

**Universidad Andina Simón Bolívar**

**Sede Ecuador**

**Área de Estudios Sociales y Globales**

Doctorado en Estudios Culturales Latinoamericanos

**¿Puede ser pensada la salud desde el lugar con una perspectiva  
intercultural?**

**Percepciones y prácticas de salud en el Cantón Pedro Moncayo, Provincia de  
Pichincha, 2008-2014**

Dolores Mariana López Paredes

Tutora: Catherine Elizabeth Walsh McDonald

Quito, 2022





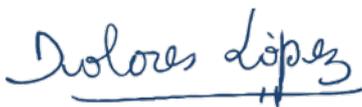
## Cláusula de cesión de derecho de publicación

Yo, Dolores Mariana López Paredes, autora del trabajo intitulado “¿Puede ser pensada la salud desde el lugar con una perspectiva intercultural? Percepciones y prácticas de salud en el Cantón Pedro Moncayo, Provincia de Pichincha, 2008-2014”, mediante el presente documento de constancia de que la obra es de mi exclusiva autoría y producción, y que la he elaborado para cumplir con uno de los requisitos previos para la obtención del título de Doctora en Estudios Culturales Latinoamericanos 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.

12 de enero de 2022

Firma: \_\_\_\_\_

Handwritten signature of Dolores López in blue ink, written over a horizontal line.



## Resumen

La interculturalidad es un tema trascendente para Ecuador desde la perspectiva de la convivencia y relación entre pueblos y entre nacionalidades que tienen otras formas y modos de producir sentido frente a la lógica occidental. El Estado ecuatoriano, de acuerdo a la Constitución de 2008, ha sido definido como intercultural y plurinacional. Y, amparado en esta, el sistema de salud pública incorpora a la interculturalidad e incluye a las medicinas ancestrales.

La presente tesis identifica que los conocimientos de medicina y prácticas de salud ancestrales continúan vigentes a pesar de que han sido desconocidos históricamente por la hegemonía de la medicina “científica”. Esta imposición colleva el que las políticas públicas de salud en el país hayan sido desarrolladas bajo la visión biomédica occidental. Si bien, en los últimos años, el Ministerio de Salud Pública ha incluido a la salud intercultural dentro de su estructura organizativa, sigue siendo el único rector que norma, regula y controla todas las actividades en este campo, sin reconocer otras formas de producir sentidos y conocimientos, como los de la medicina ancestral, y limitando la posibilidad de desarrollar una relación horizontal con esta. Por lo tanto, la diversidad y la inclusión quedan únicamente en el discurso. Y la imposición de la lógica occidentalizante provoca cuestionamientos al desarrollo de la salud intercultural desde el Estado.

Con estos como antecedentes, se plantea como pregunta central de esta investigación: ¿Se puede pensar la interculturalidad en la salud en los ámbitos local y nacional dentro del contexto político-jurídico de salud intercultural del Estado ecuatoriano? Para lo cual se investiga, en el territorio, los conocimientos y prácticas que la población y los actores sociales tienen sobre la salud y la medicina ancestrales, y sus percepciones sobre la salud intercultural a fin de visibilizarlos y valorarlos, y pensar si es posible interculturalizar la salud en el territorio.

Esta tesis profundiza la discusión sobre la interculturalidad en salud y propone, después de un exhaustivo análisis acompañado de un prolijo trabajo de campo enriquecido por las voces de la gente, que es un concepto en construcción, con el que se logre el establecimiento de políticas públicas que respondan a la realidad de los territorios y que sean construidas en forma participativa. En definitiva, no es posible la salud intercultural mientras no se descolonice el Estado.



A Juan Martín,  
Bruno Mateo,  
Jose Manuel,  
Mía  
y a los que están viniendo.

A Jushi,  
con quien estamos en el aquí y ahora  
en el complejo espacio de las diferencias  
y la complementariedad.



## Agradecimientos

Quiero agradecer a las comadres y compadres y amigos de Tocachi quienes me abrieron su corazón y me enseñaron el camino para conocer otras formas de dar sentido a la vida. A Quetita, quien me curó del espanto y del mal aire abriéndome las puertas a los conocimientos de la medicina ancestral. Agradezco a los médicos ancestrales, yachak, chamanes y curanderas de las comunidades de las cinco parroquias del cantón Pedro Moncayo que han compartido conmigo sus conocimientos y prácticas de salud ancestrales para que este estudio sea posible. A los miembros del Consejo Cantonal de Salud de Pedro Moncayo que participaron en las entrevistas; a todas las familias del cantón que participaron en las encuestas comunitarias; a los padres, madres, jóvenes, niños y niñas de Tocachi, Malchinguí, La Esperanza y Tabacundo por participar en la cartografía social y hacerme partícipe de sus percepciones y conocimientos sobre la salud ancestral. A las abuelas y abuelos que contaron sus historias y transmitieron sus conocimientos durante los grupos focales para que pueda incluirlos y visibilizarlos en esta investigación; en especial a Tarcila Criollo, mujer sabia y luchadora, por todas sus enseñanzas y liderazgo.

Igualmente, un agradecimiento especial a Catherine Walsh por su apoyo académico y por haberme guiado a re-pensar, re-aprender y transitar por los complejos caminos de la interculturalidad; a Edizon León por su constante motivación y apoyo con sugerencias para la elaboración de la presente tesis; a Lucy Santacruz, Paola Banderas, Franklin de la Cruz, Solange Páez y Danilo Martínez por estar presentes en la recolección de información de campo y en la organización de la información; a Quinche Ortiz por su dedicación y profesionalismo como editora. A José, mi compañero de la vida, por estar siempre junto a mí.



## Tabla de contenidos

<b>Cláusula de cesión de derecho de publicación .....</b>	<b>3</b>
<b>Resumen .....</b>	<b>4</b>
<b>Agradecimientos.....</b>	<b>9</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>21</b>
<b>Capítulo primero.....</b>	<b>31</b>
<b>Salud: entre lo impuesto, ancestral e intercultural.....</b>	<b>31</b>
<b>1. Las imposiciones de la colonialidad y la modernidad.....</b>	<b>31</b>
1.1. La invención de América y la construcción de la modernidad.....	31
1.2. No hay modernidad sin colonialidad .....	33
1.3. La expansión e imposición de la racionalidad “científica” .....	37
<b>2. Breve genealogía de la salud .....</b>	<b>39</b>
2.1. La salud en Abya Yala: etapa precolonial .....	40
2.1.1. Salud ancestral: conocimientos .....	54
2.1.2. Salud ancestral: prácticas .....	57
2.2. La Conquista y la Colonia .....	67
2.2.1. El despojo de lo ancestral.....	67
2.2.2. La salud impuesta desde Europa .....	77
2.2.3. La colonialidad en la salud.....	79
2.3. La República .....	86
2.3.1. Colonialidad en la salud: desarrollo científico .....	86
2.3.2. ¿Qué pasó con la salud ancestral? .....	94
2.4. Época actual.....	96
2.4.1. La colonialidad en la salud continúa .....	96
2.4.2. La salud ancestral: desafíos actuales .....	99
<b>3. De la salud ancestral a la salud intercultural .....</b>	<b>102</b>
3.1. La utopía de una salud intercultural: definiciones y desafíos .....	104

