

UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR

SEDE ECUADOR

ÁREA DE LETRAS

MAESTRÍA EN ESTUDIOS DE LA CULTURA

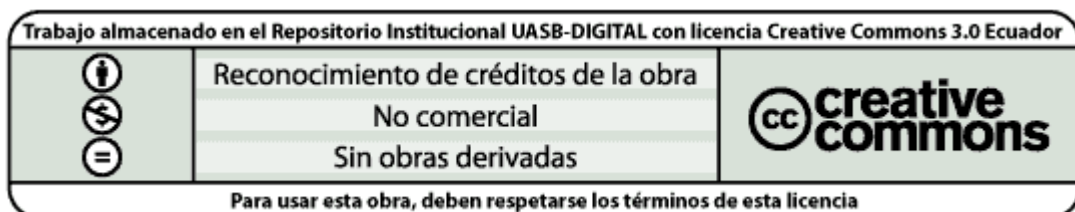
MENCIÓN EN POLÍTICAS CULTURALES

SALUD INTERCULTURAL

ENCRUCIJADAS DEL VIVIR BIEN Y EL *SUMAK KAWSAY* EN BOLIVIA Y ECUADOR

DIANA MARCELA AGUDELO ORTIZ

2014



CLAUSULA DE CESION DE DERECHO DE PUBLICACION DE

TESIS/MONOGRAFIA

Yo, Diana Marcela Agudelo Ortiz, autora de la tesis intitulada *Salud Intercultural. Encrucijadas del vivir bien y el sumak kawsay en Bolivia y Ecuador* mediante el presente documento dejo constancia de que la obra es de mi exclusiva autoría y producción, que la he elaborado para cumplir con uno de los requisitos previos para la obtención del título de Magíster en Estudios de la Cultura con Mención en Políticas Culturales en la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.

1. Cedo a la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, durante 36 meses a partir de mi graduación, pudiendo por lo tanto la Universidad, utilizar y usar esta obra por cualquier medio conocido o por conocer, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico. Esta autorización incluye la reproducción total o parcial en los formatos virtual, electrónico, digital, óptico, como usos en red local y en internet.
2. Declaro que en caso de presentarse cualquier reclamación de parte de terceros respecto de los derechos de autor/a de la obra antes referida, yo asumiré toda responsabilidad frente a terceros y a la Universidad.
3. En esta fecha entrego a la Secretaría General, el ejemplar respectivo y sus anexos en formato impreso y digital o electrónico.

Fecha: octubre 15 de 2014

Firma:

Diana Marcela Agudelo Ortiz

Pasaporte 52968133

UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR

SEDE ECUADOR

ÁREA DE LETRAS

**MAESTRÍA EN ESTUDIOS DE LA CULTURA CON MENCIÓN EN POLÍTICAS
CULTURALES**

SALUD INTERCULTURAL

ENCRUCIJADAS DEL VIVIR BIEN Y EL *SUMAK KAWSAY* EN BOLIVIA Y ECUADOR

Documento escrito en la ciudad de Bogotá, Colombia

DIANA MARCELA AGUDELO ORTIZ

Tutora: Catherine Walsh

2014

ABSTRACT

Este documento es el resultado de una investigación de campo de aproximadamente un año cuyo objetivo principal fue rastrear los panoramas de salud intercultural en Bolivia y Ecuador a partir de una revisión documental, una aproximación a experiencias o modelos de salud intercultural y a las percepciones de distintos actores alrededor de los mismos. El abordaje incluyó entrevistas etnográficas y semiestructuradas, y visitas a los servicios de salud en ambos países. La institucionalización del proceso de interculturalidad y las tensiones alrededor del mismo, así como la relación entre medicinas ancestrales y la noción del buen vivir son claves para la lectura de esta investigación.

AGRADECIMIENTOS

Solo dos manos para escribir y relatar un recorrido de casi un año, para traer a las más de 170 voces que están aquí presentes a través de mí. No hay vuelta atrás. El pacto con las montañas, los apus y achachilas se ha cerrado. Otra cosa sería este texto, y sobre todo, otra cosa sería mi vida sin haber cruzado con las enseñanzas amorosas y los cuatro pumas de Celso, o sin el cedro y la hija de Roberto. Sin el gesto del Dr. Luis Fernando habría sido difícil abrir la puerta. Sin el abrazo de Vivian habría sido imposible comprender la fuerza de la vida reproduciéndose y abriéndose camino a pesar de nosotros mismos. No habría llegado lejos sin Marcelo. Gracias de corazón, todos y cada uno fueron bendición.

Las ideas que aquí presento han sido producto de conversaciones y discusiones en distintas etapas. Sin la lectura y apoyo de Catherine este texto no vería hoy la luz. Sin Lucero y Mauricio quizás soñaría chiquito. Sin Raúl me habría tardado quizás años en llegar a lo mismo. Sin Guillermo habría sido aburrido.

Sin el apoyo institucional del MSP y el MSD no habría podido realizar el trabajo. Gracias por la confianza. Especialmente a Miryam Conejo y a Nila Heredia por su tiempo.

Gracias por el cariño Vero. Gracias por las sonrisas y las palabras Ariruma. Gracias Irma por tu bondad. Gracias David por tu gentileza. Gracias Estela por las caricias en el momento preciso. Gracias a Oscar por la dedicación. Gracias Beto por llevarme, me enamoré del chaco en tus palabras.

Andres, Mario, Camilo, Dana, Joha, Juanito, Pita, Ana. ¿Qué mismo habría sido sin ustedes?

Para mis pacientes padres, mis hermanos y sobrinos, mis amigos y sus hijos.

Allá nos vemos enano, en el cielo de los gatos. También van los pumas y leones, ¿sí?

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN. RASTREANDO UN PANORAMA DE INTERCULTURALIDAD EN LA AMÉRICA ANDINA	8
CAPÍTULO I: CUANDO SE DEBE SER Y HACER INTERCULTURALIDAD	11
EL PAPEL AGUANTA TODO. MARCOS LEGALES Y NORMATIVOS	11
BOLIVIA	12
ECUADOR	22
CAPÍTULO II: INTERCULTURALIDAD ¿REALMENTE EXISTENTE?	37
MODELOS Y EXPERIENCIAS	38
BOLIVIA	38
Hospital Boliviano Español Nila Heredia Patacamaya	40
Residencia Médica SAFCI Salud Comunitaria Intercultural	44
Caja Petrolera de Salud - División Nacional de Medicina Tradicional	50
ECUADOR	53
Centro de Salud Julio Estupiñan Bueno - Río Verde	54
Área de Salud 19 – Guamaní	57
Sistema de Salud Integral Loreto	63
CAPÍTULO III: DE ALGUNAS CONVERSACIONES AUTISTAS Y MONOTEMÁTICAS	67
¿INTERCULTURALIDAD ¿PARA QUÉ?	68
INTERCULTURALIDAD ENTRE QUIÉNES	75
INTERCULTURALIDAD CÓMO	80
REFLEXIONES FINALES	82
REFERENCIAS	105

INTRODUCCIÓN. RASTREANDO UN PANORAMA DE INTERCULTURALIDAD EN LA AMÉRICA ANDINA

Cuando se habla de salud intercultural, se está aludiendo al “encuentro” de unos referentes culturales que están en la base de los saberes y prácticas médicas. Hablar de salud, enfermedad y padecimiento, o de curación y recuperación, es hablar implícitamente de unos saberes y unas prácticas médicas, que suponen a su vez unas formas de entender y lidiar con el cuerpo, su bienestar y/o su malestar, formas que se construyen socioculturalmente. En ese sentido, el proceso salud-enfermedad es un proceso social.

Y el proceso social que atraviesan Bolivia y Ecuador tiene una enorme importancia para todos los países en América Latina en los que aun después de largos años, los pueblos originarios se resisten a desaparecer y han mantenido una lucha incansable en contra de la persecución –muchas veces disfrazada como integración nacional vía blanqueamiento- de sus tradiciones y saberes. Muchos de estos pueblos existen de hecho porque cuentan con recursos terapéuticos propios. Pero, ¿qué pasa con ellos y cómo se expresa la interculturalidad en el ámbito de la salud en el marco de los nacientes estados plurinacionales de Bolivia y Ecuador donde se ha asumido la interculturalidad como principio?

Esa es la pregunta que ha orientado esta investigación, y que aunque habría podido incluir también a países como Colombia o Perú, se atuvo a la inscripción constitucional de la interculturalidad y la plurinacionalidad como criterio para el trabajo. Sin embargo, hay que tener en cuenta que procesos muy similares se han venido trabajando en ambos países, por lo que el análisis aquí presentado puede servir de marco referencial para lo que está pasando también allí.

El objetivo general de la investigación fue explorar la articulación y coherencia de los discursos estatales sobre la interculturalidad y la oferta de servicios de salud en Bolivia y Ecuador. Para ello, los objetivos específicos que se plantearon fueron: 1) identificar la manera en que es enunciada la interculturalidad por parte del estado ecuatoriano y el boliviano en tres documentos oficiales; 2) rastrear y caracterizar la oferta de servicios en salud intercultural en tres experiencias en cada país; y 3) indagar acerca de las percepciones acerca del tema de la interculturalidad en salud adelantado en ambos países.

La investigación que nació con el nombre de “Panoramas de interculturalidad en la América Andina: Encuentros y desencuentros en torno a la salud y la enfermedad” demandó un trabajo de campo de alrededor de 11 meses, en los que pude visitar las ciudades de Cuenca, Nabón, Cañar, Guayaquil, Otavalo, Iluman, Ibarra, Cotacachi, Valle del Chota, San Lorenzo, Esmeraldas, Río Verde, Quito, Latacunga, Saquisilí, Saraguro, Zamora, Gualaquiza, Macas, Puyo, Tena, Coca, Dayuma y Loreto en Ecuador; y La Paz, Potosí, Tinguipaya, Cochabamba, Patacamaya, Santa Cruz de la Sierra, Camiri, Sucre, Sorata, Mururata, Tocaña, El Alto, Charazani y Curva en Bolivia.

En ese transcurso se trabajaron entrevistas etnográficas y algunas semi estructuradas con 96 personas en Ecuador y 73 en Bolivia, entre mujeres y hombres que son actores en el proceso de interculturalidad en salud en ambos países¹, así:

¹ No se trabajó en esta investigación con los usuarios de los servicios, ya que el interés central está guiado por la oferta misma, de manera que entre los entrevistados se encuentran distintos tipos de agentes involucrados con los servicios de salud, tal como se muestra en las Tablas de Ecuador y Bolivia.

ECUADOR	Médico tradicional/ Partera(o)	Médico - Terapeuta Alternativo	Médico/ Enfermera (o)	Administrativo/ MSP	Promotor Salud Intercultural	ONG	Investigador (a)	Organización comunitaria	Paciente	TOTAL
Mujeres	19	3	6	16	7	2	1	4	3	61
Hombres	9	3	3	9	1	3	3	3	1	35
TOTAL	28	6	9	25	8	5	4	7	4	96

BOLIVIA	Médico tradicional/ Partera(o)	Médico - Terapeuta Alternativo	Médico/ Enfermera (o)	Administrativo / MSP	Otras iniciativas interculturalidad	ONG	Investigador (a)	Organización comunitaria	TOTAL
Mujeres	6		5	2	1	6	9		29
Hombres	11	1	3	10	5	3	8	3	44
TOTAL	17	1	8	12	6	9	17	3	73

Este no pretende ser un estudio comparativo y sin embargo algunas comparaciones serán inevitables. Además, en la medida que la investigación se propone como una mirada panorámica de lo que está sucediendo en el tema en Ecuador y Bolivia, hay que tener en cuenta lo que esto implica en términos de sus alcances y limitaciones. Con cada una de las experiencias y modelos presentados podría y debería hacerse una investigación. Una lectura etnográfica de la manera como se desarrolla la actividad en cada una de ellas escapa a esta investigación. La estrategia metodológica por la que opté no permite ver esto, y sin embargo la triangulación entre documentos, experiencias y percepciones podría tener la virtud de ofrecer un panorama amplio de lo que está pasando en ambos países.

Cada capítulo responde a uno de los objetivos específicos. En ese sentido, el primer capítulo recoge el análisis documental respecto de la manera como la interculturalidad aparece enunciada en las cartas constitucionales, los Planes Nacionales de Desarrollo y los Modelos Nacionales de Salud. El segundo capítulo presenta tres experiencias o modelos de salud intercultural en cada país, centrándose en una breve recuperación de sus antecedentes, agentes y servicios. El tercero y último por su parte, recoge distintas voces en tensión a propósito de lo que viene pasando en términos de salud intercultural. Se plantea un breve

diálogo con alguna literatura con el fin de anudar las reflexiones de las conclusiones finales.

CAPÍTULO I: CUANDO SE DEBE SER Y HACER INTERCULTURALIDAD

*“Todas las personas, naturales y jurídicas, así como los órganos públicos,
funciones públicas e instituciones,
se encuentran sometidos a la presente Constitución”*

Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia

EL PAPEL AGUANTA TODO. MARCOS LEGALES Y NORMATIVOS

El acercamiento a los documentos que constituyen los marcos normativos y legales tanto en el estado boliviano como en el estado ecuatoriano implica una aproximación a los instrumentos de mayor jerarquía en la orientación de las acciones gubernamentales en todos los ámbitos. Si bien no se pretende un ejercicio exhaustivo ni tampoco agotar toda lectura posible respecto de dichos documentos, resulta relevante tener en cuenta que es a través de ellos que puede rastrearse el o los significados “oficiales” que se han ido atribuyendo a la interculturalidad en ambos territorios.

Resulta entonces fundamental comprender que de esa comprensión deriva una serie de estrategias de implementación en políticas públicas que terminan por instaurar ciertos tipos de prácticas y acciones en salud. Es decir que toda acción en salud desde el sector público está respondiendo de alguna manera a las directrices que han sido plasmadas en estos documentos.

Por esta razón se propuso la revisión de tres documentos en particular: las cartas constitucionales más recientes, los planes nacionales de desarrollo vigentes, y los modelos

nacionales de salud. Sin embargo, es necesario señalar que un análisis en profundidad debe incluir además otra serie de documentos e instrumentos que han ayudado a afianzar las directrices de los tres primeros en el ámbito específico de la salud y de la salud intercultural como los planes sectoriales de salud y otros instrumentos normativos como la reciente Ley de Medicina Tradicional de Bolivia. Por cuestiones de espacio no ha sido posible incluir aquí dicho análisis.

BOLIVIA

“Artículo 1. Bolivia se constituye en un Estado Unitario Social de Derecho Plurinacional Comunitario, libre, independiente, soberano, democrático, intercultural, descentralizado y con autonomías”
Constitución Política de Bolivia 2009

En Bolivia no es para nada nueva la cuestión de la interculturalidad en los servicios de salud. A pesar de que no es sino hasta entrados los años noventa y con las distintas movilizaciones indígenas que el término de interculturalidad irá tomando fuerza como tal, ya son alrededor de 25 años de trabajo impulsado por la cooperación internacional en la adecuación cultural de los servicios de salud, particularmente la cooperación italiana y española, y de hecho es en gran medida debido a esto que se ha generado un marco jurídico que cada vez parece más sólido y nutrido. Hoy y tras el giro constitucional no solo se cuenta con herramientas pedagógicas y técnicas en el tema sino que toda una estructura administrativa y normativa soporta el trabajo en salud intercultural como veremos en adelante.

Respecto de la Constitución Política del Estado boliviano hay varias cosas que señalar. Lo primero que hay que decir es que si bien queda establecido en las bases

fundamentales del Estado el principio de la interculturalidad, es claro que más que un hecho dado y asumido es un proyecto que viene de la mano del espíritu de refundación del Estado. Es decir, se integra como un principio a alcanzar bajo la diversidad y pluralidad, como principales características de su población.

Desde el preámbulo se anuncia el espíritu de refundación del Estado que se vive en Bolivia. La composición plural de la población, el reconocimiento y respeto de sus diferencias, la memoria presente de las luchas del pasado y la búsqueda del vivir bien desde las distintas autonomías sin perder de vista el proceso integrador del país constituyen el marco jurídico que enmarca cualquier acción en el país, no solo en el tema de la salud.

Así las cosas, la interculturalidad es un principio rector, que propende y a su vez se fundamenta por la garantía de los derechos fundamentales de toda la población en consideración de su pluralidad: “La DIVERSIDAD CULTURAL es la base del Estado Plurinacional”². Hay que resaltar justamente tres elementos introducidos como novedad en la carta constitucional: el asunto de los derechos indígenas, el de las autonomías, y el tratamiento de la Amazonía, que por sorprendente que parezca en relación a la proporción de territorio que ocupa, nunca había sido un tema relevante para la construcción normativa del Estado.

Una de las razones que se argumenta desde el texto para hablar de una refundación del Estado tiene que ver con la participación y presencia de distintos movimientos sociales en la Asamblea Constituyente, pero también por la orientación del vivir bien como valor fundamental: “El Estado asume y promueve como principios ético-morales de la sociedad plural: *ama qhilla, ama llulla, ama suwa* (no seas flojo, no seas mentiroso ni seas ladrón),

² *Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia*, La Paz, 2009, p. 170.

suma qamaña (vivir bien), *ñandereko* (vida armoniosa), *teko kavi* (vida buena), *ivi maraei* (tierra sin mal) y *qhapaj ñan* (camino o vida noble)” (CPE Bolivia, 2009: 12).

Además del cambio de direccionamiento propuesto, la constitución fue ratificada por referéndum el 25 de enero de 2009, fecha que junto al 7 de febrero del mismo año día de promulgación del documento, es considerada como la fecha de refundación del estado boliviano.

Cuatro grupos de derechos hacen parte de esta que hoy es admirada como una de las constituciones más avanzadas en protección de derechos: derechos fundamentales colectivos sobre tierra y territorio, a la identidad cultural, al autodesarrollo y a la autonomía o autogobierno. Como se puede ver, en general tienen que ver con el asunto de la libre determinación de los pueblos.

Ahora bien, en la carta magna es posible rastrear varios artículos de importancia directa para el funcionamiento de la política nacional de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural –SAFCI- que responde al modelo nacional de salud, y otros que también de manera indirecta y teniendo en cuenta el enfoque de dicha política, brindan herramientas para la implementación de la misma y sobretodo, para viabilizar a la interculturalidad dentro de las acciones y los servicios de salud.

En ese sentido, el artículo 1 recoge y declara el carácter del Estado Unitario Social de Derecho Plurinacional y Comunitario; el artículo 8 presenta los principios ético-morales de la sociedad plural en relación a distintas ideas de “buen vivir” presentes en el territorio; el artículo 9 establece dentro de los fines y las funciones del Estado a la descolonización , el garantizar el bienestar y la salud, la preservación de la diversidad plurinacional como patrimonio histórico; el artículo 18 presenta la salud como derecho, sin lugar a discriminación ni exclusión alguna, y en el numeral III presenta el Sistema Único de Salud,

el cual “será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social” ; además, el artículo 21 declara el derecho a la auto identificación cultural y la libertad de pensamiento, espiritualidad, religión y culto.

De hecho, en el capítulo quinto, que hace referencia a los derechos sociales y económicos, la segunda sección está enteramente dedicada al derecho a la salud y a la seguridad social, y en el artículo 35 en el numeral II se afirma que el Sistema de salud es Único y como tal incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígenas originarios campesinos. Por su parte, el artículo 42 es fundamental por cuanto establece la responsabilidad del Estado de promover y garantizar el respeto, uso, investigación y práctica de la medicina tradicional, así como su promoción por medio del registro de medicamentos naturales, la protección de su propiedad intelectual y, finalmente, la regulación de su ejercicio y la garantía de la calidad en su servicio.

Por su parte, en el Plan Nacional de Desarrollo Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien se plantea la necesidad de consolidar la “Revolución Cultural y Democrática”³ planteada por el presidente Evo Morales Ayma desde que asumió su cargo actual. Una visión comunitaria sería la orientadora tanto del modelo de desarrollo como del modelo democrático. El “buen vivir” es el concepto central aquí, definido como el acceso y disfrute de los bienes materiales y de la realización afectiva, subjetiva y espiritual; en armonía con la naturaleza y en comunidad con los seres humanos, es decir que tanto el buen vivir como la interculturalidad son bases y objetivos, referidos en el presente para la construcción de un futuro posible.

³ *Plan Nacional de Desarrollo Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien*, La Paz, 2006, presentación.

El PND de Bolivia está sustentado en cuatro pilares fundamentales⁴, soportados en una concepción propia de desarrollo alrededor de la noción del “vivir bien”, en la que el crecimiento económico es solo un elemento más:

El crecimiento económico se concibe como el proceso de consolidación, fortalecimiento e interacción entre identidades; como la articulación de redes de intercambio e interculturalidad; como la estimulación de formas de comunidad y de convivencia y como la constitución de mecanismos y andamiajes institucionales para la protección, respeto y promoción de la diversidad y de los derechos en el proceso productivo (PND Bolivia, 2006: 12 – 13).

Aparte de un proyecto, la interculturalidad aparece aquí como un concepto que implica el intercambio y la interacción de identidades y de redes de intercambio para promover distintas formas de comunidad, lo cual involucra necesariamente al proceso productivo, pero también, mucho más allá de eso, alcanzar el bien-estar a través de distintas posibilidades de construcción de ciudadanía.

En relación a la Bolivia Digna, la valoración de los saberes y conocimientos locales, así como la generación de políticas que reivindican la pertinencia cultural y el valor de los servicios sociales, especialmente en el ámbito de la educación y de la salud son fundamentales. Hay que señalar la insistencia en la consideración de los saberes propios como patrimonio.

⁴ Bolivia Democrática en relación a los mecanismos de participación comunitaria y al poder social territorializado; Bolivia Productiva enfocado hacia el cambio en la matriz productiva en donde los recursos naturales constituyen el centro estratégico; Bolivia Soberana apuntando a las relaciones exteriores y la relación en torno a ese cambio en la matriz productiva interna; y, Bolivia Digna, pilar referido a los asuntos de desarrollo social, erradicación de la pobreza, la exclusión y la discriminación.

En Bolivia la salud se ha declarado como un derecho fundamental, y en lo que refiere a la salud en el PND así como en otros documentos un objetivo que puede rastrearse claramente es el de la erradicación de la exclusión social a través de la implementación del Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud, en el cual se suma la medicina tradicional, para cumplir con la garantía de dicho derecho: “El sistema de salud es aún inequitativo porque está organizado en función de las necesidades y cultura del personal biomédico y no de los derechos y necesidades culturales de las poblaciones más desprotegidas.”⁵

Tenemos entonces que la primera política abordada en el PND es la de salud, con miras a alcanzar la implementación completa del Modelo de Salud Familiar y Comunitaria Intercultural. Además, aparece de manera significativa el asunto de la movilización social, particularmente referida a la búsqueda del empoderamiento de la salud por parte de los y las bolivianas –como medio para lograr la co-gestión-, a través de la conformación de Consejos de Salud a nivel municipal, departamental y nacional, en coherencia con el planteamiento constitucional orientado por la autodeterminación de los pueblos, abriendo el panorama hacia la soberanía en salud.

