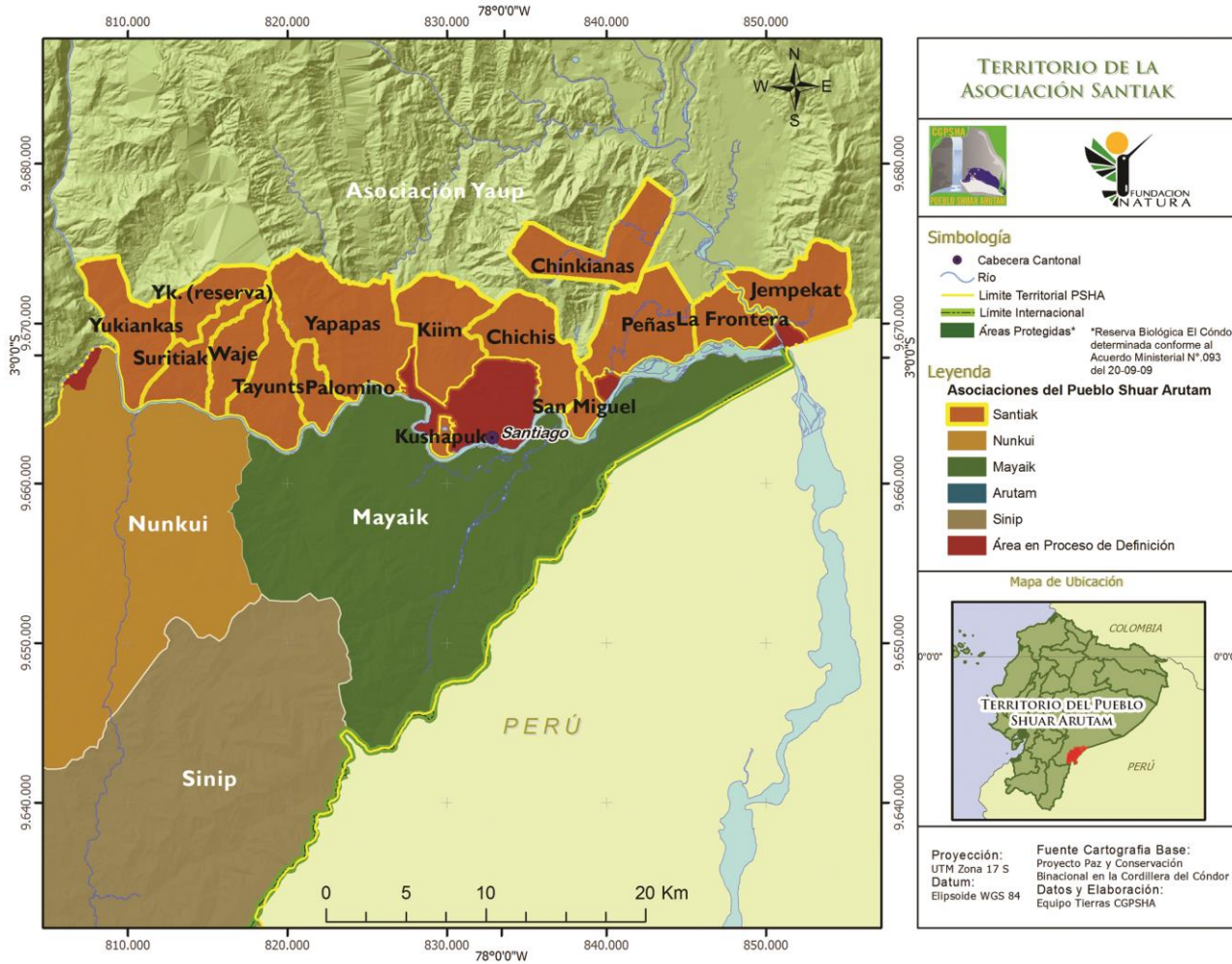
Mapa No. 4



Fuente: Kingman, Santiago y Fundación Natura (2009).



Mapa No. 5



Fuente: Kingman, Santiago y Fundación Natura (2009)

## ANEXO II

### Zonas Administrativas de Planificación:

<b>Zonas Administrativas de Planificación</b>	<b>Provincia</b>
ZONA 1	Carchi, Esmeraldas, Imbabura, Sucumbíos
ZONA 2	Napo, Pichincha, Orellana
ZONA 3	Cotopaxi, Chimborazo, Pastaza, Tungurahua
ZONA 4	Manabí, Santo Domingo De Los Tsachilas
ZONA 5	Bolívar, Guayas, Los Ríos, Galápagos, Santa Elena
ZONA 6	Azuay, Cañar, Morona Santiago
ZONA 7	El Oro, Loja, Zamora Chinchipe
ZONA 8	Cantones Guayauil Samborondon Durán
ZONA 9	Cantón Quito

Fuente: SENPLADES (2012).

### Cuadro Zona administrativa de planificación N° 6 Morona Santiago:

<b>Zonas Administrativas de Planificación</b>	<b>Provincia</b>	<b>Código Distrital</b>	<b>Descripción del Distrito (Cantones)</b>
ZONA 6	MORONA SANTIAGO	14D01	Morona
		14D02	Huamboya, Pablo Sexto, Palora
		14D03	Logroño, Sucua
		14D04	Gualaquiza, San Juan Bosco
		14D05	Taisha
		14D06	Limon Indanza, Santiago, Tiwintza

Fuente: SENPLADES (2012).

### **ANEXO III**

#### **Listado de entrevistados**

Chimki, Fabio. 21 de mayo de 2014.

Dirigente shuar, anónimo. 27 de mayo de 2014.

Esach, Daniel. 29 de mayo de 2014.

Imbay, Galo. 14 de febrero de 2014.

Juwa, Salvador. 28 de mayo de 2014.

Kingman, Nicolás. 3 de diciembre de 2013.

Kuja, Franklin. 30 de abril de 2014.

Lacaze, Didier. 29 de enero de 2014.

Petsaín, Raúl. 27 de mayo de 2014.

Pozo, José. 27 de enero de 2014.

Socia del centro shuar Chichis, anónimo. 22 de mayo de 2014.

Socia del centro shuar Mayaik A, anónimo. 22 de mayo de 2014.

Socia del centro shuar Mayaik B, anónimo. 28 de mayo de 2014.

Socia del centro shuar Yumisim A, anónimo. 26 de febrero de 2014.

Socia del centro shuar Yumisim B, anónimo. 27 de febrero de 2014.

Socia del centro shuar Yumisim C, anónimo. 27 de febrero de 2014.

Socio del centro shuar Mayaik A, anónimo. 22 de mayo de 2014.

Socio del centro shuar Yumisim A, anónimo. 26 de febrero de 2014.

Socio del centro shuar Yumisim B, anónimo. 26 de febrero de 2014.

Socio del centro shuar Yumisim C, anónimo. 26 de febrero de 2014.

Socio del centro shuar Yumisim D, anónimo. 26 de febrero de 2014.

Socio del centro shuar Yumisim E, anónimo. 26 de febrero de 2014.

Socio del centro shuar Yumisim F, anónimo. 27 de febrero de 2014.

Suárez, Oswaldo. 26 de mayo de 2014.

Trabajador del subcentro de salud de Santiago, anónimo. 17 de febrero de 2014.

Tsakim, Ricardo. 26 de mayo de 2014.

Valladolid, Ivan. 28 de enero de 2014.

Viteri, Leti. 29 de enero de 2014.

Wachapa, Agustín. 27 de mayo de 2014.

Yankur, Luis. 29 de mayo de 2014.