3.2.	<b>Formas de existencia, de pensar y de sentido diferentes.....</b>	<b>104</b>
3.2.1.	El ser humano, la naturaleza, el individuo y el grupo.....	104
3.2.2.	El espacio y el tiempo .....	107
3.2.3.	La salud y la enfermedad .....	108
3.2.4.	La vida y la muerte.....	111
	<b>Capítulo segundo.....</b>	<b>113</b>
	<b>La salud ancestral y la salud occidental en el territorio .....</b>	<b>113</b>
1.	<b>Aproximación metodológica .....</b>	<b>113</b>
1.1.	Entrevistas.....	116
1.2.	Cartografía social .....	118
1.3.	Grupos focales.....	121
1.4.	Encuestas.....	122
2.	<b>Contexto geográfico e histórico del cantón Pedro Moncayo.....</b>	<b>122</b>
2.1.	Ubicación geográfica .....	122
2.2.	Síntesis histórica .....	123
2.3.	Inicio de la medicina occidental en el cantón Pedro Moncayo.....	126
2.4.	Desarrollo económico del cantón .....	127
2.5.	Historia de la participación social en el cantón Pedro Moncayo .....	132
3.	<b>Conocimientos, prácticas y percepciones sobre salud .....</b>	<b>135</b>
3.1.	Conocimientos en salud.....	135
3.2.	Médicos ancestrales: prácticas de salud .....	137
3.3.	Enfermedades identificadas.....	141
3.3.1.	Enfermedades ancestrales identificadas en las conversaciones con los participantes .....	145
3.4.	Conocimientos sobre alimentos saludables y plantas medicinales.....	153
3.5.	Percepciones sobre utilización de las dos medicinas .....	160
3.6.	Territorio: espacio mágico vivido en donde se tejen los conocimientos y prácticas de salud ancestrales .....	169
3.7.	Lo que la gente contó sobre la salud en su territorio .....	193

3.8.	¿Qué es la interculturalidad y la salud intercultural en el territorio?	194
<b>Capítulo tercero</b>		<b>199</b>
<b>Definiciones, tensiones y perspectivas de la interculturalidad</b>		<b>199</b>
1.	<b>Pensando la interculturalidad</b>	<b>199</b>
2.	<b>Tensiones coloniales</b>	<b>208</b>
3.	<b>Tensiones desde los organismos internacionales</b>	<b>211</b>
3.1.	<b>Sistema de Naciones Unidas</b>	<b>211</b>
3.1.1.	OIT	213
3.1.2.	OMS-OPS	214
3.1.3.	UNICEF	217
3.1.4.	UNESCO	217
3.1.5.	CDH	218
3.2.	<b>Organismos regionales</b>	<b>218</b>
3.2.1.	ORAS-CONHU	218
3.2.2.	UNASUR	221
3.2.3.	Parlatino	221
3.2.4.	BID	222
4.	<b>Tensiones desde la Constitución y las leyes</b>	<b>225</b>
5.	<b>Tensiones desde el sistema nacional de salud</b>	<b>230</b>
6.	<b>Tensiones desde la Dirección Nacional de Salud Intercultural.</b>	<b>242</b>
6.1.	<b>La salud intercultural en las provincias</b>	<b>252</b>
6.2.	<b>Algunos esfuerzos de salud intercultural en Ecuador</b>	<b>254</b>
7.	<b>Tensiones desde la comunidad</b>	<b>261</b>
8.	<b>Tensiones desde la interculturalización de la salud</b>	<b>264</b>
8.1.	<b>La salud intercultural, un reto a (de)construir</b>	<b>267</b>
8.2.	<b>Pensando la interculturalidad crítica</b>	<b>279</b>
8.3.	<b>Hacia la interculturalización y descolonización</b>	<b>283</b>
<b>Conclusiones</b>		<b>287</b>

<b>Obras citadas .....</b>	<b>295</b>
<b>Entrevistas .....</b>	<b>336</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>342</b>
<b>1. Artículos de la Constitución de 2008 relacionados con interculturalidad .....</b>	<b>342</b>
<b>2. Miembros del Consejo Cantonal de Salud de Pedro Moncayo (2002).....</b>	<b>345</b>
<b>3. Guía de preguntas para miembros del GAD cantonal de Pedro Moncayo (se incluye al Patronato Municipal) .....</b>	<b>346</b>
<b>4. Guía de preguntas para miembros de los GAD parroquiales de Pedro Moncayo.....</b>	<b>348</b>
<b>5. Guía de preguntas para funcionarios y personal del MSP en Pedro Moncayo.....</b>	<b>350</b>
<b>6. Guía de preguntas para yachak del cantón Pedro Moncayo .....</b>	<b>352</b>
<b>7. Guía de preguntas para jóvenes del cantón Pedro Moncayo.....</b>	<b>354</b>
<b>8. Guía para recabar información en los talleres de cartografía social.....</b>	<b>355</b>
<b>9. Formulario para la encuesta comunitaria incluida en el Censo Demográfico y de Salud 2009 .....</b>	<b>357</b>
<b>10. Formulario para la encuesta comunitaria incluida en Censo Integral Local Comunitario 2017 .....</b>	<b>362</b>
<b>11. Informe de la Coordinación del CCSPM del periodo 2001-2009.....</b>	<b>374</b>
<b>Informe de la Coordinación .....</b>	<b>374</b>
<b>del Consejo Cantonal de Salud.....</b>	<b>374</b>
<b>de Pedro Moncayo2001-2009.....</b>	<b>374</b>
<b>1. ANTECEDENTES.....</b>	<b>375</b>

2. Proceso de Conformación del Consejo Cantonal de Salud de Pedro Moncayo.....	377
3. Actividades Relevantes Desarrolladas en el Proceso del CCSPM.....	377
4. Logros alcanzados del CCSPM.....	379
5. Dificultades y limitaciones del CCSPM.....	379
6. Lecciones aprendidas del CCSPM.....	380
7. Productos del proceso .....	380
8. Actividades 2008-2009.....	381
12. I Curso: Circulo Intercultural para el Fortalecimiento de las Sabidurías en las Medicinas Ancestrales.....	393
13. Índice de educación clasificado del cantón Pedro Moncayo.....	395
14. Organismos internacionales que trabajan en temas de salud intercultural.....	396
15. Instituciones y organizaciones nacionales que trabajan en temas de salud intercultural.....	401
16. Salud intercultural: Dirección Provincial de Salud de Guayas .	406
17. Salud intercultural: Dirección Provincial de Salud de Imbabura.....	407
18. Salud intercultural: Dirección Provincial de Salud de Cotopaxi	409
19. Salud intercultural: Dirección Provincial de Salud de Zamora Chinchipe.....	412
20. Salud intercultural: Dirección Provincial de Salud de Morona Santiago.....	414