El Modelo Nacional de Salud Familiar Comunitaria Intercultural –SAFCI- es implementado como el nuevo modelo sanitario de Bolivia⁶, e integra tanto el mandato constitucional como las directrices del PND, de manera que tiene una orientación hacia la promoción de la salud, la movilización y la participación comunitaria, la revalorización de las medicinas presentes en los territorios y la intersectorialidad para alcanzar el objetivo de

⁵ Ministerio de Salud y Deportes del Estado plurinacional de Bolivia, *Lineamientos estratégicos de medicina tradicional e interculturalidad en salud 2012 – 2016*, La Paz, 2012, p.21.

⁶ Decreto Supremo N° 29601 de 2008.

erradicar del todo la exclusión social que en cierta parte ayudaba a perpetuar el antiguo modelo de salud, además de desestructurar el carácter mercantilista del mismo para hacer realidad la garantía de la salud como un derecho de los y las bolivianas.

El modelo SAFCI, que recoge e integra toda la Política del mismo nombre, presenta cuatro ejes principales: 1. Participación social, 2. Interculturalidad, 3. Integralidad, y 4. Intersectorialidad. De entrada estos cuatro ejes implican ampliar la perspectiva que tradicionalmente considera a la salud como ausencia de enfermedad, que afecta a los sujetos de manera individual, de la cual debe asumir responsabilidad el personal médico bajo una única perspectiva científicista.

El primer eje apunta hacia la construcción de la gestión compartida de todo el Sistema de Salud, lo que implica una apropiación del mismo en distintos niveles territoriales, desde la planificación hasta la evaluación de todas las actividades. El segundo eje, dirigido específicamente al asunto de la interculturalidad, está orientado para que vaya más allá de velar por el derecho a salud entendido como atención de todo ciudadano independientemente de su origen cultural. De hecho plantea la promoción e integración de distintos conocimientos y prácticas como opciones para la atención dentro del Sistema Único de Salud, lo que plantea a su vez la necesidad de distintas tareas tales como la recuperación y el fortalecimiento de saberes propios ancestrales a través de actividades como la investigación. Por su parte, el tercer eje demanda una mirada que incluya el enfoque de otros determinantes de la salud más amplios, coherentes con una visión holística de los sujetos en tanto seres bio-psico-sociales, mientras que el cuarto eje alude a la necesidad de una interacción e intervención de distintos sectores en correspondencia con dicha visión integral, con el fin de dar respuesta a las metas en salud.

Así las cosas, es en el Modelo de salud donde se viene a plantear y aterrizar por primera vez lo que se va llevar a cabo bajo el enfoque de la salud intercultural. Este está basado en el sistema de referencia y contra referencia entre distintos niveles de complejidad, pero también entre medicina alopática y tradicional, aunque no se establece de entrada ningún mecanismo ordenador en este sentido. Simplemente se plantea la complementariedad entre la atención tanto en el establecimiento de salud como también en la comunidad, en lo que sería un nivel de complejidad ascendente. La creación de la Residencia Médica SAFCI como programa académico de formación de especialistas en salud familiar, comunitaria e intercultural es una iniciativa que contempla a largo plazo consolidar esta política de salud como trataré de exponer en el siguiente capítulo.

Todo este cumulo normativo da un piso jurídico a las acciones en salud, de la mano de una institucionalidad creada para tal fin, y condensada en dos instancias principalmente: el Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, creado el 8 de marzo de 2006 y la Dirección General de Medicina Tradicional e Interculturalidad adscrita a este.

Ahora bien, en estos tres documentos puede rastrearse la noción de la interculturalidad como hemos visto, pero considero que es en conjunto con otros instrumentos que logra materializarse y concretarse dichas nociones, tales como el Plan Sectorial de Desarrollo 2010 – 2020 “Hacia la salud universal”⁷, del Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia el cual concreta la planeación estratégica del sector salud de toda la década y en el que se insiste en la meta de la eliminación de la exclusión del sistema de salud vía la implementación del Sistema Único de Salud. En ese contexto, las tareas están relacionadas con la mejora de los servicios de salud, el aumento de la inversión del sector, la transformación de los determinantes sociales de la salud de los bolivianos y bolivianas, y

⁷ Aprobado por Resolución Ministerial N° 0889 de 2010.

la recuperación de los conocimientos ancestrales en salud, así como de la medicina tradicional e intercultural.

Por su parte, otro documento de gran valor es el que recoge los Lineamientos Estratégicos de Medicina Tradicional e Interculturalidad en Salud 2012 – 2016⁸ cuya finalidad es ayudar al Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad en la tarea de la integración y articulación de la medicina tradicional al Sistema Único de Salud. Los lineamientos se encargan de definir entre otras cosas tanto las funciones del Viceministerio, como del resto de organismos y dependencias que están involucradas de algún modo con la medicina tradicional.

Quizás el adelanto más importante en términos de soporte legal tiene que ver con la promulgación de la Ley de Medicina Tradicional en diciembre de 2013. La reglamentación para su implementación se está adelantando desde entonces. Es decir que la ley 459 del 19 de diciembre de 2013, estaba siendo aprobada mientras transcurría el trabajo de campo de esta investigación en dicho país.

Baste aquí con señalar que dicha ley tiene por objeto “regular el ejercicio, la práctica y la articulación de la medicina tradicional ancestral boliviana, en el Sistema Nacional de Salud”.⁹ Esto implica que compete tanto a usuarios como a los agentes tradicionales y todo tipo de instancias asociativas, formativas y de investigación. Es por esto que pueden identificarse como sus fuertes: el establecimiento de derechos y deberes tanto de los agentes tradicionales como de los usuarios, la conformación de instancias asociativas y de control y regulación para el proceso de articulación al Sistema Nacional de Salud, y un

⁸ Aprobados por Resolución Ministerial N°1777 del 29 de noviembre de 2012.

⁹ Asamblea Legislativa Plurinacional de Bolivia, Ley 459 de 2013. Disponible en: <http://www.lexivox.org/norms/BO-L-N459.xhtml>.

tercer elemento de gran valor, como es la conservación y uso de los recursos de la biodiversidad, lo cual incluye los asuntos de propiedad intelectual colectiva y la producción de medicamentos naturales. De ahí la importancia de considerarla como un documento central en una nueva investigación.

Resulta también importante señalar que en Bolivia el marco legal ha sido un sustento importante desde hace décadas. Ya en 1984 se registraba la vigencia de la medicina tradicional a partir del reconocimiento de la Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional SOBOMETRA¹⁰, y en 1987 con la Resolución Ministerial 231 del 13 de marzo se reglamentaba por primera vez la práctica de la medicina naturista tradicional.

El tema con la producción, distribución y regulación de los medicamentos naturales tampoco es nuevo. En 1998 se da la regulación de dichos medicamentos naturales y tradicionales bajo la Ley N° 1737 del medicamento de 17 de diciembre de 1996 y el Decreto Supremo Reglamentario 25235 de 30 de noviembre de 1998. Y en 2001 se establecen nuevas normas para medicamentos naturales, tradicionales y homeopáticos bajo la Resolución Ministerial N° 0013 de 16 de enero de 2001.

Existe además toda otra serie de documentos que tienen que ver con guías y documentos técnicos de implementación, articulación y/o adecuación de servicios interculturales, referidos especialmente a la atención del parto. Se caracterizan en su mayoría por ser el resultado de la sistematización de experiencias desarrolladas por ONG en territorio boliviano y que posteriormente en un trabajo conjunto con el MSD se han transformado en herramientas oficiales como la Guía de implementación “Hacia la articulación y complementariedad entre la medicina tradicional y académica en el marco

¹⁰ Con la Resolución N° 198771 del 10 de enero de 1984.

del principio de interculturalidad de la SAFCI”, que fue publicada dentro de la serie de Documentos Técnicos Normativos del MSD en 2013¹¹.

Un último aporte que merece más detalle es el desarrollo de algunos indicadores para evaluar los avances del proceso de implementación de la salud intercultural por parte tanto del MSD como por entidades internacionales como el ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPÓLITO UNANUE -ORAS CONHU-.

ECUADOR

*RECONOCIENDO nuestras raíces milenarias, forjadas por mujeres y
hombres de distintos pueblos,
CELEBRANDO a la naturaleza, la Pacha Mama, de la que somos parte y
que es vital para nuestra existencia,
INVOCANDO el nombre de Dios y reconociendo nuestras diversas formas
de religiosidad y espiritualidad,
APELANDO a la sabiduría de todas las culturas que nos enriquecen como sociedad,
COMO HEREDEROS de las luchas sociales de liberación frente a todas las
formas de dominación y colonialismo,
Y con un profundo compromiso con el presente y el futuro,
Decidimos construir
Una nueva forma de convivencia ciudadana, en diversidad y armonía con
la naturaleza, para alcanzar el buen vivir, el sumak kawsay.*
Constitución Política de Ecuador, 2008

En el caso ecuatoriano existe una serie de documentos y normativas que dan amparo legal a “el enfoque intercultural” pero se mantienen en una esfera que hasta ahora tiene bastantes dificultades para aterrizar en acciones concretas como veremos más adelante.

¹¹ En esta guía es donde se expresan de manera concreta los tres significados atribuidos a la interculturalidad que se llevan a la práctica concreta en Bolivia: la adecuación cultural de los servicios de salud, el fortalecimiento de la medicina tradicional, y la articulación y complementariedad entre la medicina tradicional y académica.

La muy aclamada carta constitucional de Ecuador, también conocida como la Constitución de Montecristi por el lugar donde fue firmada, presenta como uno de sus principios fundamentales a la interculturalidad: “El Ecuador es un Estado constitucional de derechos y justicia, social, democrático, soberano, independiente, unitario, intercultural, plurinacional y laico.”¹²

El capítulo segundo del título II presenta un conjunto de artículos bajo el título de “Derechos del buen vivir” entre los que se cuenta con artículos sobre el agua y la alimentación; el ambiente sano; la comunicación e información; cultura y ciencia; educación; hábitat y vivienda; salud, presentada en el artículo 32 como un derecho; y el trabajo y la seguridad social.

El capítulo cuarto introduce los derechos de las comunidades, pueblos y nacionalidades. El artículo 57 aborda derechos colectivos en relación a la identidad, el sentido de pertenencia y la relación con las tradiciones ancestrales; además se introduce como mandatoria la consulta previa, libre e informada; y se aborda el asunto de la conservación y promoción de sus prácticas de manejo de la biodiversidad. Particularmente en el numeral 12 se inscribe:

Mantener, proteger y desarrollar los conocimientos colectivos; sus ciencias, tecnologías y saberes ancestrales; los recursos genéticos que contienen la diversidad biológica y la agrobiodiversidad; sus medicinas y prácticas de medicina tradicional, con inclusión del derecho a recuperar, promover y proteger los lugares rituales y sagrados, así como plantas, animales, minerales y ecosistemas dentro de sus territorios;

¹² *Constitución Política de Ecuador*, Quito, 2008, p. 16.

y el conocimiento de los recursos y propiedades de la fauna y la flora. (Constitución Política de Ecuador, 2008: 42)

Así mismo se establece que los territorios de los pueblos en aislamiento voluntario son de posesión ancestral irreductible e intangible, por lo cual estaría totalmente prohibida cualquier actividad extractiva por cuanto constituiría el delito de etnocidio¹³.

Por su parte, el capítulo séptimo presenta los derechos de la naturaleza, capítulo este que le ha dado un enorme prestigio a la carta constitucional en materia de derechos. Por ejemplo, el artículo 71 establece que “la naturaleza o Pacha Mama, donde se reproduce y realiza la vida, tiene derecho a que se respete integralmente su existencia y el mantenimiento y regeneración de sus ciclos vitales, estructura, funciones y procesos evolutivos. Toda persona, comunidad, pueblo o nacionalidad podrá exigir a la autoridad pública el cumplimiento de los derechos de la naturaleza”¹⁴, mientras que el artículo 74 establece que “las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades tendrán derecho a beneficiarse del ambiente y de las riquezas naturales que les permitan el buen vivir” (Constitución Política Ecuador, 2008: 52), lo que ha dado pie para varias discusiones y alegatos legales por los recursos.

El título siete lleva por nombre “Régimen del Buen Vivir” e incluye en sus capítulos el asunto de la inclusión y la equidad, la educación, e introduce en la sección segunda a la salud. El artículo 358 establece el Sistema Nacional de Salud considerando la

¹³ Sin embargo, y en relación a este artículo no ha parado la polémica por el caso de la pretendida extracción de petróleo en un 1% del territorio de Yasuní en la Amazonía ecuatoriana, por el mismo gobierno de la “Revolución Ciudadana”.

¹⁴ Sin embargo, en Ecuador se vive un momento muy duro en cuanto a la criminalización de la protesta social, de la cual la Marcha por el Agua deja un escenario muy particular, dado que sus líderes, que en teoría deberían estar protegidos por este artículo de la constitución, han sido culpados de terrorismo.

interculturalidad como uno de sus fundamentos: “El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional” (Constitución Política Ecuador, 2008: 165)

El artículo 359 introduce el tema de la participación social en salud y el control social, mientras que el artículo 360 refiere a “la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas” (Constitución Política Ecuador, 2008: 165).

Por su parte el artículo 362 establece la gratuidad y universalidad de todos los servicios públicos estatales de salud, mientras que el artículo 363 en su numeral cuatro plantea la garantía de las prácticas de salud ancestrales, así como su respeto y promoción.

Finalmente, el artículo 385, referido al sistema nacional de ciencia, tecnología, innovación y saberes ancestrales, plantea en el numeral dos, la responsabilidad sobre la recuperación, el fortalecimiento y la potencialización de los saberes ancestrales. Por otra parte, el artículo 387 en su numeral dos, establece que es función del Estado, de la mano de la investigación científica, la promoción de los saberes ancestrales para la realización del *sumak kawsay*.

Por su parte, el Plan Nacional para el Buen Vivir 2013 – 2017 se centra en el planteamiento del buen vivir como eje central de la acción del Estado. Si el acento de los documentos en Bolivia gira en torno a la refundación del Estado, en Ecuador uno de los

pilares de la Revolución Ciudadana¹⁵, es la afirmación de que se está construyendo un nuevo modelo de desarrollo fundamentado en el buen vivir o *sumak kawsay*. En este sentido es necesario tener en cuenta que tanto el programa de gobierno como el PNBV vienen teniendo eco y continuidad desde el año 2007.

Desde la presentación del documento se nos plantea una definición de buen vivir en la que también puede rastrearse un guiño a la cuestión de la interculturalidad, en relación a esta “otra” noción de desarrollo. Es planteado en términos de proyecto, con un arraigo en la diversidad que a la vez garantiza su propia pervivencia, y en la que resulta también notable la alusión a la armonía.

Esta comprensión del buen vivir implica ir más allá de las condiciones materiales de existencia, para alcanzar una forma de vida plena si se puede decir: “Supera los límites de las visiones convencionales de desarrollo que lo conciben como un proceso lineal, de etapas históricas sucesivas, que reducen el concepto a una noción exclusiva de crecimiento económico.” (PNBV, 2013: 22)

Si hay algo que reconocer al desarrollo de documentos como la carta constitucional o el PNBV en Ecuador es que son textos definitivamente bien logrados, enterados e inscritos en las discusiones más actuales de las ciencias sociales en general, entre otras. El manejo y la coherencia conceptual son sobresalientes. Pero además representan el producto de las luchas u los levantamientos indígenas de los noventa. En ese sentido, Catherine Walsh afirma que se puede afirmar que estos avances son producto de dos cosas fundamentalmente: por una parte la apropiación por parte de los estados con proyección neoliberal de los discursos referentes a la protección de la diversidad cultural, y en ese

¹⁵ Este ha sido el lema del gobierno del presidente Rafael Correa con el partido Alianza País desde su elección en el año 2006. Desde entonces ha ganado por voto popular también en 2009 y 2013. Actualmente ejerce su tercer período.

sentido a la procura de la interculturalidad, y por otra parte, a la incesante acción de los movimientos sociales de base, los cuales lideran los procesos de demandas y reivindicaciones de distintos grupos étnicos, entre otros sujetos subalternos.¹⁶

Ahora bien, otro concepto que aparece aquí como fundamental es el de socialismo del buen vivir. Y aunque en sí mismo el análisis del concepto daría para un trabajo de investigación, es fundamental aquí hacer un breve análisis porque implica y parte de varias suposiciones, entre ellas, el hecho de que el gobierno de la revolución ciudadana divide la historia del neoliberalismo en Ecuador en dos –antes y después de él-, el hecho de una evidente crisis del norte, y una fuerte afirmación de que es solamente una mirada sobre sí mismo y la propia historia lo que permite construir la ruta para el futuro; además de un fuerte guiño a los procesos de integración latinoamericana, particularmente a los procesos regionales de los llamados países del socialismo del siglo XXI como son Venezuela, Bolivia y el mismo Ecuador:

Hoy ya no estamos en el momento de imitar el fracaso. Allá se dirigen aquellos que se mantienen en esa ruta, recogiendo viejas recetas que, a fin de cuentas, terminan negando su propio futuro y deprimiendo a sus pueblos. América Latina y el Sur aspiran a mirarse en sus propios espejos. No vivimos una ilusión, sino la realidad que ahora mismo presenciamos, sin temor y con esperanza. (PNBV, 2013: 14)

De manera que de alguna forma la revolución ciudadana se autoproclama como capitana del futuro de los pueblos reunidos por el Estado, encontrando en ellos, en la

¹⁶ Catherine Walsh, “Interculturalidad crítica y educación intercultural”, en Jorge Viaña, Luis Tapia y Catherine Walsh, *Construyendo Interculturalidad Crítica*, La Paz, Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello, 2010, p. 82.

coherencia con la diversidad cultural presente en el territorio y en la autodeterminación, las claves para construir un país para todos los ecuatorianos, lejos de otras formas aplicadas e importadas en el pasado.

Si bien establecer si la revolución ciudadana ha superado o está superando el neoliberalismo desborda las posibilidades de esta investigación, es necesario resaltar que la presencia del Estado se ha multiplicado notablemente, y que eso es posible rastrearlo en acciones concretas como la nacionalización de la extracción petrolera, o la gratuidad absoluta de los servicios de salud y de educación públicos.

Este Plan de desarrollo toma el Atlas de Desigualdades desarrollado por la Senplades (2013) como base para las acciones que plantea, dando prioridad al trabajo con las poblaciones que históricamente han sido menos favorecidas. Se reafirma la diversidad como la base del Estado plurinacional y se insiste en la necesidad de una descolonización. “La interculturalidad es fundamental en este desafío, pues nos reconoce como diferentes en origen, prácticas, costumbres, conocimientos y saberes.” (PNBV, 2013: 27)

Como vemos, la noción de descolonización ha ido apareciendo constantemente, indicando la construcción de caminos propios y ajustados a la realidad poblacional para la construcción del estado, además, la manera en que se lo presenta indica que constituye una condición para alcanzar el Buen Vivir. Esta idea de lo propio parece tener que ver con dos cosas fundamentalmente: la novedad que implica el viraje en la idea de desarrollo, lo cual implica un camino nunca antes recorrido, y la idea de hacerlo de manera ajustada a la presencia plurinacional, privilegiando la participación de las poblaciones históricamente subordinadas.

En ese sentido, la medicina tradicional y ancestral de las poblaciones étnicas resulta fundamental para el principio del buen vivir, porque expresa una posibilidad de acercarse a

una noción de bien-estar más amplia que empieza por la preocupación de la vida y los espacios de vida, más allá de la satisfacción de las necesidades materiales. Se hace énfasis en que no es una forma de admiración de un pasado inmóvil, sino de un movimiento de responsabilidad con la historia: “No se trata de volver a un pasado idealizado, sino de encarar los problemas de las sociedades contemporáneas con responsabilidad histórica.” (PNBV, 2013: 21)

Se propone entonces que todo el aporte programático se desarrolle en los siguientes ejes: la equidad, la revolución cultural, el territorio y la revolución urbana, la revolución agraria, la revolución del conocimiento, y la excelencia; para ello se plantearon 12 objetivos¹⁷.

Es notable además el énfasis que se da al trabajo intersectorial para alcanzar los objetivos del buen vivir. Se incluye la consolidación de la salud intercultural como uno de los elementos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de vida bajo un enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Sin embargo, al aparecer el encabezado que lleva el mismo nombre (salud intercultural), se habla directamente y únicamente de la necesidad de mejorar los servicios de atención materna, para disminuir las barreras de acceso a dichos servicios por lo que: “el 65% de mujeres que se autoidentifican como indígenas afirma haber tenido partos domiciliarios. En provincias con alta población indígena y afroecuatoriana, el parto domiciliario alcanza un 40%; en la región Amazónica, esta situación llega al 38%” (PNBV, 2013: 140).

¹⁷ Entre otros, el objetivo 2 “auspiciar la igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social y territorial, en la diversidad” recoge la intención de garantizar el acceso en igualdad de condiciones a los servicios públicos, incluidos los servicios hospitalarios y de salud en general, de manera gratuita para toda la población; el objetivo 3 “mejorar la calidad de vida de la población”, sostiene que será necesario trabajar en “la calidad y la calidez de los servicios sociales de atención, garantizar la salud de la población desde la generación de un ambiente y practicas saludables” (PNBV, 2013: 136 - 137).

Es necesario señalar que el parto domiciliario aquí es incluido como un índice de vulnerabilidad que debe ser superado a través de estrategias de salud intercultural. De hecho y como veremos en el capítulo dos, en Ecuador todo lo que tiene que ver con interculturalidad en salud desde las instituciones públicas tiene que ver con adecuación de servicios para el parto y la salud materna en general. Así las cosas, la interculturalidad aquí, más que un proyecto a alcanzar, es una estrategia para mejorar el acceso a los servicios de ciertas poblaciones, especialmente las poblaciones étnicas.

Y es con ese fin que se habla de la creación de la Dirección Nacional de Salud Intercultural, Derechos y Participación Social, y la implementación de unidades operativas con medicinas alternativas y/o complementarias en las ciudades de Quito, Cuenca, Guaranda, Muisne, Eloy Alfaro, Lago Agrio, Morona y Gualaquiza. Particularmente se señala que la misión de esta Dirección es:

Definir y asegurar la implementación de políticas, derechos interculturales de salud, planes, programas y demás herramientas que garanticen la articulación y complementariedad de los conocimientos, saberes y prácticas ancestrales y alternativas de salud en los diferentes niveles de gestión y atención integral, promoviendo y facilitando la participación social y el ejercicio de derechos. (PNBV, 2013: 140)

En las políticas planteadas para el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de atención que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social se establece claramente el elemento de control y regulación del sistema mismo; de los profesionales; de la calidad de los servicios; de la formación del personal; y de los procesos

de estandarización y homologación con pertinencia cultural de elementos como mobiliarios, infraestructuras y equipamientos.