## Fotos

1. Nudo de Mojanda Cajas	123
2. Parque arqueológico Cochasquí	124
3. Parque de Tocachi	126
4. Inicio de la medicina occidental en Tocachi	127

## Gráficos

1. Manuscrito de Huarochirí	41
2. Los tres planos del mundo inca	45
3. Kay pacha: Espacio tiempo de conjugación	45
4. Pacha y los espacios andinos	45
5. El sistema de los cuatro cuadrantes	47
6. Organización del Cuzco	47
7. Un caso de archipiélago a gran escala	51
8. Seguimiento de los cambios en los indicadores de progreso de los países, definidos en la estrategia de la OMS sobre medicina tradicional/ancestral	100
9. Organismos internacionales de Naciones Unidas	212
10. Estructura orgánica del MSP, 2012	245
11. Estructura orgánica del MSP, 2014	246

## Mapas

1. El imperio incaico	46
2. Ubicación de las localidades de Pedro Moncayo en las que se aplicaron las diferentes herramientas metodológicas para la obtención de información	115
3. Comunidades en donde se realizó la cartografía social	119
4. Comunidades en donde se realizaron los grupos focales	121
5. Ubicación geográfica del cantón Pedro Moncayo	122

6. Territorio emplastado: ubicación de plantaciones florícolas en Pedro Moncayo	129
7. Índice general de desarrollo por parroquias	134
8. Porcentajes de personas que declararon conocer a médicos ancestrales, por parroquias	138
9. Porcentajes de personas que declararon saber sobre el mal de ojo, por parroquias	146
10. Porcentajes de personas que declararon conocer sobre el mal aire/mal viento, por parroquia	147
11. Porcentajes de personas que declararon conocer sobre el espanto, por parroquias	149
12. Porcentajes de personas que declararon conocer sobre brujería, por parroquias	151
13. Plantas y frutos medicinales en Pedro Moncayo	155

#### Recuadros

1. Médicos ancestrales andinos según Velasco	59
2. Médicos y medicina ancestrales en Pedro Moncayo	138
3. Percepciones sobre medicina ancestral	140
4. Mal de ojo	146
5. Mal aire, mal viento	147
6. Espanto, susto	149
7. Brujería	151
8. Cuychi (arcoíris)	152
9. La alimentación en las comunidades del cantón Pedro Moncayo	153
10. Lo que contaron los abuelos	159
11. Utilización de las dos medicinas según los miembros del CCSPM	161
12. Con qué se curan los abuelos	163
13. Qué hacen los miembros del CCSPM cuando se enferman	166
14. Qué hacen los jóvenes cuando se enferman	168
15. Mapa Calendario de nuestra comunidad de Cananvalle	170
16. Mapa Plantas medicinales en Cananvalle	172
17. Mapa Medicina natural y química en Cananvalle	174

18. Mapa Paraíso de Cubinche	176
19. Mapa Buena nutrición consumiendo alimentos sanos en Cubinche	178
20. Mapa Salud y alimentación para la madre y el guagua de Cubinche	180
21. Mapa Rescatando la medicina natural en Cubinche	182
22. Mapa Enfermedades ancestrales en Cochasquí	184
23. Mapa Medicina natural en Malchinguí	186
24. Plantas medicinales en Tupigachi	189
25. Percepciones de los jóvenes sobre interculturalidad	195
26. Conocimiento sobre políticas interculturales de salud de los miembros del CCSPM	196
27. Desafíos de la medicina ancestral recogidos por la DNSI	260

#### Tablas

1. Nombres de médicos ancestrales referidos por Guamán Poma de Ayala	59
2. Porcentaje de la población indígena en Abya Yala entre los siglos XIX y XX con relación a la población total de cada año	69
3. Técnicas de recolección de información por parroquia y barrio	115
4. Representantes de instituciones entrevistados	116
5. Comunidades y número de participantes en la cartografía social	120
6. Población de Pedro Moncayo por parroquias y grupos etarios	131
7. Población del cantón Pedro Moncayo por identificación étnica	131
8. Enfermedades, remedios y tratamientos según los médicos ancestrales consultados	141
9. Plantas y frutos medicinales utilizados en Pedro Moncayo	155
10. Remedios más utilizados en Pedro Moncayo	156
11. Enfermedades y tratamientos ancestrales y occidentales usados en Pedro Moncayo	157
12. Principales enfermedades en Pedro Moncayo	158
13. Plantas medicinales y enfermedades en Malchinguí	187
14. Documentos de la DNSPI y de la DNSI sobre la implementación de la salud intercultural	250





## Introducción

La salud intercultural es un tema transcendental en territorios en los que existen pueblos y nacionalidades con formas de explicar la realidad, el tiempo y el espacio, la relación entre seres humanos y la de estos con la naturaleza diferentes a los de la cultura occidental. Modos distintos de producir sentido que están relacionados con las percepciones, conocimientos y prácticas de salud que las poblaciones ancestrales realizan en su vida cotidiana.

Estas formas distintas de comprender la salud las viví cuando, en el año 1973, fui a vivir a Tocachi con mi compañero para que ejerciera como médico dentro del Año de Salud Rural del Ministerio de Salud Pública (MSP). Tocachi es una población pequeña ubicada en el cantón Pedro Moncayo, en los Andes ecuatorianos, que por aquel entonces no alcanzaba los mil habitantes y no contaba con luz eléctrica ni agua corriente. Tenía historias y prácticas culturales diversas por medio de las cuales conocí modos de producir sentido y conocimientos que me cambiaron la vida. Descubrí que habían otras formas de ser y estar, otras maneras de entender la realidad diferentes a las que había aprendido y conocido hasta ese momento, de manera especial, las que se refieren a la “medicina ancestral”.<sup>1</sup>

Seducida hasta esos momentos por el mundo de la pintura y la escultura –cursaba mi último año en la Facultad de Artes–, empecé a recorrer y descubrir las calles, los barrios, las chacras, los caminos empedrados, los ríos y las laderas del mágico Tocachi. Me sorprendían los comentarios de la gente cuando salía a recorrer las inmediaciones: “A la señora del doctorcito le va a pegar el mal aire porque se mete por donde quiera”. “No vaya por el socavón..., por las cuevas..., por las quebradas... porque se va a enfermar: son lugares pesados”. Hasta que, en un momento, sentí un cansancio diferente, una

<sup>1</sup> En esta tesis se utiliza esta categoría y las de “salud ancestral” y “conocimientos médicos ancestrales” como: “la suma de todos los conocimientos, aptitudes y prácticas propias basadas en las teorías, las creencias y las experiencias autóctonas de las distintas culturas [...] que utilizan para mantener la salud y prevenir, diagnosticar o tratar las enfermedades físicas y mentales. Esta noción incorpora el conjunto de conocimientos, cantos y rituales que poseen los pueblos y las comunidades indígenas y afrodescendientes de manera colectiva, adquiridos por generaciones sobre la propiedad y uso de la biodiversidad, en atención a las enfermedades de los seres humanos, espirituales o sintomáticas. Este conjunto de conocimientos propios explican la etiología, la nosología y los procedimientos de prevención, diagnóstico, pronóstico, curación y rehabilitación de las enfermedades” (NI 2011, art. 4). Organismos internacionales, instituciones estatales, organizaciones no gubernamentales (ONG), académicos y las propias personas de las comunidades que participaron en la investigación con frecuencia denominan a esta medicina como “tradicional”, sin embargo, este término no visibiliza los conocimientos y prácticas milenarios que la conforman y que se buscan rescatar en este estudio.

combinación de vómito y malestar general del cuerpo: estaba con “mal aire”.<sup>2</sup> Quetita, la señora de la comunidad que me ayudaba en la casa, me curó haciéndome “limpias”<sup>3</sup> con hierbas de varios tipos, con las que golpeaba todo mi cuerpo, y con ají rocoto que luego lo quemaba en la tulpá al tiempo que rezaba. Luego de varias limpieas, me sentí nuevamente lista para seguir descubriendo y recorriendo la población.

Luis Fernando, mi primer hijo, fue concebido y vivió durante sus primeros años en el pueblo de Tocachi. A sus seis meses de edad tuvo un período de malestares estomacales que se manifestaron en llanto, incomodidad e inquietud constante. Quetita manifestó en repetidas ocasiones que mi hijo estaba “ojeado” y que debía ser atendido por la señora Rebequita, curandera especialista en limpieas a niños. En esos días, recibimos la visita de una médica colega que nos preguntó si nos habíamos dado cuenta de que Luis Fernando tenía un ojo más grande que el otro, para lo que propuso realizarle un examen oftalmológico. Inmediatamente recordé la preocupación y sugerencias de Quetita, y le pedí que me ayudara. La recomendación fue ir a la casa de la señora Rebequita el martes y el viernes muy temprano en la mañana –a la salida del sol–, a medio día –cuando el sol está en lo más alto– y en la tarde –cuando el sol se oculta–.

Al amanecer del martes, acompañado por el canto de los gallos, mi hijo fue atendido. La señora Rebequita midió su abdomen con una cinta roja e indicó que el ojeado era fuerte ya que la cinta estaba bastante separada, luego tomó a Luis Fernando en sus brazos, realizó algunos rezos, y empezó a sacudirlo por varias ocasiones diciendo: “Shungo, shungo... Luis Fernando vuelve, vuelve...”. Luego de dos días de realizar esta práctica, la curandera midió nuevamente el abdomen de mi hijo con la cinta roja, y las dos puntas se unieron, al tiempo que mi hijo tenía normal el tamaño de los dos ojos para sorpresa de los dos médicos rurales (mi compañero José y su colega).

Este fue mi primer encuentro con las percepciones y prácticas de salud ancestrales, luego me encontré y tomé contacto con personas con conocimientos sobre el movimiento del sol, las lluvias y la luna, según los cuales se debía sembrar y cosechar; músicos y bailarines del Inti Raymi, de la entrada de la chamiza y de la entrega de la rama de gallos; aruchicos y diablo-humas; cantantes de coplas y leyendas; curanderos, y parteras que sabían del uso de plantas medicinales y de distintas formas de curar otro tipo de

<sup>2</sup> Enfermedad causada por exposición a lugares con energía negativa que enferman a las personas.

<sup>3</sup> “La limpia es un procedimiento físico-simbólico de reequilibrio utilizado en las etnomedicinas [...] amerindias. [...] [para] rearmonizar a la persona con su entorno, eliminando y expulsando de ella los elementos (físicos, sociales y espirituales) causantes de su mal o influyentes en el mismo” (Aparicio 2009, 1).

enfermedades –como el mal viento, el espanto, el susto, el ojeado– aprendidas por transmisión oral por muchas generaciones. Es allí donde descubrí el lenguaje del corazón y nuevas formas de establecer relaciones de parentesco mediante lazos de compadrazgo que se han mantenido en el tiempo.

Esta investigación la realizo desde mi experiencia personal de haber vivido en Tocachi de 1973 al 2012. Desde 1973 a 1976 observé la implementación de las políticas públicas del Estado con la ejecución de la medicina rural en poblaciones pequeñas –en donde estaban presentes prácticas de salud ancestral–, mediante la organización de subcentros de salud regentados por el MSP imponiendo los servicios de salud de la medicina occidental, sin tomar en consideración la forma en que las personas de las comunidades cuidaban su salud. No se tomaron en consideración a los médicos ancestrales ni los conocimientos y las prácticas de salud que la población las realizaba en su vida cotidiana. La participación en el Comité de Madres de Familia Comunitarias, vinculado al Subcentro de Salud de Tocachi, me abrió la posibilidad de relacionarme directamente con las mujeres y de aprender otra forma de relación interpersonal desde el corazón sin pretensiones de encontrar explicaciones racionales. Este aprendizaje me generó muchas inquietudes, a momentos angustias y preguntas sin respuesta. Más aún cuando escuchaba las conversaciones del grupo de médicos que investigaban sobre el bocio endémico quienes estaban muy lejos de comprender la forma de explicar la salud y la enfermedad de las personas que eran su “objeto de investigación”. Esta experiencia me orientó a realizar estudios en antropología para elucidar estas formas de ser distintas de la gente de las comunidades en donde había vivido por casi cuatro años.

Otra etapa significativa que dio origen a esta tesis, fue la participación, entre los años 2002 y 2009, en el Consejo Cantonal de Salud de Pedro Moncayo como representante de una de las instituciones que lo conformaban<sup>4</sup> y, a partir de 2012, observando y apoyando el proceso de la Mancomunidad de Gobiernos Autónomos Descentralizados Parroquiales Rurales del Norte (MGADPRN), estas experiencias generaron más preguntas y la necesidad de entender las realidades diferentes en las que

<sup>4</sup> La Fundación Cimas del Ecuador (FCE) fue una de las instituciones representantes de la sociedad civil que participó por nueve años como coordinadora del CCSPM. La FCE fue creada en 1997 por un grupo de académicos e investigadores ecuatorianos –entre los cuales se encuentra la autora de esta tesis– que desde entonces ha desarrollado programas académicos interdisciplinarios e interculturales y proyectos de investigación epidemiológicos, sociales y culturales con universidades de los Estados Unidos, en respuesta a los procesos participativos locales.

continuaba participando, reorientaron mi interés académico hacia las ciencias sociales y, posteriormente, hacia los estudios culturales.