Se establecen también políticas para garantizar la prestación universal y gratuita de los servicios de atención integral de salud, y específicamente se plantean políticas para fortalecer y consolidar la salud intercultural, incorporando la medicina ancestral y alternativa al Sistema Nacional de Salud considerando los siguientes lineamientos:

Propiciar las condiciones necesarias para la inclusión y adaptación progresiva de las cosmovisiones, los conocimientos y los saberes ancestrales de las diversas culturas en la provisión de servicios primarios de salud, con enfoque preventivo y curativo y con énfasis en servicios materno-infantiles; generar e implementar programas de sensibilización sobre interculturalidad y salud, dirigidos sobre todo a los profesionales del ramo; promover la incorporación del enfoque de interculturalidad en la formación y capacitación del talento humano de salud, promoviendo el conocimiento, la valoración y el respeto de los saberes; incentivar la investigación y generar normativa para la protección e incorporación del conocimiento y los saberes ancestrales, comunitarios y populares al sistema de salud pública; diseñar y aplicar protocolos que faciliten la implementación progresiva de la medicina ancestral y alternativa con visión holística, en los servicios de salud pública y privada; generar mecanismos para la incorporación progresiva de los agentes tradicionales y ancestrales en el sistema integrado de salud pública; y propiciar espacios participativos, incluyentes y paritarios de las comunidades, los pueblos y las nacionalidades en la construcción, la ejecución, el control y la evaluación de los servicios de salud con pertinencia territorial. (PNBV, 2013: 146)

Vemos entonces que a través de los lineamientos se cubre una vasta serie de acciones en salud intercultural que contienen desde la sensibilización de profesionales en salud acerca de la interculturalidad, pasando por el impacto en las mallas curriculares de los estudiantes de las ciencias de la salud, hasta la inclusión de las cosmovisiones y de los agentes tradicionales en los servicios de salud pública, punto este último de gran polémica, como veremos más adelante.

Un objetivo del PNBV 2013 – 2017 que resulta significativo es el 5, el cual aborda la construcción de espacios de encuentro común y el fortalecimiento de la identidad nacional, las identidades diversas, la plurinacionalidad y la interculturalidad desde la perspectiva de los derechos culturales. Desde esa óptica se adopta un concepto de cultura que concibe como centrales e inherentes el cambio y la transformación, y además concibe que: “el ciudadano común, los pueblos y las nacionalidades ancestrales, así como los colectivos culturales contemporáneos, devienen sujetos de derechos culturales y dejan de ser objeto de “civilización”, adoctrinamiento y sometimiento colonial”. (PNBV, 2013: 182)

En este objetivo se hace mucho énfasis en la construcción de un espacio público físico, mediático y simbólico diverso, rico en expresiones plurales base de la identidad plurinacional. La participación social se plantea como una necesidad, para que exista un medio con recursos simbólicos comunes aunque con orígenes divergentes. En ese sentido, se hace un llamado a la descolonización de y a través de las industrias culturales, y se plantea a la interculturalidad como un principio de transformación en las relaciones sociales: “La construcción de la interculturalidad, en este sentido, es uno de los retos más grandes que enfrentamos como Estado y sociedad en un contexto en el que la exclusión y la dominación clasista, racista, xenófoba, machista y patriarcal todavía marca la pauta de las relaciones sociales” (PNBV, 2013: 183). De ahí que una de las políticas planteadas sea

justamente promover la interculturalidad y la política cultural de manera transversal en todos los sectores.

Por su parte, el MAIS-FC 2013 -Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural¹⁸- reitera en el objetivo constitucional de alcanzar el buen vivir e insiste en el hecho de que para la construcción del *sumak kawsay* la salud es una prioridad, por lo que se enfatiza la gratuidad progresiva de los servicios públicos y el aumento del presupuesto invertido en el Sistema Nacional de Salud. Incluso se habla de la superación de una deuda histórica del Estado con el sector de la salud a partir del fortalecimiento del modelo vía la incorporación de la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R).

Se define en este marco a la salud desde la perspectiva de los determinantes sociales y se establece en una doble dimensión: “como producto de las condiciones sociales y biológicas y a la vez como productor de condiciones que permiten el desarrollo integral a nivel individual y colectivo”.¹⁹ Además, y siguiendo el mandato constitucional, se parte de la consideración de que la salud es un derecho más que un servicio.

La participación social es uno de los pilares del MAIS-FCI. Por eso, la epidemiología comunitaria se perfila como la herramienta metodológica para acercarse a la realidad en salud y procurar su transformación. Además está ligada al enfoque de interculturalidad tanto en gestión como en atención. Este es entendido básicamente como la eliminación de barreras de acceso de los pueblos y nacionalidades indígenas y afro

¹⁸ Presentado por el acuerdo ministerial 725-1162.

¹⁹ Ministerio de Salud Pública del Ecuador, *Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud*, Quito, 2013, p. 39.

ecuatorianos a los servicios de salud, así como la incorporación de recursos de la medicina ancestral y de las medicinas alternativas como complementarios:

La hegemonía del enfoque occidental en el quehacer sanitario y la incapacidad que han tenido las políticas y programas de salud para comprender, respetar e incorporar los conocimientos y prácticas de salud ancestrales de la medicina tradicional y medicinas alternativas, se expresa entre otros aspectos en las profundas limitaciones de acceso a los servicios de salud, especialmente a los pueblos y nacionalidades indígenas y afroecuatorianos. (Manual MAIS, 2013: 45)

Es en virtud de esto se enuncian los avances de la Dirección Nacional de Salud Intercultural en la incorporación de este enfoque y la adecuación intercultural de servicios, particularmente, los servicios de atención a mujeres embarazadas, atención del parto y de neonatos.

En la medida en que adoptar el enfoque intercultural implica una interrelación entre distintas culturas sanitarias, se propone una estrategia que requiere la sensibilización y capacitación de talento humano. Es claro entonces que a pesar de que en distintos momentos se ha enunciado que una parte importante de la interculturalidad en salud es la presencia de agentes tradicionales de salud dentro del Sistema, el enfoque particular del MAIS entiende que la relación intercultural se da sobre todo entre médicos y pacientes, a los cuales presume de pertenencias étnicas distintas. Es particularmente esta manera de significar la interculturalidad la que prima en la adecuación cultural de los servicios de salud, en donde los prestadores de servicio se esfuerzan por comprender los marcos

culturales de la salud de la población a la que atienden, y con el fin de incluirlos en los servicios, tratan de adaptarlos.

Cabe anotar aquí, que la adecuación no pasa por la crítica, es decir, que la “verdad” sanitaria continua respondiendo a un modelo biomédico y occidental que simplemente se ha propuesto ser un poco más cálido y amable con ciertas poblaciones para un cubrimiento más efectivo: “La organización de los servicios de salud al interior del Sistema Nacional de Salud, incorporando el enfoque intercultural permite acercar los servicios a la población porque reduce las barreras de acceso sociocultural principalmente.” (Manual MAIS, 2013: 46)

Aparece también en el papel la generación de actitudes respetuosas a propósito de los diferentes saberes y prácticas, y la participación de agentes tradicionales para el fortalecimiento de sus propios recursos en procura de una atención integral:

El reconocimiento de la diversidad cultural implica un DIÁLOGO INTERCULTURAL, cuyo fundamento es el reconocimiento del otro sin barreras, ni jerarquías sociales en el que por una parte el Estado y los pueblos, nacionalidades indígenas, afro ecuatorianos, montubios y mestizos, puedan debatir la prestación de un servicio integral adecuado a su cosmovisión y/o en su defecto se valore, respete su propio sistema, garantizando el acceso conforme a su elección en un plano de igualdad. (Manual MAIS, 2013: 46)

Resulta muy atractivo para el análisis el hecho de que se plantee la posibilidad del debate acerca de la prestación de un servicio, e incluso la posibilidad de respetar los sistemas propios. Esto supondría que habría que entrar a negociar con la población temas

supremamente importantes como las vacunaciones, o el tema mismo del parto domiciliario. Tal como está en el papel indicaría una relación verdaderamente igualitaria, en donde la noción de autoridad sanitaria se ve transformada por la pertinencia cultural.

Ahora bien, otros documentos que valdría la pena revisar y tener en cuenta pero que por extensión no se presentarán en profundidad en este análisis son la Ley Orgánica de Salud²⁰, la cual expresa fundamentalmente dos cuestiones: por un lado la necesidad de hacer vinculante mediante una ley el proceso de promoción de las medicinas tradicionales y alternativas, y por otro lado, la necesidad de reglamentarlo y establecer mecanismos e instancias de control; y finalmente, el Reglamento de las Medicinas Tradicionales que está en elaboración y discusión aún, por lo que tendrá que ser objeto de análisis en investigaciones posteriores en este tema.

Es de resaltar además que existen otros documentos como una Guía de Adecuación de Servicios Maternos con Enfoque Intercultural, así como también un desarrollo de indicadores específicos en el tema, que también están en construcción con la ayuda de organizaciones internacionales como *Family Care International* y el ORAS-CONHU.

²⁰ Ley 67 de 2006.

CAPÍTULO II: INTERCULTURALIDAD ¿REALMENTE EXISTENTE?

“Porque las leyes son fáciles de redactar y escribirlas, la clave está en implementarlas”

Residencia Médica SAFCI – Bolivia



Imagen 2. Caja Petrolera de Salud. Fotografía tomada por Marcela Agudelo. Febrero 24 de 2014 en Sucre, Bolivia.

¿Qué se ofrece como servicio de salud intercultural? La primera vez que escuché hablar de esto no pude siquiera imaginar de lo que se trataba. Por eso, la pregunta con la que abre este capítulo fue orientadora en las diferentes visitas por los servicios de salud en los territorios ecuatoriano y boliviano.

El análisis que se presenta a continuación relaciona tres experiencias de salud intercultural en cada país. Varias consideraciones fueron determinantes. La primera tiene que ver con que al hablar de interculturalidad no se estableció ningún tipo de limitación o de definición precisa, ya que esperaba ver justamente qué es lo que se está ofreciendo como tal, por lo que pude conocer experiencias bastante diversas entre sí, lo que considero como un factor que enriquece el análisis.

Hay que decir que la intención de acercarse a estos espacios y servicios de salud más allá de calificarlos o evaluarlos, era poder conocer lo que se está haciendo. El asunto de cómo se hace y cómo se desarrolla en la cotidianidad cada uno de estos servicios es otro tema que merece ser el centro de otra investigación, quizás de corte más etnográfico.

MODELOS Y EXPERIENCIAS

Cada una de las experiencias visitadas merecería configurar una investigación en sí misma –algunas ya lo han sido-, ya que responden a condiciones socio-históricas particulares que influyen en la manera en la que funcionan hoy. El tipo de profesionales, la población atendida, la historia de las relaciones entre ellos, el territorio donde se ubican y otras muchas cosas pueden aportar a comprender el funcionamiento de estos espacios.

El ejercicio que propuse tiene una orientación diferente. El acercamiento a estos espacios me permitió al visitarlos recorrer los espacios donde funcionan actualmente, conocer sus instalaciones, ver cómo funcionan, hablar con algunas de las personas que hacen parte de dichos servicios, en especial con el personal de salud. Es decir que se trata de la combinación de la observación producto de la visita, generalmente corta, y de las entrevistas realizadas a encargados y profesionales. La decisión de privilegiar las conversaciones con el personal de salud y no con los pacientes tiene que ver con que el interés está centrado en la oferta del servicio, de manera que el trabajo con pacientes ameritaría también otro estudio posterior.

BOLIVIA

Para abordar las experiencias visitadas en Bolivia, es importante señalar que el sector salud está dividido en cuatro subsectores que administran los servicios de salud. Sin

distinción de esto es común escuchar que la salud en Bolivia es de muy mala calidad en el servicio, independientemente del sector al que se acuda. Incluso se dice que aquellos que cuentan con los recursos, salen del país para hacerse atender. Sumado a esto, hechos como el de la no gratuidad, y el de la coexistencia de distintos sistemas médicos influyen en los niveles de cubrimiento del sistema nacional de salud.

Esta entonces el subsector público²¹, el subsector del Seguro Social de Corto Plazo²², el subsector privado²³, el subsector de la Medicina Tradicional, el cual implica un universo de proveedores de salud con conocimientos ancestrales, como “parteras, Quilliris, herbolistas, Amautas, Jampiris, Kallawayas, Chamanes, Kákuris, Aysiris, Ipayes y otros.” (Ministerio de Salud Bolivia, 2010: 27); y aunque no se incluye dentro de ninguno de los subsectores y de hecho podría constituir un subsector en sí mismo por el peso que tiene, la cooperación internacional no puede quedar por fuera de ningún análisis. Se cuentan tanto las cooperaciones bilaterales como las organizaciones internacionales multilaterales. Constituye el mayor financiador en la historia del sector en Bolivia y presta ayuda técnica y operativa especialmente al sector público. Cabe resaltar que en todos los establecimientos de salud de la red pública que pudieron visitarse, no hay uno que no tenga una placa que recuerde la ayuda de la cooperación internacional.

²¹ Financiado por fondos públicos y descentralizado en su gestión. Este es encabezado por el Ministerio de Salud y Deportes, encargado de la rectoría del sector e incluye también los Servicios Departamentales de Salud SEDES que dependen de las gobernaciones y se encargan de hacer el enlace del nivel nacional con los niveles locales, y velar por el cumplimiento de las disposiciones del MSD; y los gobiernos municipales que constituyen las instancias ejecutivas locales ya que manejan los recursos financieros. Se incluye también aquí toda la red de establecimientos de salud públicos.

²² Conformado por diversas Cajas de Salud que generalmente atienden a empleados con un sistema de financiación por cotización contributiva. Este sector también incluye el Instituto Nacional de Seguros en Salud INASES, encargado de monitorear las actividades de las cajas. También hacen parte del sector el Seguro Social Obligatorio y el Seguro Social Largo Plazo, y el Seguro Voluntario, manejado por las Administradoras de los Fondos de Pensiones AFP's.

²³ Consta de entidades sin fines de lucro como ONG e Iglesia, y otras con fines de lucro que atienden a poblaciones con capacidad de pago, como establecimientos y seguros privados.

Hospital Boliviano Español Nila Heredia Patacamaya

Este hospital constituye una de las experiencias de renombre en Bolivia en cuanto a temas de salud intercultural²⁴. De la mano de la cooperación española, este Hospital aunque corresponde al segundo, es catalogado como de primer nivel de atención. Su construcción inició a partir del año 2001 y culminó en 2002, gracias al convenio entre el Gobierno Municipal y la Agencia Española de Cooperación Internacional –hoy AECID-, reemplazando al antiguo centro de salud.

La presencia de la cooperación española fue fundamental para la construcción del centro²⁵, y aún hoy lo es para su mantenimiento y funcionamiento. El respaldo a este hospital hace parte del convenio Mejora de la salud de las poblaciones, en especial de las de mayor pobreza y vulnerabilidad, fomentando el desarrollo humano sostenible, el fortalecimiento y desarrollo de la esfera cultural, la institucionalidad, las políticas públicas inclusivas y la articulación del tejido social y cultural en Bolivia, Ecuador y Perú²⁶, que se mantiene con la AECID, en el que en un principio participó como operador Médicos Mundi, y en el que a partir de 2006 trabaja Médicos del Mundo.

Patacamaya es un municipio del altiplano en la Provincia Aroma en el Departamento de La Paz, ubicado entre la pampa y la serranía entre los 3.700 y los 4.200 m.s.n.m. Según

²⁴ Junto a otras como la de Tinguipaya en el departamento de Potosí, centro pionero de la cooperación italiana, y el Hospital Kallaway de Curva en el departamento de La Paz, también apoyado por la cooperación española.

²⁵ La construcción estuvo alrededor de los 500 mil dólares, de los cuales solo 110 mil correspondieron a la Alcaldía Municipal, mientras la cooperación española puso el resto, según la web de noticias bolivia.com del 20 de marzo del 2004. Disponible en: <http://www.bolivia.com/noticias/AutoNoticias/DetalleNoticia19442.asp>. Consultado en septiembre 6 de 2014.

²⁶ También hace parte del convenio el proyecto “Mejora del acceso a una atención de salud materna integral, intercultural y consensuada, sostenida por la participación de mujeres autoridades y lideresas en el marco del ejercicio de derechos e igualdad de género en las Redes de Salud 11 y 12 del Departamento de La Paz, Bolivia” que culminará en 2015.

datos del INE Bolivia, para 2011 el municipio contaba con una población de 25.283 habitantes. La mayoría de esta población se auto identifica como Aymara.

Patacamaya, junto con otros seis municipios, hacen parte de la Red de Salud N°12 en la que existen 40 centros de salud de los cuales 28 son puestos de salud, es decir que son atendidos por auxiliares de enfermería, 11 son centros de salud, atendidos por un médico general, de manera que el de Patacamaya es el único Hospital de la Red. (MSD, 2013: 30)

En 2003 se abrió el consultorio de medicina tradicional dentro del Hospital. La experiencia del centro de salud de Curva, también apoyado por la AECID tuvo que ver en la apertura del consultorio, que buscaba apoyar la articulación entre medicina ancestral y biomedicina.

En 2006 se inaugura la primera sala con adecuación cultural para la atención del parto. Esta sala logró prontamente la atención de organismos como UNFPA, que incluso grabó un video para difundir la experiencia, sin embargo “para algunos, fue una manera de darse a conocer públicamente, en tanto que para otros éste presentaba una imagen idílica de la experiencia, donde todo el personal estaba de acuerdo con el enfoque intercultural en la atención del parto: “Era marketing (...) se mostraban imágenes que no concordaban con la realidad”” (MSD, 2013: 45).



Imagen 3. Consultorio de medicina tradicional y sala de partos con adecuación cultural en el Hospital Boliviano Español de Patacamaya. Leonarda, una de las parteras con mayor tiempo de acompañamiento al centro de salud amablemente narra un poco de la historia del lugar. Fotografías tomadas por Marcela Agudelo, febrero 10 de 2014.

En 2008 se construyó otra sala para atención del parto con adecuación cultural, con la expectativa de mejorar y superar las condiciones de la que se había construido inicialmente. En 2009, las parteras son invitadas por primera vez a participar de la atención dentro del hospital. Desde entonces y hasta hoy, trabajan por turnos *ad honorem* puesto que no cuentan con un ítem para pagarles. El pago es asumido generalmente por la parturienta y/o sus familiares. Finalmente, en 2011 se inicia la construcción de dos salas más, con las mismas características.

Además del consultorio de medicina tradicional, y de las tres salas con adecuación cultural para la atención del parto, se cuenta con los servicios de medicina general, pediatría, gineco-obstetricia, odontología, laboratorio, farmacia, rayos X, quirófano y atención de emergencias las 24 horas. Se cuenta con tres ambulancias.

Al llegar al lugar, Leonarda Quishpe, partera de amplia trayectoria, se encargó de enseñarme el lugar. Ella misma dice haber atendido 10.375 partos hasta el día en que ocurrió nuestra conversación. Leonarda trabaja hace más de diez años y nunca ha recibido

un pago, sin embargo dice hacerlo con gusto y por amor a este hospital. Además de recibirme a mí, Leonarda ayuda a un paciente que no habla español muy bien, por lo que ella le ayuda a leer la receta y a explicarle lo que el médico “académico” -como le dicen al de bata blanca- le recetó y lo que debe hacer ahora.

Comenzamos visitando el consultorio de medicina tradicional. Allí se encuentra Prudencio Patzi, uno de los médicos que arrancó con esta iniciativa ya en 2003, también parte del grupo fundador de SOBOMETRA, y Vitaleano Vásquez, esposo de Leonarda, también médico naturista, y quien va a comenzar a trabajar allí en el hospital. Ellos señalan que aunque se ha pedido que trabajen 6 médicos naturistas por turnos, solo hay tres trabajando para ese momento. Ellos tampoco tenían ítem. Según cuentan ellos, con la recién formulada ley de medicina tradicional va a ser posible la creación de sus ítems.

Continuando con el recorrido, Leonarda me invita a conocer las salas con adecuación cultural para el parto. A pesar del frío que hace afuera normalmente, estas salas son cálidas. El color en las paredes y el piso en madera parecen aportar a ese objetivo. Las salas cuentan con estufas para calentar las infusiones, y cuentan con un herbolario casi enfrente, el cual provee las plantas necesarias para tal fin.

Según nos cuenta Leonarda, la paciente cuenta con la atención del médico, de un auxiliar de enfermería y de la partera para el momento del parto, y es ella quien decide cuál de los tres se encarga de guiar el proceso. Sin embargo, una de las licenciadas del lugar nos cuenta que las mujeres primerizas son direccionadas siempre al servicio biomédico “por precaución”, así como también señala que es la doctora la que tras una valoración decide quién puede atender a la parturienta.

Finalmente, el Administrador del Hospital, quien es naturópata y de larga trayectoria en la homeopatía me recibe. El Dr. Lauro cuenta que dentro de los proyectos próximos

están la apertura de una farmacia intercultural basada en medicamentos naturales, y la construcción de un laboratorio artesanal que permita la preparación de los medicamentos *in situ*. Adicionalmente dice que el Hospital quiere proyectarse como un centro de integración de las medicinas occidental, oriental y tradicional, por lo que se piensa en abrir servicios de digitopuntura, acupuntura y reflexología podal.

De esta manera, puede decirse que el Hospital Boliviano Español Dra. Nila Heredia de Patacamaya se inscribe en las tres líneas estratégicas de trabajo en salud intercultural en Bolivia: la articulación de medicinas, la adecuación cultural de los servicios, y el fortalecimiento de la medicina tradicional.

Residencia Médica SAFCI Salud Comunitaria Intercultural

Si bien, esta experiencia vincula un proceso educativo, es fundamental para este análisis en la medida que está vinculada con los centros de salud a través de los estudiantes – residentes, y es en últimas una plataforma de soporte para varios servicios de salud. La Residencia Médica SAFCI es un programa de especialización médica para egresados de las facultades de medicina interesados en el trabajo comunitario e intercultural:

La Especialidad en Salud Familiar, Comunitaria, Intercultural, es una especialidad clínico social con una duración de tres años académicos, se crea gracias a las demandas de los pueblos, originarios, campesinos; que ha permitido una verdadera reflexión en el actuar del médico y en la formación de los recursos humanos, por tanto los

conocimientos y prácticas deben estar en concordancia con la cosmovisión de los pueblos en la atención acorde a las prácticas de los pueblos y culturas.²⁷

Aprobada según la Resolución N° 09/2006 del Comité de Integración Docente Asistencial e Investigación –CNIDAI-, y en coordinación con el Ministerio de Salud y Deportes, esta especialidad inició en 2007 con 145 médicos, de los cuales aprobaron y terminaron 138 especialistas en 2010. Los residentes fueron distribuidos por todo el territorio, principalmente en lugares alejados donde no existían médicos “facultativos”, realizando visitas a familias y comunidades, recibiendo el nombre de “Médicos Residentes movilizados por el derecho a la vida y la salud de los pueblos”²⁸

Esta especialidad resulta muy interesante como iniciativa del Ministerio para la implementación de la propia política nacional de salud, pero también para la transformación social que implica y establece la nueva carta constitucional: “es una especialidad pensada como respuestas a la exigencia de los cambios que se viene dando en nuestro país, cambios generados y provocados por las continuas interpelaciones de los movimientos sociales a un Estado que representó y gobernó en nombre de una minoría, excluyendo por siglos a las grandes mayorías indígenas y campesinas”.²⁹

Como bien es sabido que una de las tareas más duras que han enfrentado las experiencias en salud intercultural es el trabajo con los profesionales que conforman los

²⁷ Silvia, Victoria, “La revolución en recursos humanos en salud Residencia Médica en Salud Familiar Comunitaria Intercultural (RM-SAFCI)”, en *Vivencias. Ciclos de la vida: Revista Médica en Salud Familiar Comunitaria Intercultural*, N° 2, Vol. 1, Bolivia, Estado Plurinacional de Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes, 2013, p. 2.