El problema en el que se inserta esta tesis radica en que el discurso de la medicina occidental no ha sido simplemente impuesto con la colonización, sino que ha sido naturalizado y asimilado como propio, desde el Estado, en la construcción de las políticas de salud, la organización de los servicios de salud públicos y privados, y, desde la academia, en la formación médica, todo lo cual ha producido la subalternización de la salud ancestral. De allí que los esfuerzos por desarrollar e implementar políticas de salud intercultural corren el riesgo de quedarse en un discurso retórico, sin generar cambios que lleguen a concretarse y a ponerse en práctica. Y, en consecuencia, es necesario profundizar los supuestos teóricos, las dimensiones de las políticas de salud intercultural y su real aplicación en los territorios como una forma de mantener vigentes los saberes ancestrales.

Es importante señalar que las posibilidades de diálogo entre los conocimientos y prácticas de la salud occidental y ancestral han sido muy limitados por las relaciones de poder que se mantienen en la organización del sistema de salud del país, que tiene al MSP como ente rector del sistema nacional de salud y responsable de normar, regular y controlar todas las actividades relacionadas con la atención de salud, el funcionamiento de los establecimientos, la prevención de enfermedades, la promoción y la gobernanza de la salud, la investigación y el desarrollo de la ciencia y tecnología, con el fin de garantizar el derecho a la salud (EC MSP 2020a, párr. 1-2).

En el cantón Pedro Moncayo, las poblaciones ancestrales fueron parte del movimiento indígena de la década de 1990 en el Ecuador, cuando irrumpe la reivindicación de construir un proyecto de país plurinacional y multiétnico, teniendo a la interculturalidad como principio político-ideológico que se sustenta en relaciones equitativas y en un diálogo de diversidad de saberes (CONAIE 2012, 13-4).

En respuesta a la presión del movimiento indígena, la Constitución de 1998 (EC 1998, art. 1) reconoce al Ecuador como “un Estado social de derecho, [...] pluricultural y multiétnico” y, a los pueblos, sus derechos colectivos. Mientras que, con la Constitución de 2008, el Estado ecuatoriano desarrolló políticas de salud intercultural amparadas en el reconocimiento del Ecuador como “un Estado constitucional de derechos y justicia, social, democrático, soberano, independiente, unitario, intercultural, plurinacional y laico” (EC 2008, art. 1).

Las políticas establecidas en el marco de las dos Constituciones han generado retos y cuestionamientos porque se enmarcan en la institucionalidad de un Estado traspasado por la colonialidad que ha desconocido y desvalorizado los conocimientos y prácticas de salud ancestrales, calificándolos como “locales”, “tradicionales” y “folclóricos” –quitándoles su estatus de conocimientos en el campo de la salud y la medicina–, y ha asumido la salud occidental sin cuestionar los cambios sociales, políticos y epistémicos que se impusieron desde la Conquista.

El Doctorado en Estudios Culturales Latinoamericanos de la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, me dio la oportunidad de hacer una lectura de la realidad del territorio desde una mirada crítica, de hacer el ejercicio de re-pensar, re-aprender y develar las estructuras de poder que existen en la sociedad. Y, en el caso del cantón Pedro Moncayo, de entender la violencia que enfrentaron las comunidades por las que había caminado y en las que había participado durante tantos años, por la imposición de la visión de la medicina occidental y las políticas públicas de salud. Al tiempo que buscar que los conocimientos de salud ancestrales que han estado desconocidos y deslegitimados históricamente sean visibilizados y contados por la misma gente.

A fin de cumplir con los requerimientos del Doctorado en Estudios Culturales Latinoamericanos de la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador se ha desarrollado la presente investigación que tiene como su pregunta central ¿Puede ser pensada la salud desde el lugar con una perspectiva intercultural, visibilizando los conocimientos, percepciones y prácticas de la salud de la población y actores sociales en el cantón Pedro Moncayo?

Con el andamiaje conceptual de los estudios culturales, de la modernidad/(de)colonialidad, que permiten evidenciar las tensiones epistémicas y sociopolíticas, las estructuras de poder de la modernidad y su proyecto civilizatorio, y la existencia de formas “otras” de dar sentido y de ser distintas a la visión eurocéntrica, se desarrollará el objetivo de esta tesis de investigar los conocimientos y prácticas que la población y actores sociales tienen sobre la salud y medicina ancestrales y sus percepciones sobre la salud intercultural, a fin de visibilizarlos y valorarlos, y pensar si es posible interculturalizar la salud en el territorio.

Esta aproximación crítica permitirá “leer” el mundo de otra manera y explicar cómo la medicina occidental y las políticas públicas de salud del Estado responden a la visión hegemónica colonial que impide el reconocimiento de las prácticas y los

conocimientos de salud ancestrales que han existido en la zona andina desde épocas milenarias y que se han mantenido en resistencia frente a la colonización.<sup>5</sup>

Los desafíos epistémicos a los que me enfrenté en las clases del doctorado fueron más profundos de lo que imaginé ya que cuestionaron y problematizaron todos los supuestos y la explicación de la realidad que habían entretejido mi vida familiar, académica y laboral producto de la formación patriarcal occidental de la que provenía. El proceso de desprendimiento de lo aprendido, de des-aprender, de re-aprender y de leer de otra manera fue muy intenso y me enfrentó con mi realidad cotidiana. Hice conciencia de lo alienados que estamos por la cultura occidental, pensamos como europeos o como norteamericanos... estamos “traspasados”, “calados” por las relaciones de poder de la colonialidad. El racismo, la aceptación de las inequidades sociales, de la discriminación de género y de las exclusiones generacionales entendidas como algo natural provocaban que a momentos me quedara sin piso al tratar de despojarme de la colonialidad mental que tenía.

Este estudio inicia reconociendo que hay modos de producir sentido y conocimientos diferentes dependiendo del lugar al que se pertenece y desde dónde se realiza la explicación de la realidad, los mismos que influyen en las concepciones y explicaciones sobre la salud y la enfermedad, al tiempo que asignan roles particulares a determinadas personas para que realicen actividades orientadas a mejorar las condiciones de salud de la población y dar atención a los enfermos.