²⁸ Estado Plurinacional de Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes, *¿Qué es la Residencia Médica SAFCI?*, folleto de difusión oficial, s.f.

²⁹ Ministerio de Salud y Deportes, Residencia Médica Familiar Comunitaria Intercultural, *Plan de Estudios RM-SAFCI*, La Paz, 2007, p. 13.

equipos médicos, en gran medida por su formación estrictamente biomédica, esta es una intervención directa en dicho proceso formativo.

Al revisar la propuesta es clara la relación con la implementación de la política entera de salud³⁰, además del texto constitucional y su principio de refundación del estado. Sin embargo es necesario considerar que podría estar cayéndose en una institucionalidad paralela en la que la interculturalidad es un tema de algunos –los residentes y especialistas SAFCI únicamente-, perdiendo su proyección transversal.

La propuesta es bastante radical en el sentido de trastocar la posición del médico como poseedor del conocimiento, transformando también la noción asociada de “estatus”, que suele establecer una diferencia y un distanciamiento del médico ilustrado por sobre sus ignorantes pacientes. De hecho de lo que se trata de acuerdo a la propuesta, es de que el médico se una a las comunidades en una relación de aprendizaje, en donde es el médico el que tiene que aprender de la vida de las comunidades que atiende, su lengua, sus procesos productivos, sus cosmovisiones, para a partir de allí aportar con los conocimientos que él mismo trae de la biomedicina.

Además, estos residentes son enviados a lugares en condiciones muy precarias, en donde muchas veces los puestos de salud no son más que un pequeño rancho que a duras penas se sostiene en pie. De manera que no solo los residentes se ven confrontados respecto de la imagen del médico exitoso y adinerado, sino que muchas veces el trabajo se hace con

³⁰ La política SAFCI está en proceso de implementación a través del programa que lleva el mismo nombre. Éste tiene tres grandes frentes o brazos operativos: la Residencia Médica, encargada de la formación de especialistas en salud familiar, comunitaria, intercultural; el proyecto “Mi Salud” -desarrollado por los especialistas SAFCI junto con médicos bolivianos formados en Cuba, en la Escuela Latinoamericana de Salud (ELAM) y técnicos medios en enfermería y estadística-; y los especialistas SAFCI, encargados directos de la implementación de la política en los municipios, junto con el personal de salud, las autoridades locales y las organizaciones sociales, entre otras.

las uñas, fundamentado en el compromiso de mejorar las condiciones de vida de esas poblaciones. No cualquier perfil de médico se le mide a someterse voluntariamente a esas condiciones tan desfavorables y de presión.

Se plantea además que el residente constituya un puente para articularse con los agentes tradicionales, con el fin de constituir una red de participación y gestión de la propia salud. Dentro de sus responsabilidades está el identificar agentes tradicionales de las comunidades para aprender con ellos y fomentar encuentros para el intercambio de saberes. Para el tiempo de desarrollo del trabajo de campo, ya se contaba con cinco versiones de encuentros nacionales de sabedores.

La noción de soberanía, muy presente en las prácticas ancestrales de la medicina, está aquí presente bajo la idea de la participación comunitaria. Y es que el residente, tras aprender de las comunidades en las que se inserta, trabajando con ellas y recorriendo el territorio, debe incentivar a que los planes de salud sean gestados de forma comunitaria, integral y pertinente.

La soberanía es aquí entendida como la potestad de hacerse cargo de la propia salud, y no depender del criterio de otro, sea este el MSD o el médico del centro de salud que estima metas de vacunación basadas en estadísticas dudosas. Por eso, la política SAFCI otorga igual importancia tanto a la gestión como a la atención en salud, y a los espacios de deliberación vinculante en los distintos niveles administrativos territoriales como el nacional, departamental y municipal: “La Salud Familiar Comunitaria Intercultural, se constituye en la nueva forma de sentir, pensar, comprender y hacer la salud, que involucra, vincula y articula de manera complementaria al personal de salud y etnomédicos o sabios

con la persona, familia, comunidad y sus organizaciones en los ámbitos de gestión y atención de la salud.”³¹

El plan de estudios basado en un enfoque pedagógico comunitario, consta de cinco módulos: prevención y atención de la enfermedad; familia comunitaria y prevención; investigación y epidemiología; comunidad, gestión y promoción de la salud; y descolonización e interculturalidad. Este último módulo cuenta con la participación de reconocidos sabios y sabias de las naciones indígena originarios. Durante el trabajo de campo fue posible conversar con dos de ellos: Carlos Yujra, encargado de la visión andina, y Marcelino Tardio encargado de la visión correspondiente al chaco.

Si bien es cierto que hay una predominancia de los contenidos relacionados con los grupos aymaras y quechuas, se está trabajando para incluir otras visiones que permitan dar cuenta de la diversidad presente en el territorio: “El plan de estudios para la formación del médico residente, responde a una visión comunitaria, acorde al contexto ANDINO – LLANO – AMAZÓNICO – CHAQUEÑO del territorio boliviano, en el marco de la Constitución Política del Estado Plurinacional Comunitario de Bolivia” (Plan de estudios, 2014: 2)

Los cinco módulos, desarrollados en tres años por el MR-SAFCI, están planteados para que éste desarrolle los procesos de enseñanza – aprendizaje en cinco espacios – tiempo: actividades en comunidad, actividades clínicas, actividades de respuesta inmediata a las emergencias nacionales, actividades intersectoriales, y jornadas de reciprocidad como reuniones en comunidad y reuniones nacionales de evaluación. De hecho no fue posible

³¹ Esta cita corresponde a un texto de presentación e introducción del plan de estudios, en respuesta a mi petición de acceder al mismo. En comunicación oficial del responsable de formación en política SAFCI Dr. Basilio Muruchi, fechada el 14 de marzo de 2014, que cuenta con 8 páginas. En adelante aparecerá como Plan de Estudios, 2014.

acompañar en sus labores a ningún residente puesto que durante el trabajo de campo éstos fueron convocados para atender la grave emergencia de las inundaciones en el departamento del Beni. Sin embargo, en el recorrido por el territorio pude constatar la presencia de los especialistas en distintas regiones, hablar con varios de ellos, e incluso conocer algunas postas en donde antes estuvieron algunos residentes.



Imagen 4. En la imagen de la izquierda, Félix Segundo, auxiliar de enfermería encargado del puesto de salud en Ivamirapinta en el chaco, nos muestra los mapas parlantes realizados por el residente SAFCI del lugar. En la imagen de la derecha se aprecia otro de estos mapas. Fotografías tomadas por Marcela Agudelo. Febrero 21 de 2014 en cercanías de Camiri, Departamento de Santa Cruz, Bolivia.

El reconocimiento del territorio y de la comunidad es fundamental. Es por eso que una de las primeras tareas del residente corresponde a la creación de mapas parlantes como base de la planeación de sus actividades. Estos mapas permiten la identificación de distintos tipos de agentes en las comunidades, así como ubicar y localizar cada una de las familias que componen las comunidades. Esto se utiliza como insumo fundamental de las visitas domiciliarias junto con el uso de las carpetas familiares, que permiten llevar un registro de la historia clínica de las familias, desde una perspectiva de los determinantes sociales de la salud.

Dentro de las actividades de los residentes está también aprender la lengua predominante de la región.³² En la región del departamento de Santa Cruz por ejemplo, el programa establece seis eco regiones naturales y seis etno regiones culturales distintas, incluyendo algunos territorios denominados interculturales en virtud de la presencia de distintos grupos étnicos dentro del mismo territorio.

Hasta ahora sigue siendo muy reducido el número de especialistas en relación con la demanda de personal de salud del país. Por lo pronto baste señalar, que la propuesta de la Residencia SAFCI es una de las más creativas y con la mayor voluntad de transformación que pude encontrar en el trabajo de campo. El tiempo tendrá que mostrar qué tan acertada o no es la introducción de una especialidad médica de este tipo para el contexto boliviano, y si resistirá la contracorriente.

Caja Petrolera de Salud - División Nacional de Medicina Tradicional

*Las políticas de salud en nuestro país,
demandan un esfuerzo y cambios importantes,
siendo necesaria la inclusión de la medicina tradicional,
que favorezca y enriquezca los programas de salud.
(Caja Petrolera de Salud, 2013, p.11)*

La Caja Petrolera de Salud como parte de los establecimientos de Seguro Social de Corto Plazo ha venido trabajando en la incorporación de la medicina tradicional como servicio para sus afiliados desde el año 2009, con el trabajo en el policonsultorio³³ de la

³²El currículo incluye convenios con universidades para la enseñanza de algunas lenguas como el quechua, el besiro y el guarayo, pero no se alcanza a cubrir la vasta variedad de lenguas presentes en el territorio boliviano, por lo que algunos residentes deben aprender por su cuenta y en la interacción con las comunidades.

³³ Los policonsultorios son establecimientos de primer nivel de atención, y constituyen la puerta de entrada al sistema de salud. Si bien la CPS cuenta con instituciones de segundo y tercer nivel de atención, se espera poder implementar los servicios de medicina tradicional en estos centros de mayor complejidad en el futuro.

ciudad de El Alto. Desde entonces, ha abierto servicios también en las ciudades de Santa Cruz de la Sierra, Camiri –capital petrolera de Bolivia- en 2010, y en Cochabamba y Sucre en 2011.

El hombre detrás de esta iniciativa, encontró en la CPS la posibilidad de iniciar un proceso que intentó tiempo atrás desde el Viceministerio de Pueblos Originarios, en el Programa de Salud Indígena y el Ministerio de Salud y Deportes. Oscar Laguna me recibe en su oficina como si nos conociéramos de años atrás, con una cálida sonrisa y largas horas de conversación.

Con cinco sedes y dos laboratorios artesanales de producción de medicamentos naturales, la CPS se proyecta hacia la ampliación de servicios en por lo menos cinco ciudades más, así como prevé la construcción de un tercer laboratorio para suplir la demanda de medicamentos naturales que ya hoy se ve desbordada.

Él asegura que parte del éxito de los servicios en la CPS es que se implementaron a raíz de una encuesta realizada a los usuarios en 2009, en donde resultó que el 75% de ellos estaban a favor de que se integraran los servicios de medicina tradicional, y en donde tras consultar también a los profesionales de salud, estos dijeron en un 61% estar de acuerdo en hacer la prueba de articular sus saberes con los de los médicos ancestrales.

Una batalla ganada podría decirse. Y es que aunque son múltiples las anécdotas que hablan sobre las dificultades, las tensiones y los roces entre profesionales de la salud y médicos ancestrales, Oscar asegura que más allá de la construcción de la norma técnica institucional de Medicina Tradicional, que regula enteramente el funcionamiento de la medicina tradicional como servicio en la CPS, él está cobijado por la nueva constitución política y las demandas que esta instaura, lo que le da sostenibilidad y piso jurídico a todo el proceso.



Imagen 5. Producción de medicamentos naturales en los laboratorios artesanales de la Caja Petrolera de Salud. Fotografías tomadas por Marcela Agudelo en El Alto y Sucre, Febrero 24 y marzo 6 de 2014.

Si bien es cierto que esta inclusión de los servicios puede tender a sumergir a los médicos ancestrales en dinámicas totalmente biomédicas, ya que tienen que entregar reportes mensuales, entender y responder a las dinámicas administrativas de la institución, hay un fuerte interés por hacer frente a la biomedicalización con argumentos. Por eso se llevan estadísticas de las atenciones, y se trata de establecer mecanismos de verificación y de rastrear la eficacia de ciertas intervenciones. De ahí que se conozcan los números dejados por la experiencia entre 2009 y 2013: hasta esa fecha en El Alto se había atendido un total de 5034 pacientes, en el hospital Guaracachi de Santa Cruz de la Sierra se habían atendido 2064 personas, en el Hospital de Camiri 2029, en Cochabamba 1013, y en Sucre unas 686.

También se ha establecido que las patologías más consultadas están relacionadas con las osteoarticulares como la artritis, las digestivas como las dispepsias, las hepáticas, y las relacionadas con las vías respiratorias y con las vías urinarias, entre otras. Y atendiendo un poco a este registro de consultas se ha venido adelantando el trabajo de los laboratorios de producción de medicamentos naturales. El laboratorio principal funciona en El Alto, y ya está en funcionamiento también el de Santa Cruz de la Sierra.

Una de las cuestiones más sobresalientes es el trabajo que se procura en establecer un sistema de referencia y contra referencia entre profesionales en la CPS, y aunque aún sigue siendo mucho mayor el flujo de pacientes que van remitidos de medicina tradicional hacia los demás servicios, en cada uno de los centros tienen experiencias de remisión de médicos alopáticos hacia la medicina tradicional.

Con mayor o menor dificultad, dependiendo de la ciudad, los profesionales y encargados, en los centros de la CPS “todo paciente asegurado puede acceder a la atención solicitando ficha para consulta en los hospitales donde existe un consultorio de medicina tradicional”³⁴.

ECUADOR

Quizás uno de los logros más sobresalientes de la revolución ciudadana ha sido el establecer la salud como un derecho, y por ende su gratuidad en la red pública. El sistema de salud de Ecuador está dividido entre los sectores público³⁵ y privado³⁶. A pesar de que no están oficialmente dentro del sistema de salud, es de gran importancia tener en cuenta las múltiples asociaciones y organizaciones de médicos tradicionales, así como las organizaciones y actores en general que están trabajando en temas de salud intercultural, las cuales vinculan no solo médicos tradicionales, sino también médicos occidentales,

³⁴ Caja Petrolera de Salud, *Servicio de Medicina Tradicional*, Volante de difusión de los servicios, Bolivia.

³⁵ Conformado principalmente por el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), los servicios de salud de las municipalidades y las instituciones de seguridad social como el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional.

³⁶ Aquí se encuentran tanto las entidades con fines de lucro como hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios, farmacias y empresas de medicina prepagada; como las organizaciones no lucrativas de la sociedad civil y de servicio social.

activistas en salud, académicos, ONG, etc. El factor Cooperación Internacional no debe dejarse por fuera de ningún análisis, en tanto que su influencia económica e ideológica es sobresaliente en temas de salud.

Centro de Salud Julio Estupiñan Bueno - Río Verde

“Poco a poco ellos van a ir entendiendo, van a ir dándose cuenta, de que la institución está ahí para ser mi amiga, y para cuidar tanto de mi salud, como la de mi bebé, [...] si trabajamos un poco más en que la gente entienda, que por estar en la institución no va a cambiar tanto como yo quisiera mi parto, rodeado de mi familia, con mi partera que me ha visto durante todo el proceso, etc., yo creo que lo van a entender, lo van a ver como algo bueno y van a venir a hacerse atender”.

Miryam Torres. Directora Centro de Salud Río Verde³⁷

La de Río Verde es una experiencia que aunque evidentemente influenciada por el territorio, la población y el acervo socio-histórico del lugar, ilustra detalladamente el proceso de salud intercultural que se lleva a cabo en Ecuador desde hace un tiempo. Y es que a pesar de que se avanza tímidamente en otros frentes, la adecuación de servicios para la atención del parto y la reducción de muertes maternas, es la bandera de la hoy Dirección de Salud Intercultural del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, a pesar de que la mayoría de ellas se han gestado fuera del marco institucional.

Si bien para el momento en que se realizó el trabajo de campo aún no se consolidaba como una estrategia a nivel nacional por falta de capacidad técnica y operativa para asumirla, el escenario tendencial conduce hacia allá, es decir, hacia la implementación de este tipo de salas en por lo menos los centros de salud del primer nivel de atención, en todo el territorio ecuatoriano.

³⁷ Entrevista realizada por Marcela Agudelo. Septiembre 9 de 2013, en Río Verde, Ecuador.

Río Verde es un distrito de la zona 1 de planificación territorial, administrativamente hablando, pero también es un cantón y capital del mismo, perteneciente a la Provincia de Esmeraldas. Dado que este centro abre las 24 horas, funciona como centro de referencia para todo el cantón, por lo que debe cubrir en sí una población de 32.054 habitantes, incluyendo un porcentaje importante de población perteneciente al pueblo afroecuatoriano³⁸ y a la nacionalidad Chachi.

En la medida en que se hizo necesario buscar estrategias para cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU³⁹, se han venido desarrollando distintas acciones para establecer el por qué las mujeres de ciertas regiones en el mundo continúan atendiendo sus partos de manera no institucional. En Río Verde, UNFPA colaboró en la realización de una encuesta acerca del por qué las mujeres no atienden sus partos en los servicios de salud en la zona. A partir de dicha encuesta se encontró una inconformidad de las mujeres en la manera como era atendido el parto en los servicios de salud. De ahí que se leyó como una necesidad tener una sala de partos que se pareciera al parto en casa, es decir, con la compañía de los familiares, con la partera y en una posición libre⁴⁰.

³⁸ Río Verde es una experiencia que no solo ejemplifica la cuestión de la adecuación cultural de los servicios de la red pública de salud en Ecuador, sino que además tiene la particularidad de trabajar con población afroecuatoriana, la cual tiene también sus comprensiones propias respecto del parto, su trabajo y sus cuidados. Y aunque en verdad constituye un tema para una investigación en sí misma, baste con señalar que llama fuertemente la atención el hecho de que apenas se esté comenzando a reconocer que tienen unos saberes propios referentes al cuidado de la salud y la vida, que difieren de los de algunos pueblos indígenas a pesar de que utilicen recursos muy similares.

³⁹ Reiterados en el año 2000. Para este caso en particular, es fundamental el objetivo 5 que corresponde a mejorar la salud materna en dos aspectos fundamentalmente: reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna y, lograr el acceso universal a la salud reproductiva.

⁴⁰ El problema para el Centro de Salud era que las mujeres asistían a la atención prenatal casi en un 100% pero no así con el parto. Según dice Myriam, directora de este centro, a partir de la implementación de la sala en 2008 se ha alcanzado un 35% de atención de partos institucionales. Se atribuye este aumento a que se ha ido trabajando con la identificación de las mujeres embarazadas, para preparar con ellas el plan de parto.



Imagen 6. A la izquierda, la sala para el parto con adecuación intercultural del Centro de salud de Río Verde estrenada en 2011. En la imagen de la derecha, una capacitación para la atención del parto en dicha sala. Fotografías cortesía del archivo del Centro de Salud.

Según las cifras del Centro de Salud, desde 2011, solo dos personas han terminado el parto en la camilla para la posición vertical, todas las demás, lo han hecho en la camilla. Ella explica que la mayoría realizó todo el proceso en la camilla pero ya en el momento clave pidieron subir a la camilla. Ella asevera que más allá de la posición escogida, lo que demandan las mujeres es el hecho de poder estar cerca y rodeadas de su familia.

Es por eso que dentro del servicio se permite el ingreso de algunos acompañantes, no tantos como ellas quisieran, dice Miryam, la directora de este centro. El hecho es que se permiten máximo dos acompañantes, normalmente la partera y el esposo, pero puede bien ser la mamá o la suegra de la parturienta. Sin embargo, y en la medida que es centro de referencia de todo el cantón, hay mujeres que deben venir desde zonas bastante alejadas, por lo que hasta ahora se queda corto el espacio para poder recibirlas los días que sea necesario a ellas y sus familias. También se introdujo un huerto medicinal de manera

continúa desde 2008, pero hasta ahora es solamente para el uso de las parteras cuando requieren algo de él.

Como he dicho, el de Río Verde es un Centro de Salud de primer nivel de atención de la red pública. Cuenta con una persona encargada del trabajo en Salud Intercultural, la cual es la que mantiene el contacto con las parteras, con las que se ha establecido una relación hasta ahora muy satisfactoria para los servicios, y aún no tanto para ellas mismas. En la medida que han sido convocadas por los servicios de salud, muchas de ellas han asistido. Otras aún se resisten.

El trabajo de capacitaciones con parteras ha insistido en que la mejor vía siempre es el parto institucional, tratando de disminuir los partos en casa. Por eso se ha insistido a las parteras en que traigan a sus pacientes al servicio. Y así se ha hecho. Por el momento, y frente a la insistente negativa del MSP de reconocer la labor de las parteras, la tensión por el pago de sus servicios va en aumento. Y es que una vez que la paciente ingresa al servicio, ingresa a un sistema gratuito, en donde no parece tener sentido tener que pagarle a la partera. Quién debería hacerlo entonces es la pregunta que pone el dedo en la llaga, y que constituye quizás uno de los mayores elementos de conflicto en la apuesta por la salud intercultural en los servicios en Ecuador hasta ahora.

Área de Salud 19 - Guamaní

“Guamaní se convertirá en la Primera Área Demostrativa de Salud del Ministerio de Salud Pública, que operacionaliza en forma efectiva un modelo intercultural y plural de gestión-atención enfocado en la salud familiar y comunitaria, con transferencia de tecnología; basado en altos niveles de capacitación del talento humano y una amplia participación de los conjuntos sociales, en coordinación interinstitucional y propuestas innovadoras.”

Más que un centro de salud o un Hospital, hablar de la experiencia de Guamaní implica hablar de un sistema, o mejor dicho, de un área administrativa que se piensa a sí misma como un sistema organizado con capacidad de aprendizaje y de auto regularse. Es decir, se piensa en términos autopoieticos.⁴²

El área de Guamaní, creada en 1994, está compuesta por un Centro de Salud y ocho Sub Centros⁴³ que en el momento del trabajo de campo atendían a una población de aproximadamente 181.000 personas⁴⁴. Hace parte del cantón Quito en la Provincia de Pichincha y está ubicada en el extremo sur de la capital⁴⁵.

Durante el trabajo de campo, pudimos constatar que se estaba viviendo una transformacional institucional, que incluso modificó la antigua distribución en áreas, por una planificación por distritos y circuitos de atención, lo que implica grandes cambios en términos de distribución territorial de recursos, personal, infraestructura, etc. Sin embargo,

⁴¹ Tomado de presentación del Área 19 Guamaní. Cortesía del Dr. Luis Fernando Calderón.

⁴² La autopoiesis es un concepto desarrollado en la obra de Humberto Maturana y Francisco Varela desde 1972 para definir los sistemas vivos en tanto sistemas complejos, capaces de auto regularse y producirse a sí mismos. Una de las condiciones más importantes es que si bien se plantean como estructuras cerradas en su funcionamiento, mantienen un continuo de interacción con el medio, por lo que son abiertas para el intercambio de materia, energía e información.

⁴³ Sub centros de Salud La Victoria, Matilde Álvarez, El Rocío, Caupichu, El Blanqueado, Asistencia Social, Pueblo Unido y San Martín.

⁴⁴ Entrevista realizada a la Dra. Mónica Cañar quien ha ocupado distintos puestos durante su larga vinculación con el área de servicios de Guamaní. Realizada por Marcela Agudelo en octubre 21 de 2013, Quito – Ecuador.

⁴⁵ Esta área se ha caracterizado por su condición limítrofe urbano-rural y la notable presencia de distintas migraciones internas de todo el país que se asientan aquí. De acuerdo con los datos del área, estas migraciones en su mayoría provienen de las provincias Pichincha, Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo, Loja, Cañar, Imbabura y Bolívar, con presencia de población perteneciente a distintos pueblos y nacionalidades: quitu caras, panzaleos, chibuleos, pilahuines, puruháes, saraguros, cañaris, imbayas, y guarangas.

para este análisis es necesario considerar el trabajo tal como se venía realizando como área 19 e incluso, antes de constituirse, así como también su presente y futuro como distrito.

De acuerdo con dicha transformación, Guamaní –que es también una Parroquia– pertenece a la zona 9 de planificación territorial de Ecuador, y al distrito 17D07. El Centro de Salud, que no fue posible conocer pues lo estaban reconstruyendo, pasará a ser un Hospital Básico, mientras que los antes sub centros de La Inmaculada, El Rocío, Matilde Álvarez y La Victoria Central pasarán a ser Centros de Salud. Los demás sub centros pertenecen ahora a otro distrito.

La historia detrás de los servicios de salud de Guamaní es muy sugestiva, y resulta fundamental para este análisis. Los servicios prestados desde el inicio en lo que eran las unidades operativas de la zona se establecieron gracias a la demanda de los mismos por parte de la comunidad, que estaba organizada desde los barrios⁴⁶. Los vecinos incluso prestaron y alquilaron sus casas para poder tener el servicio de salud. Esto sucedía a la par que se desarrollaba la iniciativa de Salud Familiar y Comunitaria en el año 1988 desde el gobierno, que impulsaba el enfoque de la prevención y promoción en salud.

En el año 1994, en el marco del proyecto FASBASE, que promovía el fortalecimiento de los servicios básicos de salud, junto al MSP se determinó la necesidad de la creación del área de salud de Guamaní, que había venido funcionando parcialmente como una sub área, con muchas limitaciones de recursos, y en consideración de que la población de esta área venía creciendo exponencialmente.

⁴⁶ Principalmente la organización Frente de Lucha ha sido protagonista en esta historia. Los vecinos se movilizaron hacia la Dirección Provincial y solicitaron la presencia de equipos médicos para atender a la población del sector que en ese entonces se trataba de barrios aún ilegales.

A partir de ese momento se hizo un convenio a través del cual el MSP asumió y habilitó estos servicios, junto a otras unidades operativas que habían también sido construidas. Sin embargo cada unidad operativa se reunía con los representantes de salud de los barrios, gestando los comités locales de salud, que luego se propondrían en el nivel nacional basados en la experiencia de Guamaní.

Así nació el modelo de planeación comunitaria que no solo decidía sobre las acciones a implementar sino también sobre el destino de los recursos invertidos, dando paso a la cogestión de los mismos bajo el nombre de PAFUS, que es la sigla para Participación Financiera de los Usuarios. Así se decidía el destino de los recursos producto de los cobros a los usuarios. Estos tenían varios destinos, desde la farmacia comunitaria que no pocas veces entregaba medicamentos gratuitos a la población de bajos recursos, la contratación de personal, insumos y hasta equipamiento. Todo con el fin de mejorar la capacidad resolutive del Centro de Salud. (Entrevista M. Cañar, 2013)

La participación comunitaria en ese sentido era casi absoluta. Hoy aunque eso se ha transformado, y la participación no alcanza a ser un esbozo de lo que fue en este momento, las organizaciones barriales siguen vinculadas a través de rendiciones de cuentas y pendientes de los avances y cambios en los servicios. Sin embargo, la gratuidad ha disuelto la noción de cogestión, lo que también ha influido en esta disminución de la participación comunitaria en la planeación e implementación de las acciones en salud. Además, también es cierto que muchos de los objetivos que los unían hoy ya se ven cumplidos.



MODELO DE GESTION DEL AREA DE SALUD DE GUAMANI



Imagen 7. Modelo de Gestión del Área de Salud Guamaní. Tomado de presentación del Área 19. Cortesía del Dr. Luis Fernando Calderón

Los servicios de salud intercultural han cobijado la medicina alternativa y la medicina ancestral, sin embargo, hoy ya no se cuenta con la presencia de ningún agente tradicional dentro de los servicios. En 1998 se inició con la implementación de la homeopatía, como un servicio de cuenta del Dr. Miguel Ángel Henríquez en la unidad Matilde Álvarez, que poco a poco se fue consolidando hasta requerir su oficialización en virtud de la alta demanda en el Centro de Salud.

En 2002 se tomó la decisión de bajar el servicio a la cabecera del área. También ese año se inició con la sensibilización del personal para la introducción de la medicina tradicional en el servicio. Éste ofrecía diagnóstico por medio de la lectura de vela, piedras

y/o cartas, y tratamientos de limpiezas espirituales con huevo, cuy y/o piedras sagradas, así como baños en lugares sagrados.

Luego, entre 2003 y 2004 se implementó el servicio de Biomagnetismo. Ya en 2005 se arrancó con una capacitación en Sinérgica con un equipo de médicos colombianos. Entre 2006 y 2007 se implementó el servicio de Acupuntura y Terapia Neural. En 2008 se inició el trabajo con las obstetras para trabajar en la implementación del parto culturalmente adecuado, para lo que se enviaron profesionales a realizar pasantías en el Hospital Andino de Riobamba, al hospital San Luis de Otavalo, y al Hospital de Cayambe, que ya contaban con la experiencia.

En 2010, tras una auditoría del MSP a la experiencia de medicina tradicional en el servicio, este fue cerrado, ya que funcionaba bajo el modo de “Riesgo compartido”, lo que básicamente significaba por una parte la corresponsabilidad del servicio con el Centro Médico, pero también que el médico ancestral ganaba por servicio atendido, y con el giro hacia la gratuidad del servicio, este modelo se hizo insostenible, por lo que a pesar de que se buscaron mecanismos para crear la partida presupuestaria que pudiera mantenerlo, no se encontró una manera dentro del marco legal que lo hiciera posible. A pesar de la altísima demanda del servicio, hasta ahora permanece cerrado.

Hasta el día de hoy, bajo un modelo de referencia y contra referencia, los servicios de medicina alternativa siguen operando -excepto el de Sinérgica-, junto a los servicios de medicina general, atención de parto y emergencias 24 horas, ginecología y obstetricia, pediatría, psicología, odontología, oftalmología, y de servicios de apoyo como rayos x, ecografía, laboratorio clínico, y electrocardiograma.

Sistema de Salud Integral Loreto

La experiencia del cantón Loreto es muy reconocida en Ecuador. Y con razón. Los procesos de fortalecimiento organizacional, de participación social y de optimización de recursos en salud son notables. Se ha logrado sentar a todos los actores involucrados en el sector salud para integrar esfuerzos, y establecer lineamientos basados en las necesidades reales y concretas de las comunidades. Actualmente se realizan 12 reuniones del Consejo Cantonal de Salud al año⁴⁷.

En medio de la Amazonía ecuatoriana, en la provincia de Orellana, se desarrollan actividades en salud todo el año, con la participación de los 16 actores diferentes entre organizaciones comunitarias, instituciones públicas, privadas y ONG, que conforman el Consejo y que realizan una planificación, monitoreo y seguimiento conjunto para ingresar coordinadamente a las comunidades y distribuir el presupuesto reunido entre ellos, que se estima en 1'700.000 USD al año para acciones en salud. Noemi Tapuy y Margarita Yumbo, dos mujeres líderes de la Organización de Comunidades Kichwas de Loreto –OCKIL-, aseguran que con las brigadas integrales de salud, se hacen dos entradas al año a cada una de las 42 comunidades con las que trabajan de la mano con la Red Internacional de Organizaciones de Salud –RIOS-⁴⁸.

El modelo del Sistema Integral de Salud está basado en la Atención Primaria en Salud -APS-, es decir en la prevención y promoción de la salud. Frente al desconocimiento del Estado sobre la situación de salud de la población presente en Loreto, con su modelo de centros y sub centros de salud con profesionales que esperan a que lleguen los pacientes, la propuesta fue el vuelco total hacia la APS, facilitando la información a la Dirección de

⁴⁷ Entrevista a David Alvarado, coordinador de proyectos de RIOS en Loreto. Realizada por Marcela Agudelo en Loreto, diciembre 4 de 2013.

⁴⁸ Entrevista realizada por Marcela Agudelo en Loreto, Ecuador. Diciembre 4 de 2013.

Salud sobre la prevalencia y afectación de enfermedades en la región, para poder actuar sobre ellas. (Entrevista a D. Alvarado, 2013)

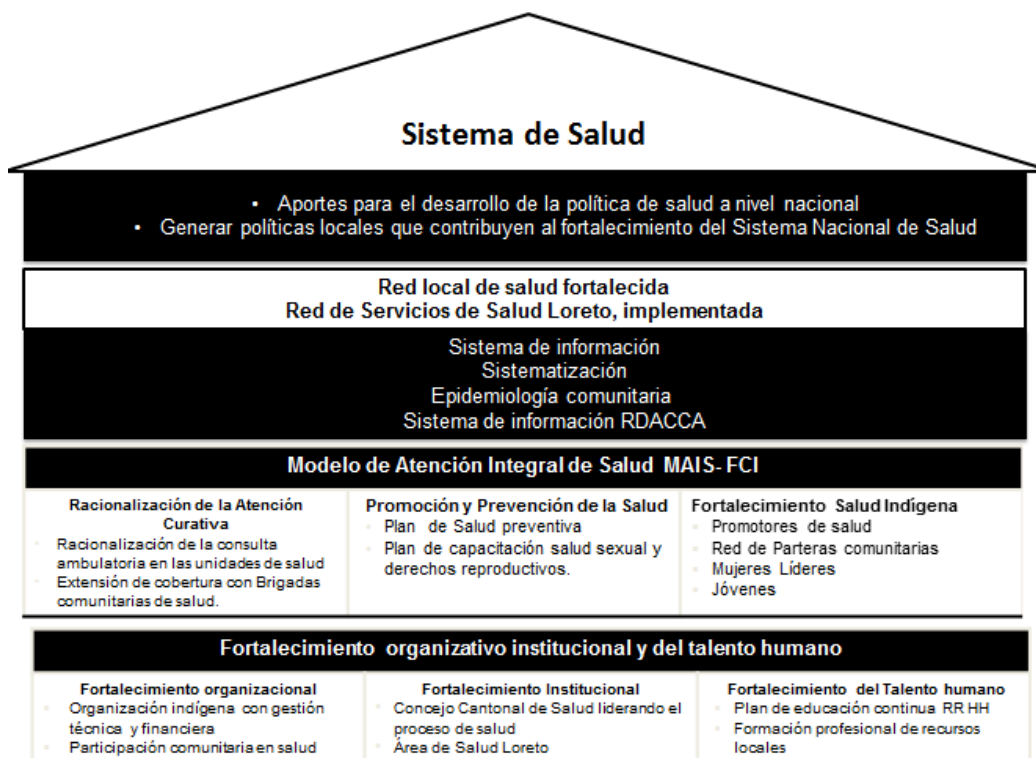


Imagen 8. Modelo conceptual del Sistem Integral de Salud de Loreto. Tomado de presentación Experiencia de Salud en la Nacionalidad Kichwa – Loreto, OCKIL, DPSO. Cortesía de David Alvarado.

La integración de saberes y recursos médicos es la base del modelo de atención aquí: “En este modelo, los especialistas, tratantes y médicos rurales/comunitarios del sistema Occidental se articulan con los Yachaks, Pajuyus, parteras comunitarias y la medicina casera del sistema de salud indígena a través de la comunidad (familias, promotores de salud y mujeres líderes) en un espacio que brinda diálogo de saberes, complementariedad y cuya meta es la interculturalidad”⁴⁹.

⁴⁹ Erika, Arteaga, Miguel, San Sebastián, y Alfredo, Amores, “Construcción participativa de indicadores de la implementación del modelo de salud intercultural del cantón Loreto, Ecuador”, en *Saúde Debate*, N° 94, Vol. 36, Río de Janeiro, 2012, p. 405.

Si bien el aislamiento geográfico siempre fue un tema complejo, sumado a pequeños puestos de salud que debían cubrir alrededor de 16.000 personas, hoy se cuenta con nueve unidades y Equipos de Atención Integral de Salud –EAIS-, que cubren entre 90 y 91 comunidades de las 94 que tiene el cantón -de las cuales el MSP solo cubría 35-, junto al trabajo constante de alrededor de 68 promotores de salud y aproximadamente 35 parteras. Estos hombres y mujeres se caracterizan no solo por conocer detalladamente las comunidades sino también por su larga trayectoria en el trabajo en salud.

Sin embargo, en las convocatorias que realiza el MSP para contratación de Técnicos en Atención Primaria en Salud – TAPS-, muchos de ellos no han sido tenidos en cuenta por no saber leer y escribir o por no tener el bachillerato completo, lo que ha resultado en la contratación de jóvenes con poca experiencia y lo que ha creado un malestar entre los promotores y agentes tradicionales en general⁵⁰.

En el trabajo en la construcción de este Sistema Integral de Salud ha sido definitiva la participación de las organizaciones indígenas. Primero la Federación de Organizaciones Indígenas del Alto Napo –FOIN-, la Federación de Organizaciones de la Nacionalidad Kichwa de Napo –FONAKIN-, y hoy la OCKIL. Por ejemplo, la realización de las brigadas para que la atención se haga en las comunidades directamente es una decisión de parte de las organizaciones, a partir de la línea de base construida en 2008. El apoyo de RIOS, ha sido fundamental en el desarrollo del Sistema.

Puede decirse que el empoderamiento de su salud por parte de las comunidades es el resultado de este trabajo. Además, este ha servido para que se mantengan activas y creciendo las organizaciones comunitarias de mujeres, que en 49 comunidades integra algo

⁵⁰ Entrevista a Mario Tanguila, presidente de la Asociación de promotores de Salud de la OCKIL. Realizada por Marcela Agudelo en Loreto. Diciembre 4 de 2013.

así como a 1800 de ellas⁵¹; jóvenes, parteras y promotores de salud, que hoy cuentan con proyectos de cajas de ahorro y crédito, emisora de radio, jardín botánico con 30.000 mil plantas entre 180 especies distintas, y tierras para proyectos productivos, entre otros.

Ahora bien, entre 2004 y 2005, de la mano del proyecto MODERSA⁵², se construyó la Casa de Parto Cultural en la que en un principio iniciaron rotación nueve parteras. Hubo un notable incremento en el número de partos atendidos desde la construcción del espacio, en el que las parteras eran remuneradas por cada parto atendido gracias a un presupuesto logrado por la Mesa de Nacionalidades para Loreto, Sacha y Coca.

Pese a que la Casa se sostenía gracias a este presupuesto que no provenía directamente del MSP, en 2012 y tras una visita de la directora nacional de Salud Intercultural se estableció que las parteras en su calidad de agente comunitario podían estar en la casa pero no debían recibir pago alguno, ya que se considera que su trabajo debe estar en las mismas comunidades. Y es que este tema de la remuneración de las parteras es bastante complejo pues no solamente se afirma que dado el carácter comunitario de su trabajo no deberían requerir de un pago, sino también pasa por la cuestión de que no existen suficientes recursos jurídicos aún para apoyar una figura que rompa con los requerimientos de la sociedad letrada, como es el caso de la contratación de TAPS o técnicos en atención primaria en salud, en donde se ha preferido contratar a jóvenes con bachillerato que a mujeres y hombres de gran experiencia pero que no saben leer o escribir.

⁵¹ Entrevista a Antonia Grefa, concejal y presidenta de la Asociación de Mujeres de la OCKIL. Realizada por Marcela Agudelo en Loreto, diciembre 5 de 2013.

⁵² Apoyado por CEPAL y coordinado por el MSP, buscaba apoyar la expansión de la cobertura y mejorar la eficiencia y calidad de los servicios de atención primaria y hospitalarios, por medio del desarrollo y aplicación de nuevos modelos de gestión.

“Como que el MSP les fueron sacando” comentan algunos frente a la incomprensión de este hecho. Lo cierto es que las parteras debieron regresarse a las comunidades pero fueron llamadas a volver a la Casa de Parto por el director del área de Salud de Loreto puesto que ya se había designado un presupuesto en 2013. Por lo pronto al parecer quedara en la Casa la obstetrix pero se irán las parteras, a pesar de que como señala Einma, presidenta de la Asociación de parteras de Loreto: “esta casa es del pueblo, no de la obstetrix”. (Entrevista E. Leguizamon, 2013)

CAPÍTULO III: DE ALGUNAS CONVERSACIONES AUTISTAS Y MONOTEMÁTICAS

En el tema de la salud intercultural hay como ya hemos visto, demasiadas voces. Y no podría ser de otro modo. La disputa por el significado se traslada también a la práctica. También es una discusión teórica acalorada, y sin embargo, más allá de la comprensión conceptual, está la comprensión sobre la práctica, construida en términos deontológicos, es decir, siempre sobre un deber ser susceptible de ser valorado como bueno o malo.

En este capítulo final lo que pretendo es mostrar algunos de los discursos dominantes acerca de la interculturalidad en salud a partir de las percepciones de este entramado de actores y agentes. No pretendo agotarlos todos, sino presentar algunas de las voces que construyen este escenario discursivo que por supuesto también está en tensión. Y es que, cómo se percibe el proceso completa de alguna manera esta mirada panorámica que he planteado, junto a la revisión documental –que constituye un elemento discursivo en sí mismo-, y junto a la mirada sobre las experiencias y modelos en salud intercultural.

La disputa en este eje tiene que ver con la legitimidad que reclama cada una de estas voces. En la medida en que cada una se atribuye como una voz con “la” autoridad, tiene un reclamo sobre otras voces. Se entrecruzan, saben que coexisten y que están en disputa. Tres grandes grupos pueden orientar una mirada sobre ellas: interculturalidad para qué, entre quiénes y cómo.

La indagación sobre el qué se entiende por interculturalidad o por interculturalidad está entre líneas en estos tres apartados. Por eso más allá de explorar directamente definiciones –que además suelen estar apegadas a una tendencia dominante sobre la relación horizontal entre varias personas, elementos y conjuntos de elementos-, encuentro más pertinente explorar estas voces que emergen en relación a una práctica concreta y que al despegarse de las definiciones oficiales y de diccionario, comienzan a develar sus matices.

Es importante resaltar que en estas voces podemos rastrear la valoración de los procesos que están en marcha, siempre contrastados con lo que cada uno determina que debería ser. En el hacer en salud intercultural estas voces muchas veces se responden unas a otras. Pero más allá de que “tengan razón” o de que sean “verdaderas” –por demás imposible de establecer no importan cuantos años dure la investigación-, lo que interesa es la verdad narrativa. Es decir, lo que la gente dice es importante en la medida que revela sus percepciones, y de esa manera parte de los significados que atribuye a las prácticas, por eso, lo que importa es saber lo que dicen y tratar de comprender por qué lo dicen. Veamos.

INTERCULTURALIDAD ¿PARA QUÉ?

Uno de los principales hallazgos en este ejercicio ha sido el hecho de que la interculturalidad aparece como un medio y un fin en sí mismo, como veremos a

continuación. Principalmente aparece como una estrategia bien sea para salvar vidas, para asegurar un marco legal para el trabajo, para una nueva arremetida de colonizadores occidentales, o para el inicio de un nuevo ciclo fundamentado en el buen vivir, entre otras.

En virtud de salvar vidas, la interculturalidad se ha convertido en una estrategia eficaz para lograr que con la adecuación de los servicios, aumente el cubrimiento de los mismos no solo en Bolivia y Ecuador sino en el mundo entero. No puede cuestionarse un hecho que busca salvar vidas, eso está claro. Pero veamos ¿cómo se llega a tal conclusión? Alexia Escobar, coordinadora de *Family Care International* en Bolivia explica: “Los indicadores a nivel de la región, lo que nos muestran los datos, es que quienes corren mayor riesgo de fallecer por complicaciones durante el embarazo, parto y post parto son precisamente las mujeres indígenas, y esto porque no tienen un acceso oportuno a una atención calificada”⁵³.

De acuerdo con esto, son los indicadores de salud -que en ninguno de los dos países pueden ser desagregados de forma que muestren la información detallada para grupos étnicos- los que demuestran que son las mujeres indígenas las que mayor riesgo tienen de fallecer por complicaciones en el embarazo en relación a la falta de acceso oportuno y a la atención calificada. Entonces tenemos dos cosas fundamentalmente: acceso a servicios de manera oportuna, y atención calificada, según la cual las parteras no estarían suficientemente calificadas:

Hemos también trabajado mucho en esto, en el reconocimiento que el trabajo, la sabiduría de las parteras, sus potencialidades, sus posibilidades de salvar vidas se limitan cuando hay complicaciones graves, y que por tanto, siguiendo la

⁵³ Entrevista a Alexia Escobar, coordinadora de *Family Care International* en Bolivia. Realizada por Marcela Agudelo en La Paz, diciembre 18 de 2013.

recomendación también de la OMS, todo embarazo y todo parto potencialmente puede convertirse en un embarazo o un parto con riesgo, y por tanto las mujeres todas tenemos derecho a ser atendidas por personal calificado y en las mejores condiciones que garanticen la salud y la vida de la madre y del recién nacido. (Entrevista a A. Escobar, 2013)

Dos elementos resultan fundamentales aquí. El primero es la construcción discursiva sobre el proceso de embarazo, parto y post parto bajo la categoría de riesgo⁵⁴, y el segundo es la mirada punitiva sobre los agentes tradicionales en este argumento. El primer elemento puede rastrearse en el discurso de los organismos internacionales, y aunque no nace ni es creado por la OMS, sino en el ejercicio mismo de la biomedicina y su orientación hacia la medicalización de la vida, es legitimado al ser asumido por ella y promovido por UNFPA en cada uno de los países y a través de los Ministerios y entes rectores de la salud.