Esta investigación utiliza la metodología cualitativa para recoger los discursos de los habitantes del cantón Pedro Moncayo y de los demás actores que en él se desempeñan como un acervo de múltiples subjetividades y particularidades que se asientan sobre la experiencia vivida (Morse y Field 1995, 16) dentro de sus realidades culturales y sus contextos cotidianos, a fin de interpretar los significados que las personas les otorgan (Gough 2003, 20). Se recuperaron tradiciones y narraciones orales para, siguiendo a Toulmin (1990, 190), volver a lo particular, regresar la mirada a lo local, a una relación sujeto-sujeto que construye conocimiento como un diálogo entre visiones, con la participación de estos –sujeto intersubjetivo– (Cubides y Durán 2002, 12), adoptando la multidisciplinariedad como un esfuerzo analítico e interventivo que permitiera un

<sup>5</sup> Cabe puntualizar que el presente estudio no incluye a las comunidades afrodescendientes que también han sido clasificadas como racialmente inferiores. Tampoco se incorpora, en el análisis, a otras prácticas médicas –las llamadas alternativas–, ni revisiones bibliográficas sobre la cosmovisión indígena, ni interpretaciones de investigadores sobre este tema. Y, finalmente, no se pretende hacer una evaluación ni una propuesta de la integración de los dos sistemas de salud (el occidental y el ancestral).

“enfoque de la realidad de la dominación, la distribución del poder y las desigualdades sociales” (16).

Las técnicas de investigación incluyeron, en primer lugar, revisiones bibliográficas y entrevistas a autoridades locales, a miembros del Consejo Cantonal de Salud, a jóvenes de las diferentes parroquias y a los “médicos ancestrales”<sup>6</sup> de la zona. En coordinación con las autoridades locales, se realizaron grupos focales con la participación de las personas que asistían a los Centros de Cuidado Diario del Adulto Mayor. También se desarrollaron talleres de cartografía social con grupos de personas de las comunidades. Por otra parte, en los censos demográficos y de salud desarrollados localmente,<sup>7</sup> se incluyeron secciones de preguntas para la identificación de médicos, enfermedades y prácticas de salud ancestrales de las familias en las parroquias rurales del cantón.

Para ello, como se ha señalado, el estudio se centró en las cuatro parroquias rurales (Malchinguí, Tocachi, La Esperanza y Tupigachi) y en la parroquia urbana (Tabacundo) del cantón Pedro Moncayo, ubicado al nororiente de la provincia de Pichincha, en el período 2008-2014. Cabe señalar que en la parroquia de Tocachi, en la década de 1960, la población entró en contacto directo con la medicina occidental al ser objeto de la investigación sobre la prevención del bocio y cretinismo endémicos,<sup>8</sup> auspiciada por el Massachusetts Institute of Technology, que incorporó médicos y auxiliares de enfermería que prestaban servicios y vivían en las poblaciones de Malchinguí, Tocachi y La Esperanza, parroquias en las que se realizó el estudio. Mientras que, en la parroquia Tupigachi se inicia la medicina occidental con la implementación de la medicina rural en 1972, cuando se instalaron subcentros de salud del MSP en esta y las otras tres parroquias rurales del cantón.

<sup>6</sup> Se utiliza esta categoría para referirse a personas que utilizan prácticas curativas diferentes a las de los “profesionales” de la salud occidental.

<sup>7</sup> En las parroquias del cantón Pedro Moncayo se realizaron el Censo Demográfico y de Salud (FCE 2009) –ver anexo 9– y el Censo Integral Local Comunitario (FCE 2017) –ver anexo 10– como parte del *Sistema de Información Local Comunitario, SILC* (FCE 2007), que es una plataforma informática georreferenciada desarrollada en apoyo a la Mancomunidad de Gobiernos Autónomos Descentralizados Parroquiales Rurales del Norte que incorpora información de los núcleos familiares y de las comunidades del cantón, actualizada con participación de líderes y autoridades locales, además de la del Censo Nacional de Población y Vivienda, y Estadísticas Vitales del INEC (EC INEC 2010). A pesar de que la presente investigación cubre el lapso 2008-2014, se han incluido algunos datos del *SILC* 2017 por resultar relevantes.

<sup>8</sup> El bocio y cretinismo endémicos constituyen patologías vinculadas a la deficiencia de yodo en la alimentación y agua de consumo humano que se asocia a cuadros de hipotiroidismo endémico con deficiencias en la producción de hormona tiroidea, que producen afectaciones irreversibles en el funcionamiento metabólico y en el desarrollo neuromotor e intelectual de los niños.

El cantón estudiado tiene una historia importante de participación social desde 1995, siendo el primer cantón que se dotó de un Consejo Cantonal de Salud, que inició la discusión sobre la interculturalidad. A partir de 2010, las parroquias rurales del cantón buscaron construir sus propias políticas públicas mediante la elaboración de un “Modelo de gestión de articulación público-privada-comunitaria de la Mancomunidad de Gobiernos Autónomos Descentralizados Parroquiales del Norte con base en la participación ciudadana para el desarrollo humano sostenible” (EC MGADPRN 2018, 10), que “propende a la construcción de una sociedad centrada en el ser humano, libre de exclusión, marginación y abandono, bajo el empoderamiento de proyectos sociales estratégicos del sector rural del cantón buscando mejorar la calidad de vida de la población, principalmente de los grupos prioritario y vulnerables”.

La presente tesis está estructurada de la siguiente manera: en el capítulo primero, se estudia la salud intercultural desde el contexto conceptual y epistémico del Proyecto Modernidad/(de)colonialidad que permite abordar estas “otras” formas de conocimientos y prácticas sobre salud de poblaciones distintas a las eurocéntricas con una lectura desde América Latina. Se tratan las imposiciones de la colonialidad y modernidad; se hace una breve genealogía de la “salud”,<sup>9</sup> en la que se abordan la salud en Abya Yala:<sup>10</sup> etapa precolonial; la Conquista y la Colonia, el despojo de lo ancestral y la “salud” impuesta desde Europa; la República, colonialidad en la salud y desarrollo científico, y la etapa actual y los desafíos de la salud ancestral. Y como tercer y último tema del capítulo: de la salud ancestral a la salud intercultural.

En el capítulo segundo, se presentan los resultados de la investigación realizada en el cantón Pedro Moncayo con el fin de visibilizar los conocimientos, prácticas y percepciones que la población y diversos actores sociales tienen sobre las medicinas occidental y ancestral, a fin de reconocer la interrelación o coexistencia de las dos medicinas, la manera en que la gente y las instituciones las relacionan, y la posibilidad de interculturalizar la salud. Igualmente, se realiza una explicación de la metodología cualitativa y las herramientas utilizadas: entrevistas, cartografía social, grupos focales y encuestas. En segundo lugar, se presenta el contexto geográfico e histórico, bajo los siguientes subtemas: ubicación geográfica; resumen histórico; la medicina occidental en

<sup>9</sup> En la presente tesis se utiliza este término entendiendo que hay diversas formas de explicar la salud dependiendo del lugar desde donde se habla, es decir, de la cultura a la que se pertenece.