En relación a esto, Miryam Conejo, Directora Nacional de Salud Intercultural, Derecho y Participación Social del MSP Ecuador comenta:

Lo que más se ha trabajado es la relación con las parteras, además que el asunto de la muerte materna es uno de los problemas más álgidos, por lo que representa, entonces en esa medida hay mucha influencia de afuera, otros países trabajando el tema, y las agencias internacionales también muy pendientes de esta cuestión [...] Lo que

⁵⁴ Las primeras reflexiones respecto a este tema surgieron en el marco de una investigación paralela que realicé junto al Dr. Raúl Mideros con la financiación del Fondo de Investigaciones de la Universidad Andina Simón Bolívar – Ecuador, llamada “El enfoque de salud intercultural en los servicios de salud materno-infantil en Ecuador y Bolivia: correspondencias y tensiones del discurso y la práctica sanitaria en el ámbito de la atención obstétrica” y la cual se encuentra en proceso de publicación.

queremos es garantizar la vida de estas mujeres, porque no queremos guaguas sin mamás y que puedan tener una buena vida”. (Entrevista, 2013)

Por otra parte, y vinculado a este discurso del riesgo, no es muy claro cuándo o cómo se invirtió el argumento respecto de los agentes tradicionales. Y es que, no se puede pasar por alto que poblaciones enteras permanecen vivas gracias a que cuentan con sus propios recursos tradicionales en salud, porque justamente en virtud de la accesibilidad e infraestructura sanitaria de los países, habrían muerto hace muchos años. Entonces, no se entiende cómo se da el vuelco en la mirada, para afirmar que en vez de mantener vivas a estas poblaciones, es su falta de capacidad técnica la que las está poniendo en riesgo y hasta matando:

Hay una serie de anécdotas en relación a cómo una partera puede salvar la vida, sobretodo en casos en que el bebé venga en una posición invertida, de cómo las parteras mediante sus conocimientos, ya sea mediante masajes o manteos pueden acomodar a los bebés. Pero las mismas prácticas de las parteras, por ejemplo que son expectantes ante la salida de la placenta, ponen en riesgo a las mujeres [...] son rarísimos casos de parteras que hacen maniobras para sacar la placenta. Generalmente está el retiro manual de la placenta, es una maniobra básicamente clínica, y que se hace en condiciones en donde haya medicación que permita además que este procedimiento se realice en condiciones seguras.

Lo cierto es que la interculturalidad como estrategia para aumentar el cubrimiento de la atención al parto en servicio es la realidad de base en todos los modelos de adecuación

cultural de los servicios que pude visitar, y se ha implementado a partir de esta narrativa del riesgo. A propósito, Jorge Bejarano, asesor del MSP Ecuador cuenta:

Cuando hablamos de la atención materna y neo natal todavía existen dificultades de accesibilidad, geográficas, culturales, económicas, de la calidad de la atención, entonces dentro de estas dificultades se veía por ejemplo, que las mujeres no acudían a los servicios de salud porque no estaban adecuados esos servicios a sus culturas, a las formas de atención del parto de sus culturas. Entonces no podían ir y preferían la atención del parto en domicilio y fue cuando se decidió que los servicios teníamos que adecuarlos al contexto sociocultural en el que viven las personas⁵⁵.

Ahora bien, otra forma en la que aparece la interculturalidad en las percepciones de los agentes tradicionales se relaciona con el reconocimiento para legalizar la medicina como forma de trabajo que pueda ser remunerado como tal y con un soporte legal claro. No en pocas ocasiones nos encontramos con experiencias en las que a pesar de ser reconocidos y solicitados los conocimientos de parteras y/o médicos ancestrales, estos no encuentran mecanismos jurídicos para que sean retribuidos de manera justa, e incluso para seguir trabajando.

La promulgación de la Ley de Medicina Tradicional en Bolivia y la búsqueda de mecanismos como personerías jurídicas para organizaciones de médicos ancestrales en Ecuador dan cuenta de esto:

⁵⁵ Entrevista realizada por Marcela Agudelo en Quito, septiembre 24 de 2013.

Contratar a médicos tradicionales y parteras no entra en ninguna parte, inclusive esto podría ser sujeto a fiscalización de parte de la contraloría porque no existe esa figura de contratación. Entonces ha habido casos dramáticos en que por ejemplo en algún puesto de salud en el área andina, en el hospital de Curva, en una zona que es como el corazón de los médicos tradicionales kallawayas donde se ha contratado, se está pagando a un médico tradicional para que atienda dentro del establecimiento de salud en un consultorio, con un ítem de mensajero o una figura así súper rara que además es la que recibe la más baja remuneración de toda la planilla de ese hospital y ese es el ítem, el cargo público que le han dado a este médico tradicional. (Entrevista a A. Escobar, 2013)

Por otra parte, una tercera voz nos habla sobre la percepción de la interculturalidad como estrategia de neocolonización de los saberes ancestrales. Es una percepción valiosa para este análisis en tanto es una de las únicas voces que se alejan del discurso dominante sobre la interculturalidad, su necesidad y beneficios. Vinculada al Instituto Boliviano de Medicina Tradicional Kallawayas, asegura que la interculturalidad no es más que una nueva avanzada de colonización sobre el saber ancestral y su herbolaria, y que busca someterlo de manera definitiva a intereses biomédicos e incluso religiosos:

En Bolivia es un proyecto impuesto [...] que en el ámbito de la salud lo imponen la antropología, la antropología europea. Básicamente dos cooperaciones, la cooperación española y la italiana, a través de sus agentes antropólogos, que vehiculan un discurso desde fines de los 70 para debilitar los movimientos autónomos, nacionales, de reivindicación “de medicinas tradicionales”, porque no había otra manera de llamarnos [...] Ellos construyen una narrativa en la que cuentan cómo fue el proceso acá en

Bolivia, y hay muy pocas voces disonantes, porque era incorrecto hasta hace unos años cuestionar a la interculturalidad, y peor aun cuando esta interculturalidad se estatiza [...] en Bolivia desde las instituciones de médicos tradicionales, y ciertos intelectuales, no hablamos de reconocimiento de la medicina tradicional, en absoluto, nunca se habló; el término que nosotros usamos es despenalización. Nada de reconocimiento, ni de igualdad, ni de horizontalidad, ni de nada de eso [...] Eso comienza en los años 70, es una campaña muy dura para desinformar, para preparar el terreno para instalar la interculturalidad. Y la interculturalidad aquí llega por el Estado, de un solo golpe en el año 2006, con un intento pionero en 2005⁵⁶.

Es una voz que aunque bastante explícita, no tiene mucho eco. Habría que recordar que en el sector salud de Bolivia específicamente es muy importante el papel de la cooperación, tanto en la introducción del término de interculturalidad⁵⁷ en salud (Ramírez, 2011), como en el mantenimiento financiero y técnico de las experiencias hasta ahora desarrolladas.

Finalmente, en cuanto a la interculturalidad como estrategia, en este caso como herramienta o puente, una percepción se abre camino también: la interculturalidad como inicio de un ciclo diferente, vinculado a las nociones de Buen Vivir y *Sumak Kawsay*, según el cual para este nuevo ciclo marcado por la plurinacionalidad y la reivindicación de las dignidades indígenas del continente, es necesario comenzar a nacer de una manera distinta. Esta noción, la encontré sobretodo en parteras y parteros:

⁵⁶ Entrevista realizada a Carmen Beatriz Loza. Historiadora y demógrafa. Investigadora del Instituto Boliviano de Medicina Tradicional Kallawayá. Realizada por Marcela Agudelo en La Paz, febrero 13 de 2014.

⁵⁷ Sin embargo hay que tener en cuenta que fueron también de gran peso las discusiones a propósito de la Educación Intercultural Bilingüe.

Hay que comprender lo que implica trabajar alrededor del parto como evento crucial de inicio en los ciclos energéticos, y lo que implica un nacimiento en condiciones diferentes, para construir un mundo diferente, con la orientación del Sumak Kawsay. Es necesario y primordial intervenir y modificar el procedimiento que aparece hasta ahora como lleno de actos violentos para las mujeres y en general para la vida: la separación de la madre, el corte del ombligo, el desecho de la placenta, la condena al aislamiento de la madre en el hospital, su silenciamiento, la desinformación, el maltrato y la subordinación de quien siente a quien sabe, son apenas algunos de los elementos que debemos comenzar a transformar.⁵⁸

De acuerdo con esto, más que una cuestión de adecuación de los servicios lo que está en juego es la entrada en un nuevo ciclo, para el que es necesario intervenir sobre uno de los momentos más cruciales de la existencia: la reproducción de la vida. Visto así, el asunto va más allá de los colores, la posición o los materiales. Se trata de una comprensión profunda de que el nacimiento es un momento sagrado en la vida de todo ser humano. De manera que para una nueva humanidad se requiere otra forma de nacer, más amorosa y menos violenta.

INTERCULTURALIDAD ENTRE QUIÉNES

En este apartado las disputas en las narrativas se manifiestan en virtud de establecer quiénes deben o pueden participar en los procesos de interculturalidad, es decir, es una

⁵⁸ Notas de entrevista etnográfica reconstruida a partir del diario de campo. Entrevista a Roque Ochoa, Asociación Intercultural YACHAK PUMAPUNGO. Realizada por Marcela Agudelo en Cuenca, agosto 16 de 2013.

disputa por la autoridad para enunciar, construir, practicar, y/o participar dentro del marco de las acciones en salud intercultural.

Por una parte, está muy presente la situación de persecución que existía sobre la medicina tradicional. Años, e incluso siglos de persecución a un saber que ha sido tildado de idolatría, brujería y charlatanería. Es un pasado muy reciente. Además el papel de la medicina tradicional dentro de los movimientos indígenas de reivindicación es fundamental. Hay que recordar que tanto en Bolivia con Ecuador hay una imbricación entre los mayores, el conocimiento ancestral y el actuar político en tanto que una de las procuras de la medicina es el bienestar y la pervivencia de los pueblos.

Este hecho hace que la interculturalidad sea hoy un espacio político ganado para los grupos étnicos, campesinos, originarios, particularmente indígenas. La noción de “mérito” está aquí inscrita, puesto que la existencia misma de lo plurinacional se debe a esto. Inmediatamente este hecho nos coloca en una dimensión de autoridad y legitimidad. Así las cosas, un elemento recurrente es la sensación de que o bien el espacio ganado no ha sabido aprovecharse, o está siendo aprovechado por otros que “no lo merecen”, dejando por fuera a los “verdaderos” protagonistas:

Aunque el espacio está abierto, no ha sido aprovechado como se podría, y en cambio existen quizás otras personas que si han sabido aprovechar eso que abrimos nosotros⁵⁹.

En la práctica la situación de los yachaks y otros médicos continúa siendo marginal y poco reconocida por el Estado. (Entrevista a M. Montero, 2013)

⁵⁹ Notas de entrevista etnográfica reconstruida a partir del diario de campo. Entrevista a Luz Robertina Velez en Cuenca, agosto 16 de 2013.

La interculturalidad en la constitución aunque es un espacio luchado y ganado por los indígenas, está siendo aprovechado por personas que “no lo merecen”. Hay mucho charlatán que ha venido a aprovechar, y en cambio muchos de los sabedores continúan en las sombras⁶⁰.

Al hablar de mérito, fue recurrente la utilización de la noción de “charlatanería”. Esta designación va de un lado a otro y parece apuntar a una carencia. Lo interesante es que aquí la carencia puede ser de distintos tipos: de capacidad, de conocimientos, de legitimidad, de autoridad, de buenas intenciones. En todo caso carencias. Vemos cómo esto va apareciendo en las narraciones:

Ahora sí hay un gran problema con los charlatanes, que yo soy yachak, que soy partera, que yo soy sobador, y cómo sabes tú que sí son, porque también se ha convertido como en un medio de trabajo. Si tienes las habilidades y el conocimiento está bien, pero ¿y si no? Son seres humanos con los que estás trabajando, con sus vidas estás trabajando, y no podemos ponerles en riesgo, por más que sea representante de una comunidad [...] y esa es la debilidad de la medicina ancestral. (Entrevista a M. Conejo, 2013)

Uno de los asuntos cruciales que se desprende de la recurrencia en el uso de “charlatanería” tiene que ver con los obstáculos para los procesos de certificación de agentes tradicionales, puesto que es una acción que implica designar quienes sí saben y quiénes no:

⁶⁰ Notas de entrevista etnográfica reconstruida a partir del diario de campo. Entrevista a Delfa Ñamagua en Cuenca, agosto 15 de 2013.

Pensar en un pago creo que es bien complicado, porque lo que hablamos siempre es que si pagas a uno tienes que pagar a los millones que aparezcan, van a reclamar, y la otra cosa es que esta debilidad de quien es y quien no es, es un problema. Porque ahorita todo el mundo es soñador, kuy fichak, que hace esto, que hace lo otro [...] Además cuando son realmente buenos yachak ni siquiera te piden pago. (Entrevista a M. Conejo, 2013)

Más allá de poner en duda el conocimiento también aparece el asunto bastante polémico de si estos médicos ancestrales deberían ser pagados, y quién debería asumir ese pago en dado caso. La noción de que por ser un trabajo comunitario el pago no debería ser importante, o el que el dinero no es una forma de remuneración para las prácticas tradicionales suelen ser argumentos recurrentes.

Un otro gradiente lo aporta a este escenario el trabajo de implementación paralela que se viene realizando con la medicina alternativa y las terapias complementarias. Particularmente en Ecuador, en donde es la misma Dirección de Interculturalidad la que ha tenido que asumir esta labor. Este hecho ha implicado también un movimiento importante dentro de la institucionalidad por lo que se ha empezado a hablar de que la interculturalidad es y debe pensarse más allá de la cuestión indígena:

Cuando hablamos de interculturalidad no pensemos que es solamente la interacción o la interrelación entre culturas, sino que también la interculturalidad es la interrelación, la interacción dentro de una misma cultura, o una interrelación, una interacción entre conocimientos y saberes diversos. Si lo vemos desde este punto de vista podemos ir comprendiendo cómo podemos ir articulando la medicina convencional con otras medicinas que conviven dentro del estado. (Entrevista a J. Bejarano, 2013)

Esta cuestión de plantear la interculturalidad más allá de lo indígena entra de alguna manera en conflicto con la noción de mérito que he trabajado en la primera parte de este apartado. Y es que se abre el espectro de lo intercultural mucho más allá de la reivindicación de los movimientos indígenas, y sin embargo es lo suficientemente vago como para que sea una sombrilla donde caben muchas cosas.

Este hecho sin embargo parece ser muy apropiado para la inclusión de lo alternativo, pero muy incómodo para otros tipos de trabajo en interculturalidad como el caso de la Iglesia del Fuego Sagrado de Itzachilatlan⁶¹, la cual a través de algunos de sus miembros ha tratado de acercarse para alimentar con argumentos esta discusión⁶², pero que al no tener un carácter necesariamente indígena es visto con mucha desconfianza desde varios lugares. ¿Es ya muy intercultural? O quizás ¿no lo es en absoluto?

Lo cierto es que hasta ahora la discusión de este asunto parece no importarle a nadie. Mientras tanto la amplia sombrilla que incluye lo alternativo produce cierta incompreensión sobre los avances en el tema indígena:

Es importantísimo trabajar el reglamento en la ley. Justamente el MSP ha aprobado ya una ley, lo que es para medicinas alternativas. Pero es una pena que elaboren una ley sobre medicinas alternativas cuando no contamos con una ley de medicina ancestral. Está dentro de la constitución que respalda la medicina tradicional, pero ¿por qué no crean la ley? Realmente es una pena. Reconocen la medicina china, la medicina

⁶¹ Esta Iglesia reivindica los saberes ancestrales de los pueblos del Abya – Yala aunque es dirigida por no indígenas, y tiene su base en la Iglesia Nativa Americana, que desde 1980, se autodenomina custodia de la espiritualidad de los pueblos nativos de Norteamérica.

⁶² Por ejemplo, este sería el caso de la Asociación Intercultural YACHAK PUMAPUNGO (Entrevista R. Ochoa, 2013)

japonesa, que son de otros países, pero ¿por qué no reconocen lo nuestro? Entonces esa ley de medicinas alternativas da mucho que desear. (Entrevista a D. Tamba, 2013)

INTERCULTURALIDAD CÓMO

La primera parte de este último apartado recoge algunas voces que aparecen entre líneas, y que al estar implícitas en las acciones en salud intercultural, son definitivas en la discusión aunque muchas veces no se hagan manifiestas, y nadie personalmente se haga cargo de ellas. La primera de ellas parece indicar quiénes hasta ahora son autorizados como protagonistas en estos modelos y experiencias, esto es, las parteras y los médicos naturistas. Los límites del encuentro intercultural hasta ahora han sido puestos por la biomedicina. Dónde, cuándo y cómo, son cuestiones que se resuelven enteramente por las reglas de los establecimientos de salud en donde hasta ahora han sido articuladas estas experiencias.

Aún sin protagonista, esta voz se instala sobre todo entre el personal médico y administrativo. Pareciera ser que entre la miríada de posibilidades de agentes tradicionales, las condiciones del trabajo de naturistas y parteras se ajusta a las expectativas de complementariedad y articulación desde lo biomédico. Esto conduce directamente hacia la siguiente voz, que plantea una suerte de “negociables culturales”.

Estos negociables quedan plasmados por ejemplo en las Guías Técnicas de parto culturalmente adecuado, no solamente desarrolladas en Bolivia y Ecuador, sino también en el resto del mundo. Mates o infusiones, colores en paredes, mandiles y uniformes del personal médico en general, laboratorios y recetas de medicamentos naturales –léase que no necesariamente requieren de un ritual con otros elementos como los sahumeros, sangre de

animales, entre otros-, son algunos de los elementos que son susceptibles de ser negociados –¿tolerados?- en las experiencias de articulación en servicios de salud.

Pero, hay aun algunas voces más por explorar. Una que en particular parece entrar y salir de las prácticas es la voz de la academia. Grandes debates teóricos y conceptuales, una serie de publicaciones en el tema y eventos relacionados influyen constantemente en estas prácticas. Y es un movimiento de entrada y salida en tanto que la mayoría de las veces hay un respaldo académico y conceptual en el desarrollo de estas experiencias y modelos que ingresa a la práctica de esa manera, mientras que la sistematización de experiencias y la investigación –generalmente desde las ciencias médicas y/o las ciencias sociales como la antropología médica-, son los vehículos de salida de la voz desde la práctica hacia los espacios de discusión.

Finalmente, otra de las voces que hace parte de este apartado habla acerca de unas condiciones para poder hablar de interculturalidad:

Aquí también se está planteando mucho lo de la intraculturalidad. Quién eres tú, desde dónde estás hablando, de ahí tal vez si quiero y tengo ganas puedo hablar de una interculturalidad [...] Entonces esos cuartitos de adecuación de partos, no puedes entrar a hacer tu ceremonia, no puedes entrar a hacer tu sahumerio, no puedes realmente sentirte como que ahí estás cuidando el espacio, porque es también cuidar el espacio. Así que todavía esto tal vez tendríamos que profundizar precisamente intraculturalidad: ¿desde dónde hablamos? Y darle el peso que tiene la colonización no más, más de 500 años han hecho perder muchísimo⁶³.

⁶³ Entrevista realizada a Vivian Camacho. Médica y partera tradicional, especialista en Interculturalidad y Salud. Realizada en Cochabamba, enero 19 de 2014.

Particularmente fuerte en Bolivia y entre agentes tradicionales, se habla de intraculturalidad, y descolonización, lo que no pocas veces termina en tensión con la lógica de la institucionalización del proceso mismo, pues supone un trabajo al interior de las comunidades que se plantea como previo al establecimiento de cualquier relación intercultural.

EN BUSCA DE LA FAMOSA INTERCULTURALIDAD

REFLEXIONES FINALES

Tras este recorrido por documentos, experiencias y percepciones acerca de los procesos de salud intercultural en Bolivia y Ecuador, se hace necesario realizar algunas reflexiones a modo de conclusión, señalando fundamentalmente que más que una mirada evaluativa o valorativa de los resultados aquí presentados, lo que intento es una mirada panorámica sobre los procesos adelantados en ambos países, reconociendo en ellos una apuesta enorme.

Estamos frente a un proceso de institucionalización de la interculturalidad, de ahí que contempla no solo una serie de documentos técnicos y normativos, sino que encuentra un lugar en instituciones creadas para tal fin. Lo que habría que cuestionar es si ese movimiento de institucionalización no es al mismo tiempo una manera de neutralizar la demanda por el proceso social de base y la transformación estructural que implica pensar la interculturalidad en un estado plurinacional. Es decir que a pesar de la insistencia en la característica transversal de la interculturalidad que encontramos en los documentos, con la institucionalización la interculturalidad encuentra un lugar “dentro” del estado, en la que paradójicamente podría estar quedando encerrada en la medida que todo lo referente al tema va a parar a una oficina, una dirección, un viceministerio...

Ahora bien, es posible rastrear un sesgo culturalista que podría concentrar los argumentos y las acciones alrededor de un componente étnico que boga siempre hacia posturas más esencialistas, cuando las prácticas lo que van evidenciando es que si hay una característica que pueda establecerse alrededor de los fenómenos culturales – en este caso relacionados con la salud-, es la transformación constante. Es necesario no perder de vista factores que van más allá de lo cultural, pues el tema de la salud no solo pasa por allí, sino que es atravesado por toda una serie de elementos políticos, económicos, estructurales, etc., como bien es contemplado por el enfoque de los determinantes sociales de la salud, establecido en ambos contextos. Adicionalmente es necesario señalar que el enfoque excesivamente culturalista evita que se haga una reflexión más profunda desde la calidad de los servicios, indispensable para cualquier análisis en este tema.

Quizás uno de los puntos más álgidos con la institucionalización de la interculturalidad en el ámbito de la salud es la noción de autoridad y el ejercicio mismo de regulación y control. Y es que ¿a quién corresponde controlar los espacios de la medicina tradicional en un marco de interculturalidad? Esta no es una cosa menor.

El caso de Bolivia es muy interesante en tanto que en este momento y dada la importante presencia indígena en todas las instancias del gobierno y del estado mismo, hace muy difícil establecer una barrera acerca de quién es quién, es decir quién representa al estado y quién a las comunidades; pero además porque se han creado distintas instancias “propias” para el ejercicio de regulación de la práctica de la medicina ancestral. Es así que lo que pasa en materia de medicinas ancestrales, pasa necesariamente por autoridades legítimas en el tema. Esto no quiere decir en absoluto que no existen tensiones, pero, marca la diferencia en relación con la pregunta por el ente de control establecido. Además, el

hecho de que la articulación de agentes tradicionales en los servicios de salud sea una realidad, marca una diferencia definitiva, pues se construye en el andar.

El panorama en Ecuador presenta retos distintos. Si bien la persona encargada de la instancia que jalona estos procesos es indígena⁶⁴, eso no quiere decir que haya una representación de las autoridades tradicionales en el MSP, haciendo que la tensión por quién debe regular el ejercicio de la medicina tradicional se acreciente. Y es que la institucionalización implica procesos de registro, de certificación e incluso de sanción como aparece en el ánimo regulador de la documentación analizada.

Esto inevitablemente conduce a una tensión relacionada con la competencia del Ministerio como ente regulador en ambos países, ya que su estructura es y ha sido siempre de naturaleza biomédica, con una marcada tendencia hacia la medicina basada en la evidencia, por lo cual escapa a su competencia tanto el tema de lo tradicional como de lo alternativo, y sin embargo es sobre este organismo que recae la responsabilidad como autoridad sanitaria aún en un marco de interculturalidad. La pregunta que se abre aquí es ¿cómo pensar la competencia para regular y ejercer control sobre las medicinas tradicionales y alternativas desde lo institucional sin transformar estructuralmente la institución? ¿Es necesario? ¿Es posible?

Ahora, con la institucionalización de la interculturalidad vienen los problemas propios de la lógica de la organización de los entes del estado, de sus tiempos y de sus trámites. Es decir que de la mano de la institucionalización viene un proceso de burocratización, que muchas veces implica una ralentización de procesos, que ahora necesitan pasar por la aprobación de distintas instancias, firmas, etc. A este respecto es de

⁶⁴ Es necesario considerar que el trabajo de campo finalizó en abril de 2014, por lo que han pasado ya varios meses, e incluso la Dirección de Salud Intercultural del MSP ha cambiado de encargado.

gran importancia señalar por lo menos dos elementos: el primero tiene que ver con el hecho de que muchas veces las direcciones y oficinas encargadas deben remar contracorriente en la medida en que hacen parte de una estructura –Ministerios de salud- de corte enteramente biomédico, por lo que en gran medida mantienen una relación de dependencia de la medicina hegemónica; y el segundo tiene que ver con que una de las batallas dentro de las oficinas encargadas tiene que ver con la permanencia del personal que trabaja en estos temas, ya que la movilidad es desbordante en todos los niveles, tanto en los servicios hospitalarios como en las dependencias de los ministerios, a lo cual hay que sumar las políticas y condiciones laborales, por lo cual se hace difícil mantener y establecer procesos con continuidad.

En el horizonte de los gobiernos de turno aparecen grandes y hoy populares conceptos: vivir bien, *sumak kawsay*, plurinacionalidad, interculturalidad, socialismo del buen vivir y descolonización. Estos son apenas algunos de los que se reiteran a veces alternadamente en ambos estados. Hemos visto que hay una serie de definiciones y de significados en juego, que en su conjunto, develan una manera de instaurar la interculturalidad de arriba hacia abajo, demarcando un deber ser por lo menos para las instituciones públicas, cuyo desempeño gira en torno de los planes de desarrollo inscritos bajo los mandatos constitucionales.

Respecto de las comprensiones de interculturalidad inscritas en estos documentos es necesario resaltar varios elementos. La noción de interculturalidad en Bolivia está muy ligada a la posibilidad de elegir para alcanzar un bienestar acorde al contexto cultural: de ahí que la inclusión no sea solo de pacientes, sino de oferta de servicios y su diversificación. En el planteamiento boliviano además sobresale la cuestión de que en la Política SAFCI, en su insistencia por la cogestión y la participación en salud, se puede

rastrear un esfuerzo por horizontalizar las relaciones; no obstante se siguen utilizando términos como reciprocidad y armonía para describir las relaciones entre sistemas sanitarios, lo que supone negar las tensiones presentes y persistentes en la relación con la biomedicina.

De hecho, en ambos casos queda inscrita la base de la relación desde la armonía, a pesar de que se habla desde posiciones que se afirman en una serie de reivindicaciones históricas. Así, se reitera una y otra vez en ambos casos que en la relación interculturalidad y buen vivir, el respeto ha de ser la base para alcanzar la perpetuación de la diversidad, pero es recurrente la negación de las tensiones históricas en la propia definición. Entonces, por un lado tenemos nociones como la de la refundación del estado y la del cambio de modelo de desarrollo, que parten de una visión histórica de reivindicación y favorecimiento de los siempre excluidos, pero en el momento de precisar una definición se dejan de lado dichas tensiones y se plantea como base el respeto en medio de una casi idílica relación, que bien sea dicho, nunca ha existido, y que incluso en los términos y planes más optimistas es difícil imaginar.

Ahora, en el caso de Bolivia resulta además muy interesante la relación del concepto de interculturalidad como interacción respetuosa y el concepto de soberanía. Aunque no se menciona en ninguna parte y de hecho en muchos espacios se utiliza el término de relaciones armoniosas, la soberanía implica una mirada sobre las tensiones muy distinta a la de integración o inclusión. La soberanía en ese sentido, vinculada también al buen vivir, implica realización plena de acciones de acuerdo a los principios, valores, saberes, conocimientos y prácticas propias de cada quién, en el marco de un Sistema único de Salud.

Como he señalado antes, una de las características más notorias en ambos contextos es la calidad de los textos producidos por el estado, incluyendo de manera sobresaliente ambas cartas constitucionales, las cuales han sido elogiadas en todo el mundo, en el caso boliviano por el notable desarrollo en garantía de derechos de las poblaciones históricamente excluidas, y en el caso ecuatoriano por ser la primera constitución en reconocer a la naturaleza como sujeto de derecho. Tal reconocimiento se ha dado por parte de distintas figuras de renombre internacional y ha quedado incluso inscrito en las propias páginas de la carta constitucional:

La nueva CPE constituye un referente sobre los derechos indígenas, pues aborda esta temática, por un lado, de manera transversal a todo el texto constitucional y, por otra, con partes específicas en materias relacionadas a los pueblos indígenas originarios y campesinos. [...] Bolivia, de esta manera, se coloca a la vanguardia a nivel mundial, sobre derechos indígenas”. (CPE Bolivia, 2009: 157 -158)

Sin embargo, una cosa es lo que queda definido en el papel y otra cosa lo que efectivamente se constituye en realidad en ambos casos. Es cierto que al leer los documentos es claro que se está estableciendo una ruptura con los documentos antecedentes, y sin embargo, es necesario decir que si bien es un paso enorme encontrar principios como la interculturalidad o la descolonización en estos textos, se necesita mucho más que palabras en un papel para hacer que se consoliden como procesos sociales reales. Y es que el papel aguanta cualquier cosa, otra cosa es hacerlo realidad.

Sin embargo, puede decirse que es una disputa ganada, por lo menos en este nivel. Y es así ya que los textos son producto de las distintas luchas y movimientos indígenas que

gracias a la firmeza y persistencia de los reclamos de las distintas poblaciones de comunidades étnicas, frente a unos estados que optaron por dejarlos fuera de toda institucionalidad básicamente desde su fundación como tales. Si bien es cierto que hay un movimiento de apropiación de estos temas por parte de los estados, como estrategia política, también es cierto que no es lo mismo tener estas ventajas constitucionales y legales que no tenerlas en absoluto.

Ahora bien, la revisión de las experiencias nos permite una visión panorámica de lo que se está proponiendo como salud intercultural en ambos países. Lo que se queda por fuera no es poco⁶⁵. Y es que la diversidad de experiencias que cabrían en la noción de salud intercultural es sorprendente. De manera que no solo es un asunto conceptual el de la diversidad de significados respecto de lo intercultural, sino que es esto mismo lo que se puede constatar en la práctica. No existe una receta o una fórmula, como lo expresa el Dr. Luis Fernando Calderón: “Construir en la práctica, hacerlo en la práctica, equivocarnos en la práctica, ser certeros en la misma, ha sido y sigue siendo un reto para nosotros, insertos en el corazón mismo del territorio de la denominada medicina oficial.”⁶⁶

Comprendiendo esto, encuentro necesario insistir en el hecho de que este ejercicio no propone una mirada evaluativa en términos de éxitos o fracasos. No tiene ni la intención ni

⁶⁵ Durante el trabajo de campo se incluyó a otras cuatro experiencias más, dos en cada país: la del Centro de Salud Nuestra Señora de Belén en el departamento de Potosí y la del Hospital Kallawayaya Boliviano Español de Curva en el departamento de La paz en Bolivia, *Yololo Chocomoztoc Teocalli* en la provincia del Guayas y *Jambi Huasi* en Otavalo en Ecuador, pero por motivos de extensión, finalmente decidí incorporarlas en un informe de investigación aparte. Además, fue posible conocer también las experiencias de la Escuela *Tekove Katu* en el chaco boliviano, de *Sacha Warmi* en la Amazonía ecuatoriana, de Prodeco en Sucre, una aproximación a la situación de las medicinas ancestrales de los pueblos afroboliviano y afroecuatoriano, la experiencia del Movimiento para la Salud de los Pueblos en Cochabamba, así como recorrer una serie de establecimientos y oficinas del MSP y el MSD en una gran parte de Ecuador y Bolivia respectivamente. Si bien el análisis completo no se puede incluir en este documento, todas estas experiencias nutren el análisis presentado aquí.

⁶⁶ Luis Fernando, Calderón, *Guamaní: experiencia estatal oficial con medicinas alternativas y complementarias con enfoque intercultural*, Ponencia no publicada, s.f.

la autoridad para hacerlo⁶⁷. Lo que se propone es un ejercicio de comprensión de las tensiones producto de la puesta en marcha de estas experiencias, y su relación con el mandato de “hacer interculturalidad” que aparece inscrito en la institucionalidad oficial tanto de Ecuador como de Bolivia.

Así las cosas, frente a la pregunta de qué se hace como salud intercultural se puede afirmar lo siguiente: hay un proceso de institucionalización de la interculturalidad en salud también en la práctica, lo que a pesar de no cubrir o impactar directamente a todas las experiencias –pues no todas hacen parte o están vinculadas a los Ministerios de Salud–, altera las reglas de juego, o mejor dicho, las crea. Y es que la mayoría de estas experiencias llevan una larga trayectoria de trabajo, muy anterior a la creación de los marcos legales y políticos que hoy se establecen aparentemente en favor de ellas en ambos países. Es decir, que las experiencias de interculturalidad no nacen con la normativa, pero se ven siempre de alguna manera afectadas por esta.

No es menor el hecho de la creación de los distintos entes oficiales encargados del tema. La Dirección Nacional de Interculturalidad, Derechos y Participación Social del MSP en Ecuador, y el Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad y la Dirección de Salud Intercultural y Medicina Tradicional del MSD en Bolivia son los entes rectores de estos procesos, y sin embargo no son más que dependencias dentro de una estructura absolutamente biomédica.

⁶⁷ Otros trabajos como el de Susana Ramírez, a pesar de su notable calidad académica, sugieren incluso que el término de salud intercultural sea reevaluado, dejando de lado el proceso político de base que lo soporta. Si bien acuerdo con su trabajo en que el tema de la calidad de los servicios no se resuelve en la implementación de lo intercultural en sus diversas comprensiones, me parece que no es un tema que se resuelva desde la academia, y que lo que está en juego es mucho más que una disputa conceptual. A propósito ver: Susana, Ramírez, “Políticas de salud basadas en el concepto de interculturalidad: Los centros de salud intercultural en el altiplano boliviano”, en *Avá*, N°14, 2009, p. 1851-1694 y Susana, Ramírez, *Salud Intercultural. Crítica y problematización a partir del contexto boliviano*, ISEAT, La Paz, 2011.

Esto quiere decir que si bien por una parte son espacios hiperpoliticados por lo que representan –la consolidación de la presencia indígena “dentro” de la institucionalidad estatal ganada por las movilizaciones-, tampoco tienen grandes posibilidades de decisión en tanto dependencias. Entonces es cierto que son espacios ganados⁶⁸, pero también obligan a insertarse en la lógica y los tiempos del Estado. Esto es, un sistema burocrático, que muchas veces termina por desgastar a las personas y las iniciativas en el mero acto administrativo. Papeleo, autorizaciones en distintos niveles, aprobaciones, formatos, etc., hacen parte de la lógica institucional a la que también tienen que ahora someterse estos procesos de interculturalidad y que como tal, claramente no está pensándose en dicha clave –¡para eso ya están esas oficinas!-.

Así como la interculturalidad ha ganado un espacio en la institucionalidad del Estado, a veces parece también encerrada y atrapada en ella. Una suerte de lugar neutralizador, que permite canalizar todas las demandas de cierto tipo –salud referente a nacionalidades y pueblos originarios por ejemplo-, opacando lenta y progresivamente la capacidad y potencial de transformación planteados inicialmente⁶⁹. Más allá de un juicio de valor, y de hecho valorando el trabajo de este montón de personas absolutamente comprometidas con la transformación de las realidades de las poblaciones con las que trabajan, habría que pensar si la interculturalidad se construye abriéndole espacios y oficinas o estableciéndola

⁶⁸ De acuerdo con Baxeiras, representante de la AECl, “la importancia de integrar la medicina tradicional a los centros de salud se basa en dos aspectos: Uno es el simbólico, presencia percibida por la comunidad, todo el mundo, los kallawayas están en el centro de salud; y el otro, muy cercano a él, es el de apropiación, se han apropiado de los espacios que les han sido asignados.” (2006: 282)

⁶⁹ Podría plantearse el mismo caso para el tema de la participación social, que al aparecer dentro de la institucionalidad con un lugar determinado, parece más bien opacar las acciones participativas, estableciéndoles un orden, un lugar y un tiempo. Además, la participación social desde la institucionalidad riñe de alguna manera con formas de participación comunitaria que demandan tiempos extensos de deliberación y presupuestos para espacios como las asambleas que implican movilizar cantidades importantes de gente y garantizarles transportes, alimentación y hospedaje.

como condición de transformaciones estructurales en el Estado. Al fin de cuentas, la lógica administrativa sigue siendo la misma.

Además, en la tarea administrativa del Estado no pueden pasarse por alto las tensiones usuales entre los niveles centrales desde donde suele “pensarse y ordenarse” lo que hay que hacer en las regiones. Esta fue una constante en el trabajo de campo y las visitas: al no existir una fórmula, es inevitable que en cada lugar se resuelva la interculturalidad con lo que hay y lo que no hay. Es decir, la disputa por lo intercultural está desde los niveles más altos de los Ministerios y los altos funcionarios, hasta la disputa por conseguir una silla y un escritorio en las oficinas encargadas de estos temas dentro de los presupuestos locales. Hasta ahora, el proceso, aunque fundamentado en la ley, está atravesado por la voluntad y la favorabilidad hacia estos temas en los mandos medios, regionales y locales. Por supuesto también es así con el personal de salud.

Habiendo dicho esto, en Bolivia podemos ver claramente tres líneas de acción en interculturalidad en salud: la primera es la que promueve el fortalecimiento de la medicina ancestral. Esto se traduce en las iniciativas de registro, reconocimiento y acreditación de los agentes tradicionales por el Viceministerio de Medicina Tradicional a través de las oficinas del SEDES. También la generación de la Ley de Medicina Tradicional que les brinda el marco normativo a sus prácticas, derechos y responsabilidades, y que hará posible la generación de ítems que avalen las contrataciones de los mismos en servicios de salud y otros. Además y aunque aún no es muy claro cómo hacerlo desde el nivel central, la promoción de la investigación de la herbolaria tradicional con miras al impulso de la farmacopea ancestral para la producción de medicamentos naturales de origen artesanal.

La segunda línea, propende por la articulación de las medicinas y se traduce en posibilitar el ingreso de los agentes tradicionales a los servicios de salud, y por otro lado en

la que quizás sea una de las más creativas y sugerentes apuestas, la creación de la Residencia Médica SAFCI. Finalmente, la tercera línea es la de la adecuación de los servicios, que hasta ahora avanza a paso lento y en gran medida depende de los dineros de la cooperación internacional, orientados en su mayoría a la atención del parto y la señalética de los servicios de salud.

Por su parte en Ecuador, a pesar de que en el pasado han existido otras iniciativas, el trabajo en interculturalidad se ha venido enfocando únicamente en la adecuación de servicios para la atención del parto, de la mano de algunas ONG como *Family Care International* y CARE. La adecuación implica la inversión en infraestructura pero sobretodo en la capacitación y sensibilización del personal médico en el tema del parto vertical y de la comprensión del parto en otros contextos.

Este trabajo, concentrado y casi obstinado por aumentar la atención del parto institucional para alcanzar la disminución de los índices de muerte materna e infantil⁷⁰ tiene otro centro estratégico que es el diseño e implementación de la llamada Red CONE – Cuidados Obstétricos y Neo Natales de Emergencia, que viene a enlazarse con la larga trayectoria de trabajo con las parteras desde el MSP.

Esta trayectoria ha atravesado por distintos momentos en los que a pesar de las distintas orientaciones desde el nivel central, se ha mantenido una directriz: hay que capacitar a las parteras. Este trabajo se ha dirigido particularmente al “parto limpio” y la detección de síntomas y signos de riesgo. La noción de “capacitación” es de entrada problemática, pues se asume que hay que enseñar a las parteras a hacer lo que hacen. Si

⁷⁰Es posible rastrear esa misma intención en la implementación de pagos a las mujeres por hacerse ver en los centros de salud, como en el caso del Bono Juana Azurduy que paga en total 1820 Bs. entre controles pre natales, la atención del parto y los controles del recién nacido.

bien es cierto, y quiero reiterar en esto, quienes se encargan de estas capacitaciones tienen siempre la mejor disposición hacia estas mujeres y creen honestamente estar haciendo lo mejor; lo que hay detrás de nociones como “parto limpio” es una presunción de que las parteras trabajan en medios insalubres que influyen directamente e incluso podrían ocasionar una complicación obstétrica. Adicionalmente, no es tomada en cuenta de manera suficiente su experticia en la combinación de plantas en infusiones y sahumeros, los cuales muchas veces contienen su propio espectro de protección salubre.

Un asunto más aparece como primordial con el asunto de las capacitaciones -y no es exclusivo de Ecuador o de Bolivia, sino que se ha extendido en el mundo con el auspicio de UNFPA-: hay unas parteras “buenas”, que son aquellas que se han acercado a los servicios biomédicos y han colaborado con ellos. Mientras que hay otras “renuentes”, que se niegan al trabajo con los servicios de salud occidentales, como si estuvieran en la obligación de hacerlo, obviando los largos periodos de maltrato a los que han sido sometidos los agentes tradicionales. Esto no es un asunto menor y menos en este tiempo, cuando se vienen desarrollando instrumentos normativos y legales respecto a las prácticas de estos agentes, pues se ha venido desarrollando una relación que parece difundir el mensaje de “colaboras o no vas a poder trabajar legalmente”.

Esto nos lleva al corazón de la discordia alrededor del asunto por el “reconocimiento”, más álgido en Ecuador que en Bolivia donde se resolvió por establecer mecanismos de reconocimiento y certificación con base comunitaria. Sin embargo, en el fondo, el tema es que a partir de la apertura de estos marcos normativos, independientemente de quién autorice, reconozca o legitime las prácticas ancestrales, pareciera que todos los agentes van a verse obligados a hacerlo en el marco institucional, y habría que resaltar que si bien muchos sabedores, hombres y mujeres, desean trabajar

mancomunada y visiblemente, muchos no están interesados en eso, y simplemente quieren ejercer lo que saben, en sus comunidades, en el anonimato de toda la vida y sin tener que responder a ninguna institucionalidad.

Ahora bien, volviendo a Ecuador, y al reclamo permanente de reconocimiento de los agentes tradicionales y a la reacia negativa de parte del MSP argumentando incapacidad de establecer mecanismos efectivos de reconocimiento para el trabajo de los mismos, se puede percibir la tensión en aumento. Esencialmente con este tema de la Red CONE. Y es que frente a la pregunta por el qué se está haciendo en salud intercultural en Ecuador se afirman dos cosas: la adecuación de los servicios para atención de partos, y la inclusión de las parteras en la Red CONE.

Sin embargo, y a pesar de que la Red CONE solo incluye a las parteras en la estrategia comunitaria, es innegable que sin ellas, toda la estrategia, en los lugares donde más se requiere sería un fracaso. Sin embargo, el MSP y especialmente la Dirección de Interculturalidad han pretendido pasar por alto este detalle. Pero no es solo esto. Esa disputa alrededor del reconocimiento termina por afectar incluso a los modelos y experiencias que puedan o quieran desarrollarse de manera independiente, al impedir un marco normativo que otorgue legitimidad a estas prácticas. Más claro resulta aún en casos como el de Guamaní, en el que a pesar de la larga trayectoria y confianza construida, y la altísima demanda por el servicio de medicina tradicional, este permanece cerrado por un vericuelo legal. Podemos ver que en Ecuador ese es el panorama con las parteras, agentes estrella de los procesos de salud intercultural –o así se las ve en las fotos de distintos folletos de este tipo de experiencias-, por lo cual lo de los médicos ancestrales como los Yachack y demás es un tema crudo. Con ellos se tiene algún contacto pero nada más.

Pero continuemos. Si bien es cierto que el trabajo está enfocado en la adecuación de servicios para el parto, la interculturalidad en salud también se ha traducido en construcción de indicadores de salud que incluyan la variable étnica, construcciones de bases de datos de agentes tradicionales –las que introducen también ruido pues los agentes no entienden para qué tantas preguntas si al final no va a llegar la certificación-, publicaciones de sistematización de experiencias, de herbolaria y de otros saberes ancestrales; ferias de salud, en las que a pesar de convocar a médicos tradicionales y parteras durante uno o dos días no se les reconozca ni un centavo, tan solo la alimentación y a veces el transporte, y en donde tampoco se les permite cobrar por sus trabajos pues va en contravía de la política de gratuidad del MSP; y el impulso de huertas medicinales con productos ancestrales.

Queda en cuestión en ambos casos lo que se está realizando en torno a los saberes del pueblo afro. En Ecuador el trabajo es aun extremadamente insipiente, a tal punto que apenas se está atravesando por el reconocimiento de que tienen saberes propios distintos a los de las nacionalidades indígenas.⁷¹ Mientras tanto en Bolivia y por lo que pudo rastrearse en el trabajo de campo, se insiste en que ya no quedan sabedores y por tanto esos conocimientos están perdidos, cuestión que desde mi humilde opinión hay que investigar con más detenimiento.

Ahora, y para ir anudando, sobresalen dos cosas: la primera es la distancia entre las propuestas en relación a quién las financia, diseña e implementa, y la segunda tiene que ver con los niveles de comunicación entre modelos y experiencias, y entre éstas y los niveles centrales. Por ejemplo en Ecuador existió una red de experiencias en salud intercultural, que sin pena ni gloria se fue desintegrando a pesar de que las experiencias siguen en pie y

⁷¹ Entrevista realizada a Irma Bautista, encargada durante años del tema de salud intercultural con el pueblo afroecuatoriano en Quito, en septiembre 19 y octubre 1 de 2013.

las personas continúan trabajando en el tema. No es muy claro el por qué el trabajo acumulado de dicha red no es tenido en cuenta por el MSP como antecedente. Por su parte, en Bolivia si bien varios de los documentos en salud intercultural publicados por el MSD provienen de sistematización de experiencias, cada una opera de acuerdo con sus propios criterios y de manera casi aislada.