<sup>10</sup> Término del pueblo kuna de Panamá y Colombia con el que se designaba, desde antes de la llegada de Cristóbal Colón y los europeos, al continente americano como: tierra en permanente juventud, tierra en plena madurez, tierra de sangre vital, tierra de vida, tierra noble (CEPAL 2017, 21).

el cantón Pedro Moncayo, e historia de la participación. Como tercer tema se presentan los conocimientos, prácticas y percepciones sobre salud, y se analizan los conocimientos en salud; las enfermedades identificadas; los conocimientos sobre alimentos saludables y plantas medicinales; las prácticas de salud ancestral; las percepciones sobre la utilización de las dos medicinas; territorio, espacios vividos y comunidades; lo que la gente contó sobre la salud en su territorio, y, para finalizar el capítulo se resume qué es la interculturalidad y la salud intercultural en el territorio.

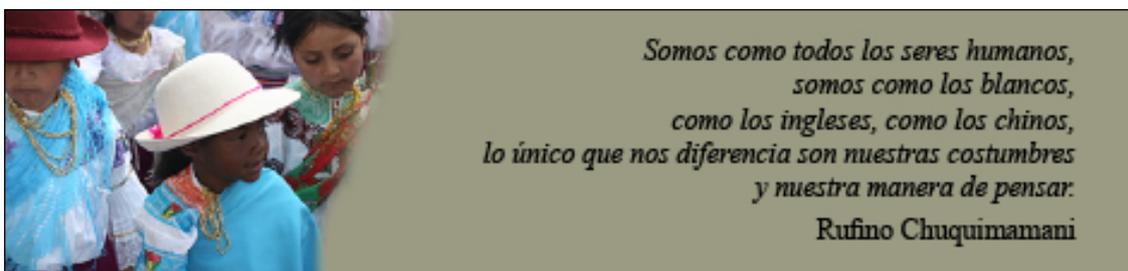
En el capítulo tercero se sistematizan las tensiones que desde la perspectiva de la interculturalidad se presentan en los momentos actuales en Ecuador en la construcción de un proyecto de salud intercultural. Se revisan, por lo tanto, las tensiones de la colonialidad científica, y las que se generan desde: los organismos internacionales, las Constituciones vigentes y las leyes, el sistema de salud, la Dirección Nacional de Salud Intercultural (DNSI) –deteniéndose la reflexión en la salud intercultural en las provincias, y en experiencias puntuales de salud intercultural en el país–, la comunidad y la interculturalización de la salud, para finalizar con el tema: Hacia un diálogo intercultural, en el que se propone que la salud intercultural es un reto a (de)construir; se propone la interculturalidad crítica hacia la interculturalización y descolonización.

Finalmente, se sintetizan las conclusiones generadas en los diferentes momentos de la investigación, como un espacio de reflexión respecto a si es realmente posible interculturalizar la salud en el ámbito territorial.



## Capítulo primero

### Salud: entre lo impuesto, ancestral e intercultural



En este capítulo se parte del entretejido de la colonialidad y la modernidad y sus imposiciones sociales, culturales, ontológicas y epistémicas, especialmente en relación con las ideas y las prácticas de salud. Se realiza una revisión de la salud ancestral y las imposiciones producidas con el desarrollo de la salud occidental –directamente relacionadas con el nacimiento de la modernidad, la colonización y la construcción de una noción de la ciencia eurocéntrica– en las poblaciones colonizadas como las del cantón Pedro Moncayo, objeto de esta tesis. Para, finalmente, incorporar la categoría de salud intercultural como un espacio de diálogo entre lo occidental y lo ancestral.

## 1. Las imposiciones de la colonialidad y la modernidad

¿Cómo se produjo y se naturalizó, a partir de la invasión europea al Abya Yala, la imposición hegemónica de la salud occidental como el único conocimiento válido? ¿Y cómo se desvalorizaron y persiguieron los conocimientos y prácticas de la salud ancestrales que los pueblos de Abya Yala poseían desde antes de la llegada de los españoles? Con estas dos preguntas como fondo, en este apartado se realiza una reflexión teórico-conceptual basada, en gran parte, en la producción intelectual asociada al Proyecto Modernidad/(de)colonialidad.

### 1.1. La invención de América y la construcción de la modernidad

Con la invasión española al Abya Yala en 1492, y la denominación de América a estos territorios, nace la modernidad, con la posesión de las tierras “descubiertas” en nombre del rey de España y con el “des-cubrimiento” del “otro”, al cual lo vence, lo

controla y lo violenta, definiéndose así como un ‘ego’ descubridor, conquistador y colonizador de la alteridad constitutiva de la misma modernidad (Dussel 2008, 9).

Los reinos ibéricos en el siglo XV y XVI organizaron la expansión europea, conforme a los intereses de las monarquías que los gobernaban, que dio inicio al proceso de construcción de la modernidad. España y Portugal se convirtieron en los países imperiales (Cairo 2009, 65) que lideraron la primera modernidad e inventaron nuevas regiones, como América, en el siglo XVI. La invención de América, por lo tanto, es producto de la invasión europea (Mignolo 2007, 216). Sin embargo, estas regiones tenían sus propias denominaciones, como es el caso de Abya Yala, como se ha mencionado.

Con la invención de América, las relaciones económicas y sociales se transforman hacia un sistema global, y “aparece el sistema-mundo moderno. El origen de las colonias modernas se encuentra en la expansión económica del sistema-mundo” (Wallerstein 2005, 21). Este proceso garantizó a los colonizadores ser los beneficiarios de los productos y las riquezas generadas en ellas, en tanto que limitó el desarrollo de las regiones colonizadas. En el siglo XVI, España, Inglaterra y Francia son las potencias europeas que inician la explotación de la mano de obra y recursos de las colonias (Grupo Akal 2016, párr. 1-2).

El sistema-mundo, definido por Grosfoguel (2006b, 21) como moderno/colonial y patriarcal/capitalista, se manifiesta en la dominación formal o informal de los territorios y de sus poblaciones. No se refiere solo a una clasificación de lugares, sino a una clasificación racial:

la modernidad no se refiere solo a una clasificación de lugares (centro y periferias), sino también a una clasificación racial (blancos europeos y otros) y a una clasificación de género, edad y sexo (con los varones adultos heterosexuales en la cúspide de la pirámide) [...] impuso los modelos teóricos, epistemológicos e intelectuales [...] desechando los de los indígenas y de los afrolatinos que, destinados por los europeos y sus descendientes (los criollos) a la destrucción, se hicieron invisibles hasta su (re)surgimiento hace pocas décadas (Cairo 2009, 65-6).

La división en continentes y su denominación geográfica no es algo espontáneo y natural, es el efecto del dominio imperial de los últimos 500 años. Hasta el siglo XVI, el continente americano no existía en los mapas europeos; sin embargo, los habitantes de estos territorios llamaron a los lugares que habitaban (Blanco y Betancur 2019, 3) con nombres distintos a los asignados por los colonizadores.