Hay que preguntarse, al reconocer estas experiencias si la vía es o no la institucionalización de los servicios y la inclusión de los agentes tradicionales dentro de los centros de salud, puesto que evidentemente esto supone la imposición de unas reglas y unos límites a la práctica que no necesariamente son acordes. Y es que hay que tener en cuenta que la institución obliga aquí a la lógica de la salud como servicio, apartándola de la vida y su apropiación como un derecho fundamental, y en últimas alejándola del buen vivir. Quizás haya llegado el tiempo de perder el miedo y de comprender la lógica de la atención hospitalaria, como la entienden las mujeres y hombres que con razón insisten en la autodeterminación de su salud, apelando a sus propios recursos, tiempos y espacios.

Por otra parte, y como hemos visto, no solo las percepciones y discursos alrededor de estos procesos son múltiples sino que además corresponden a la multiplicidad de actores participantes en estos procesos de salud intercultural. La disputa entre estas voces como vimos muchas veces se traslada al ámbito de la práctica, influyendo sobre las acciones desarrolladas en este ámbito, y por eso es muy importante apelar más que a unas definiciones de diccionario, a los sentidos emergentes de dichas prácticas.

Una de las cosas que es posible establecer en el entrecruzamiento de todas estas voces, es que algunas veces son estas mismas tensiones discursivas las que mantienen en suspenso y expectantes las propias prácticas. Por ejemplo, entre el protagonismo que muchas veces buscan las organizaciones indígenas, los agentes tradicionales siguen en una

especie de penumbra en su práctica cotidiana, las parteras siguen siendo convocadas a los espacios de capacitación y las mujeres cada vez más llamadas a abandonar el parto domiciliario.

Abandonar el parto domiciliario es un asunto que más allá de cambiar de lugar, implica abandonar una serie de prácticas asociadas al nacimiento en comunidad. Entonces no es solo cuestión de estar o no en un centro de salud, es lo que se hace allí, lo que se celebra en la comunidad, lo que implica la reproducción de la vida misma, sus tiempos y sus espacios. La lucha en ese sentido es porque ese saber que protege para la vida y que se despliega en los rituales de las parteras para cuidar a la madre y al niño, sigan existiendo, y así las comunidades mismas.

Además, una de las más grandes tensiones que se percibe en ambos territorios tiene que ver con la polarización que ocasiona la formulación deontológica de estas voces. Esto deja un margen muy pequeño para la equivocación, por lo que una buena parte del tiempo se habla de éxitos o fracasos, sin niveles intermedios o de proceso.

En ese sentido, la polarización se manifiesta en simpatizantes y detractores de causas que aunque parecen bien definidas tanto por la revolución ciudadana del presidente Correa, o el Pachakutik –la dada vuelta del mundo- de Evo, en la práctica se van diluyendo en distintos matices. Se habla por ejemplo de traidores de las causas, y esto hace muy difícil el desarrollo de cualquier mirada crítica dentro de estos procesos, pues se confunde la crítica con la traición. Y en este juego están participando actores de la academia, de las organizaciones y hasta del mismo gobierno.

Ahora bien, quisiera cerrar con algunas reflexiones generales, más a manera de meta lectura que otra cosa. La complejidad de este tema ya debería ser evidente. No se trata de una mera cuestión de implementación de políticas públicas de salud o de mejoramiento de

establecimientos y servicios. Lo que está en discusión atraviesa distintos niveles, actores y susceptibilidades. Y bien, en últimas esa era la intención del trabajo: develar desde una ventana concreta como la salud, el proceso político más amplio que se vive en cada uno de estos dos países. Es cierto que muchas cosas quedan por fuera ya sea porque desbordan las posibilidades de este análisis, o bien porque simplemente están en tensión en las prácticas, es decir no están resueltas. Más bien queda un amplio espectro de preguntas.

No obstante, ¿qué se puede decir, tras haber explorado el marco documental, las experiencias y las percepciones y discursos sobre la salud intercultural en Ecuador y Bolivia? ¿Es posible encontrar aquí indicios sobre el proceso social más amplio por el que atraviesan hoy Bolivia y Ecuador? ¿Qué pasa entonces con el debate de la interculturalidad y la plurinacionalidad, y que supone tener como marco de construcción de Estado la noción del Buen Vivir?

Si hay algo que está directamente relacionado con la noción del Buen Vivir como está siendo planteada en Bolivia y Ecuador es justamente la medicina ancestral. La búsqueda del bienestar en la vida, en el marco de la complejidad de las relaciones de los sujetos consigo mismos, con los otros y con el universo está implícita aquí. Pero pasar de hablar de Buen Vivir a construirlo no es un ejercicio para nada sencillo. Menos si es el Estado mismo el que está encargado de promoverlo.

Por ejemplo, ¿qué implica el socialismo del buen vivir? “El Socialismo del Buen Vivir cuestiona el patrón de acumulación hegemónico, es decir, la forma neoliberal de producir, crecer y distribuir.” (PNBV, 2013: 24) O a qué se hace referencia con la noción del Pachacutec y la refundación del Estado boliviano, sino a una inversión del orden conocido, como al cambio de la noche al día; y la enorme cantidad de actos simbólicos que

hasta pusieron a andar el reloj de la Plaza Murillo de La Paz hacia el otro lado para indicar lo que estaría sucediendo con el gobierno de Evo.

Hay aquí una afrenta directa –o eso es lo que se intenta en la enunciación- al modelo económico del capitalismo, que se ha instalado en occidente –es decir, en muchas de nuestras mentes- como si fuera la única posibilidad de modo de vida en el siglo XXI, y que es en ese sentido absolutamente controvertido por la pervivencia de los pueblos originarios en América Latina, pero también en el mundo entero, pues aunque esta pervivencia en muchos espacios ha implicado que estos pueblos se inserten en una lógica globalizada, lo siguen haciendo desde sus saberes y prácticas. Y es justamente la medicina ancestral uno de los bastiones que entra en tensión con el modo de vida que promueve el capitalismo globalizado.

Y es que si hay un rasgo por el que se pueda hablar de la medicina ancestral o “tradicional” como es llamada, como si fuera un conjunto de prácticas similares en el mundo⁷², es por su vocación de cuidado de las personas. La pregunta de “y usted cómo ha estado” revela en parte lo que intento sugerir aquí. Y es que el cuidado del otro no tiene que ver con re habilitarlo para el trabajo, sino que se inscribe en la lógica de la vida misma: comes bien, vives tranquilo, bailas, sonríes, disfrutas del tiempo con tus seres queridos, etc. Es decir, la lógica del Vivir Bien y del *Sumak Kawsay* encuentra su máxima en los fundamentos de las medicinas ancestrales.

Pero además, la cuestión de la soberanía es aquí fundamental. La soberanía sobre el cuerpo y su bienestar. La soberanía de la salud implica saber que se cuenta con todos los

⁷² En relación con esto, la propia diversidad del contexto de las medicinas ancestrales en Bolivia y Ecuador muestran como la categoría moderna y occidental de “medicina tradicional” es incapaz de entender la riqueza inherente a estas prácticas, y simplemente en la lógica de la clasificación simplifica y oculta opacamente la complejidad y la amplísima gama de posibilidades del trabajo en medicinas ancestrales.

recursos para el bienestar en la vida misma, en la cosecha, en la comunidad⁷³, en el trabajo. Cuidar lo que nos rodea, el territorio y la vida en general es cuidarnos a nosotros mismos. En el fondo esto es lo que está en juego en la interculturalidad en salud, no unos negociables culturales.

Sin embargo el proceso avanza, en medio de tires y aflojes. Y con esto no quiero decir que lo que se ha hecho no signifique nada, o que se deban abolir nuestros sistemas de salud. Para nada. Otra cosa es comprender este hecho para hacerse cargo, cada quien como desee, de su salud. Y para eso son necesarios centros de salud cuya calidad sea indiscutible y cuya capacidad resolutive sea decisiva cuando esta sea requerida y necesaria. Es decir, que exista la posibilidad. Quizás posibilidad es una de las promesas de la interculturalidad ampliamente hablando. Posibilidad de existir, de co existir, sin pretensión de jerarquía. Hasta ahora esto sigue siendo un proyecto, una promesa, un evento por venir. Además, cierto es que la interculturalidad como promesa constitucional no cambia nada, pero ayuda mucho.

Sin embargo, para muchos de los agentes tradicionales hasta ahora sigue siendo una cuestión de “nacer para seguir existiendo”. La labor de las parteras no solamente es un saber para acomodar un niño, se trata de velar por la reproducción de la vida de la comunidad, de su conocimiento, en cada parto, en cada nacimiento. Se trata de la vida de nacionalidades y pueblos enteros. Y la institucionalización, aun en cabeza de indígenas, no

⁷³ Se dice que entre los guaraníes del chaco boliviano no existía la especialidad de una persona que se encargara de curar. Si bien la figura del *Ipaye* o curador existe, normalmente los dones de curación estaban presentes en la comunidad de diferentes maneras, por ejemplo, las mujeres gestantes podían curar ciertas cosas, solo durante ese periodo, etc. Se cuenta también que el *Ñe-iyá*, o dueño de la palabra, curaba antiguamente con la belleza de sus palabras. (Entrevista a Jorge Alberto Paredes, en Camiri, Bolivia, febrero 20 de 2014). Así mismo, el conocimiento sobre el parto es un conocimiento propio de las mujeres. En muchas comunidades de Bolivia y Ecuador, la partera es llamada solamente frente a alguna complicación, pues son las abuelas, madres, suegras y hasta vecinas quienes suelen hacerse cargo de las parturientas.

puede ver eso. “Mientras los hijos y las hijas aprendan, seguiremos existiendo”⁷⁴. La distancia con otros estados no plurinacionales respecto a este punto comienza a hacer ruido aquí.

Hablar de interculturalidad como posibilidad implica en ese sentido la necesidad de repensar la viabilidad de la institucionalización de lo intercultural como servicio. En la base de la mayoría de experiencias se parte del reconocimiento de que en los itinerarios terapéuticos la primera opción son los recursos de autocuidado y después los de medicina ancestral, y esto es visto como un problema. Pero ¿por qué es un problema? Tras una ya larga insistencia sobre la atención institucional sigue existiendo una renuencia en ciertas poblaciones a asistir donde el médico de bata blanca. Parece que el argumento de la barrera cultural se queda corto frente a la comprensión del tema de la soberanía en la salud.

Habrá que cambiar las preguntas y muy posiblemente las respuestas cuando se habla de por qué la gente de algunas comunidades no asiste al hospital. En la medida que la interculturalidad se transversalice ¿no habría que considerar que no ir al hospital también es una posibilidad? Y es que como hemos visto no solo se habla mucho de *interculturalidad*, sino que se desarrollan muchas acciones en su nombre.

Si bien la definición del concepto parece en principio sencilla, aludiendo a la relación y el intercambio entre culturas diferentes, cada uno de estos términos es susceptible de ser problematizado. ¿De qué tipo de relación se trata y en qué condiciones se presenta? ¿Es igual en todos los casos? ¿Siempre se da un intercambio equitativo? ¿Son tan claramente diferenciables las culturas? ¿Son las culturas sistemas cerrados? A todo esto hay que

⁷⁴ Entrevista grupal a mamás parteras de Nabón, Azuay. Realizada por Marcela Agudelo, octubre 10 de 2013.

sumarle la utilización de la interculturalidad como concepto, como discurso y como práctica, e incluso como todas las anteriores como he tratado de mostrar aquí.

Pensemos por ejemplo que en el caso de la interculturalidad como relación, Fernando Garcés distingue por lo menos entre cinco formas de verla: como encuentro; como cohabitación; como una interacción entre versiones negativas y positivas, micro y macro; como reconocimiento de lo pluricultural; y como interculturalidad crítica,⁷⁵ mientras que Catherine Walsh distingue tres tipos de interculturalidad: relacional, funcional y crítica (2010: 76–79). Fidel Tubino distingue también una interculturalidad funcional e interculturalidad crítica,⁷⁶ y una interculturalidad micro en las relaciones interpersonales y macro en las estructuras sociales y simbólicas.

Ahora, uno de los asuntos más sensibles es qué pasa con este tipo de preguntas justamente en el marco de un Estado que asume la interculturalidad como principio y la plurinacionalidad como base de la acción. De acuerdo con las definiciones de interculturalidad, la práctica como hemos visto, parece combinar varias de estas definiciones, en virtud de la complejidad de las relaciones que allí permanecen, y en relación con el contexto socio histórico que las envuelve. Por eso, dónde se están planteando estas discusiones y cómo se instauran en la lógica administrativa del Estado debería ser una señal de qué tanto existe dicha transversalidad. “¿Dónde nos ha tomado el

⁷⁵ Fernando Garcés, “De la interculturalidad como armónica relación de diversos a una interculturalidad politizada”, en Jorge Víaña *et al.*, edit., *Interculturalidad crítica y descolonización. Fundamentos para el debate*, La Paz, Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello, 2009.

⁷⁶ Fidel Tubino, “Entre el multiculturalismo y la interculturalidad: más allá de la discriminación positiva”, en Norma Fuller, edit., *Interculturalidad y política: desafíos y posibilidades*, Lima, Red para el desarrollo de las ciencias sociales en el Perú, 2002, p. 54, 74.

Estado y en dónde nos lo hemos tomado?⁷⁷” La salud es en este sentido una ventana hacia el proceso social más amplio de lo intercultural.

Pensar la interculturalidad desde la discusión conceptual puede llegar a ser muy interesante, pero es en la vida de las personas en la que el concepto se encarna y toma su valor. Así parece entenderlo la corriente de la interculturalidad crítica desarrollada por autores como Jorge Viaña, Catherine Walsh y Luis Tapias, al afirmar que la interculturalidad crítica es un proyecto de transformación y dignificación que parte de las tensiones y los conflictos históricos de los pueblos, por lo que implica como praxis decolonial siempre un serio cuestionamiento del modelo societal vigente. Se ubica a la interculturalidad entonces en el campo epistémico, en un espacio en donde la relación de los conocimientos se establece con la vida misma y el buen vivir. (C. Walsh, 2010: 86-88) Quizás esa forma “Otra” de ser y estar en el mundo sea la clave aquí en el afán por la adecuación de los servicios, que hasta ahora le cuesta comprender que la biomedicina no es la única o la mejor opción en todos los casos.

El análisis de las experiencias aquí presentadas debe entenderse más allá de su particularidad, que aunque también necesario, en la mayoría de casos ha terminado por reducir las investigaciones sobre salud intercultural a casos tan particulares que no explican sino la dinámica de un centro de salud en una montaña cualquiera. Lo que hay que ver es cómo cada caso, de una montaña cualquiera, está hablando de la materialización de aquella discusión, que si no se alimenta de esto sigue siendo “lo intercultural”, sin rostro, en el vacío.

⁷⁷ Entrevista a Jorge Viaña. Realizada por Marcela Agudelo en La Paz, febrero 11 de 2014.

Y es que uno de los grandes legados modernos es el Estado-nación⁷⁸. En ese sentido, los casos de Ecuador y de Bolivia son de gran importancia, porque a pesar de que aún no sea posible establecer ninguna conclusión, el paso hacia la plurinacionalidad podría abrir un camino de reformatión -¿refundación?- de la noción de democracia y podría constituir un espacio de ejercicio de la ciudadanía de una forma que no implique desaprenderse de lo propio. (F. Tubino, 2002: 54) En ese sentido es innegable que el momento político que atraviesa Bolivia, quien este mismo octubre de 2014 ha reelegido a Evo Morales como su presidente por tercera vez consecutiva pasa por un aire de reivindicación hasta hace unos años desconocido en la región: “No hay que perder la perspectiva histórica respecto de qué es lo que se le pide al gobierno de Evo [...] aún no hay un Estado plurinacional, pero hay un germen de eso” (J. Viaña, 2014)

No puede perderse de vista el hecho de que una de las políticas más fuertes del Estado republicano fue siempre la tendencia hacia la integración via el mestizaje por blanqueamiento, lo que incluía políticas educativas y de salud. Estas formas más sutiles de colonialismo interno -y de racismo-, para la cual la diversidad no representa más que una amenaza y un estorbo (L. Tapia, 2010: 67) siguen persistiendo aún en el Estado plurinacional. La asimilación e incorporación que plantea Josef Estermann como estrategias

⁷⁸ Luis Tapia sugiere que su surgimiento y construcción en América Latina deben ser leídos en clave hegemónica (Luis Tapia, “Formas de interculturalidad”, en Jorge Viaña, Luis Tapia y Catherine Walsh, *Construyendo Interculturalidad Crítica*, La Paz, Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello, 2010, p. 65). Y es así porque desde el principio, y hasta nuestros días, prima en los estados de la región una visión blanco-mestiza, letrada, urbana, patriarcal, que se corresponde con los proyectos políticos y económicos de las élites, a pesar de la diversidad de las poblaciones que habitan el continente.

coloniales y neocoloniales⁷⁹ podrían estar reproduciéndose aún en el marco de la interculturalidad estatal.

Si bien es cierto que es el deber del Estado el cubrir con sus servicios e infraestructuras a la totalidad de las poblaciones que lo componen, esto no puede ser via el desplazamiento de lo ancestral como si “ya no” fuera necesario frente a su renovada presencia. “La buena voluntad no es suficiente [...] hay una inercia en los habitus que dificulta hacer las cosas de otra manera, el hospital como decálogo de la modernidad sigue reproduciendo las estructuras de dominación modernas y patriarcales en su insistencia por el parto en posición ginecológica [...] sin embargo es necesario tener en cuenta las experiencias locales que van logrando lo que quizás en niveles nacionales no”. (J. Viaña, 2014)

REFERENCIAS

Arteaga, Erika, Miguel, San Sebastián, y Alfredo, Amores, “Construcción participativa de indicadores de la implementación del modelo de salud intercultural del cantón Loreto, Ecuador”, en *Saúde Debate*, N° 94, Vol. 36, Río de Janeiro, 2012, p. 402 – 413.

Asamblea Legislativa Plurinacional de Bolivia, *Ley 459 de 2013*. Disponible en: <http://www.lexivox.org/norms/BO-L-N459.xhtml>.

Baxeiras, Jose Luis, “Salud intercultural. Relación de la medicina kallawayá con el sistema de salud pública en San Pedro de Curva”, en Fernández Juárez, Gerardo (coord.),

⁷⁹ Josef Estermann, “Colonialidad, descolonización e interculturalidad”, en Jorge Viaña et al., edit., *Interculturalidad crítica y descolonización. Fundamentos para el debate*, La Paz, Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello, 2009, p. 56.

Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural, Quito, Agencia Española de Cooperación Internacional, Servicio de la Universidad de Castilla-La Mancha, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III y Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, Ediciones Abya-Yala, 2006, p. 271 – 288.

Caja Petrolera de Salud, *Norma Técnica Institucional Medicina Tradicional en los establecimientos de salud Caja Petrolera*, La Paz, 2013.

Caja Petrolera de Salud, *Servicio de Medicina Tradicional*, Volante de difusión de los servicios, Bolivia.

Calderón, Luis Fernando, *Guamaní: experiencia estatal oficial con medicinas alternativas y complementarias con enfoque intercultural*, Ponencia no publicada, s.f.

Congreso Nacional de Ecuador, *Ley Orgánica de Salud. Ley 67, Registro Oficial Suplemento 423 de 22 de Diciembre del 2006*, Quito.

Constitución Política de Ecuador, Quito, 2008.

Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, La Paz, 2009.

Estado Plurinacional de Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes, *¿Qué es la Residencia Médica SAFCI?*, folleto de difusión oficial, s.f.

Estermann, Josef, “Colonialidad, descolonización e interculturalidad”, en Jorge Viaña et al., edit., *Interculturalidad crítica y descolonización. Fundamentos para el debate*, La Paz, Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello, 2009, p. 51 - 70.

Garcés, Fernando, “De la interculturalidad como armónica relación de diversos a una interculturalidad politizada”, en Jorge Viaña et al., edit., *Interculturalidad crítica y descolonización. Fundamentos para el debate*, La Paz, Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello, 2009, p. 24-28.

Gruzinski, Serge, *La guerra de las imágenes. De Cristóbal Colón a “Blade Runner”* (1492-2019, Fondo de Cultura Económica, México, 2001, p. 102 – 159.

Hampejs, Heinz, *El éxtasis shamánico de la conciencia*, Ediciones Abya Yala, Quito, 1994.

Lucio, Ruth, Nilhda, Villacrés, y Rodrigo, Henríquez, “Sistema de Salud de Ecuador”, en *Salud Pública Méx*, N°2, Vol. 53, 2011, p. 177-187.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador, *Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud*, Quito, 2013.

Ministerio de Salud y Deportes, *Sistematización del Proceso de Implementación de la Estrategia para la Atención del Parto con Adecuación Cultural en el Hospital Municipal Boliviano Español de Patacamaya*, La Paz, 2013.

Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia, *La constitución Política del Estado y el Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural*, Residencia Médica SAFCI, (s.f.).

Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia, *Lineamientos estratégicos de medicina tradicional e interculturalidad en salud 2012 – 2016*, La Paz, 2012.

Ministerio de Salud y Deportes, Residencia Médica Familiar Comunitaria Intercultural, *Plan de Estudios RM-SAFCI*, La Paz, 2007.

Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia, *Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 “Hacia la salud universal”*, La Paz, 2010.

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

Residencia Médica Salud Familiar Comunitaria Intercultural, Respecto del Plan de Estudios, en comunicación oficial, La Paz, 2014.

Restrepo, Eduardo, *Interculturalidad en cuestión: cerramientos y potencialidades*. Inédito, 2013.

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo – Senplades, *Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017*, Quito, 2013.

Tapia, Luis, “Formas de interculturalidad”, en Jorge Viaña, Luis Tapia y Catherine Walsh, *Construyendo Interculturalidad Crítica*, La Paz, Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello, 2010, p. 63 - 73.

Tubino, Fidel, “Entre el multiculturalismo y la interculturalidad: más allá de la discriminación positiva”, en Norma Fuller, edit., *Interculturalidad y política: desafíos y posibilidades*, Lima, Red para el desarrollo de las ciencias sociales en el Perú, 2002, p. 51 - 75.

Victoria, Silvia, “La revolución en recursos humanos en salud Residencia Médica en Salud Familiar Comunitaria Intercultural (RM-SAFICI)”, en *Vivencias. Ciclos de la vida: Revista Médica en Salud Familiar Comunitaria Intercultural*, N° 2, Vol. 1, Bolivia, Estado Plurinacional de Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes, 2013.

Walsh, Catherine, “Interculturalidad crítica y educación intercultural”, en Jorge Viaña, Luis Tapia y Catherine Walsh, *Construyendo Interculturalidad Crítica*, La Paz, Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello, 2010, p. 75 - 96.