## 1.2. No hay modernidad sin colonialidad

La modernidad europea se inicia con el paradigma del descubrimiento (Mignolo 2007, 29), que se afianzó en el moderno sistema mundo, pasa por las misiones evangelizadoras del siglo XVI y la misión civilizadora del siglo XIX, y finaliza con los derechos humanos y la democracia en el siglo XX y principios del siglo XXI (Wallerstein 2007, 44). Con ella, un nuevo patrón de poder se inicia teniendo como centro a Europa y las colonias como “periferias”, colocándola como el locus de la enunciación racional – desde el cual se podía clasificar a todos los demás con un mayor o menor grado de humanidad– y condenando a los saberes no europeos a la marginalidad (Mignolo 2007, 31). Un nuevo patrón de poder cubre todo el planeta, de allí que la colonialidad no antecede ni es una derivación de la modernidad: “[l]a colonialidad y la modernidad constituyen las dos caras de la misma moneda” (Grosfoguel 2006a, 157); es decir, no hay modernidad sin colonialismo y no hay colonialismo sin modernidad. Mientras que, para Castro-Gómez (2000, 152), el colonialismo es “el comienzo del tortuoso, pero inevitable camino hacia el desarrollo y modernización” y, refiriéndose a Said en su *Orientalismo* (2008), este autor señala: “el *nexo geopolítico* entre conocimiento y poder [...] sostiene la hegemonía cultural, económica y política de Europa sobre el resto del mundo” (2005, 46; énfasis del autor). Por su parte, Mignolo (2000, 74):

Por “imaginario del mundo moderno/colonial” deberían entenderse a las variadas y conflictivas perspectivas económicas, políticas, sociales, religiosas, etc., en las que se actualiza y transforma la estructuración social [mediante la transformación de la matriz colonial de poder].

Con la invasión de Abya Yala se construye una otredad a partir de la mismidad europea, es decir, como todo lo distinto a lo blanco de Europa, lo cual ha sido definido por Aníbal Quijano (2000, 201) como la *colonialidad del poder* que, según Mignolo (2003, 39), “consiste en clasificar grupos [...] o poblaciones e identificarlos en sus faltas o excesos, lo cual marca la diferencia y la inferioridad con respecto a quien clasifica”. Es el lugar epistémico de enunciación, sobre todo, en el que se describe y se legitima el poder colonial (39) en los órdenes político, social y cultural que ha persistido en la historia hasta el presente.

La narrativa de la modernidad constituye el mayor logro de la civilización occidental, al mismo tiempo que oculta la colonialidad, la cual Mignolo (2011, 3; traducción propia) considera como el lado constitutivo más oscuro de la modernidad,

dado que oculta la violencia con la que surgió con las invasiones europeas, no hay modernidad sin colonialidad. Es esa dominación, que se ha ejercido desde la colonialidad, que ha permitido el control y explotación de la fuerza de trabajo, riquezas y territorios a lo largo del planeta en aras de la emergencia y consolidación del capitalismo (Mignolo 2007, 36-7). De allí que, como señala Quijano (2000, 202), los “indios” y “negros”, como categorías impuestas, constituyen los verdaderos rasgos de la modernidad, que surgieron de acuerdo a Mignolo (2000, 63), de la complicada “articulación de fuerzas de voces oídas o apagadas, de memorias compactas o fracturadas, de historias contadas desde un solo lado que suprimieron otras memorias y de historias que se contaron y cuentan desde la doble conciencia que genera la diferencia colonial”.

Así fue que, en el contexto de la colonización europea de Abya Yala, se crearon nuevas identidades y relaciones intersubjetivas: europeo, blanco, indio, negro y mestizo, entre otras, en función del color de la piel y la idea de “raza” (Quijano 2000, 202-3). En las prácticas sociales de poder, en las cuales la relación entre sujetos no es horizontal sino vertical (Maldonado-Torres 2007, 132), se estableció que los no-europeos tenían un nivel de estructura biológica inferior (Quijano 2014, 759), lo que considera como la *colonialidad del ser*, entendida como una diferencia ontológica colonial (Maldonado-Torres 2007, 146-7). Esta diferencia establece una matriz de desvalorización que se manifiesta en el racismo como elemento clave para la construcción de la “otredad” (Albán 2008, 65). La diferencia colonial consiste en hacer inferiores a poblaciones por sus diferencias (Mignolo 2003, 39). Los patrones de poder establecidos en la Colonia en forma cruenta establecieron “una diferencia que no es simplemente étnica y racial, sino también colonial y epistémica” (Walsh 2004, 335).

La ubicación de los colonizados en la categoría de “no-ser”, siguiendo a Maldonado-Torres (2007, 150), incidió en el centro (*core*, corazón) de la vida misma de las poblaciones dominadas, a las que se les obligó a perder “su razón de ser”, su papel protagónico de actores, de sujetos, convirtiéndolas en “objetos” de conocimiento y prácticas de dominación, manipulación, sometimiento y adopción de una forma de vida ajena a las suyas, que supuestamente las beneficiaba, por lo que debían un eterno agradecimiento a los colonizadores al permitirles disfrutar de la máxima aspiración: alcanzar los “éxitos” de la civilización europea y caminar por la vía del progreso, considerada como la única ruta posible para alcanzar la felicidad y acceder al poder (Quijano 1992, 443, 446).

El imperativo político de la modernidad en la periferia era convertir a las poblaciones de indios, negros y mestizos en *homo economicus*, es decir, en sujetos capaces de trabajar bajo un determinado perfil de subjetividad. En este sentido, Foucault (2007, 168; énfasis del autor) plantea que la modernidad produce al individuo como sujeto moderno con su corporalidad inspeccionada, vigilada y castigada (*anatomopolítica*), y esto permite la conformación de poblaciones que pueden ser disciplinadas y sujetas a formas de control determinadas (*biopolítica*: natalidad, mortalidad, fecundidad). Estas formas de control llegan a ser tan drásticas que dejan morir –física y epistémicamente– a los que mantienen su condición de indisciplinables, inferiores, incapaces de insertarse... en definitiva, a los que no sirven (169; énfasis del autor).

La imposición del poder colonial que incide en la forma de ser de los pueblos colonizados, negándoles el derecho a la vida misma al tildarlos de “biológicamente inferiores” por ser diferentes a los colonizadores, hizo posible que los conocimientos sobre “medicina”, utilización de plantas y la forma de entender y explicar la salud y la enfermedad que tenían las poblaciones milenarias de Abya Yala fueran excluidas de las prácticas de “salud oficial” por considerarlas que no cumplían con la rigurosidad y supuestos de la salud occidental.

Con la modernidad se llevó adelante la imposición colonial de los saberes, los lenguajes, la memoria y el imaginario, imposición que continúa hasta el presente, y que Lander (2000, 16) la definió como *colonialidad del saber*, una “masiva formación discursiva” de construcción de Europa/Occidente desde la posición privilegiada del lugar de enunciación asociado al poder imperial donde lo no europeo es lo “otro”. Al respecto, Castro-Gómez (2005, 47; énfasis del autor) menciona que:

El gran mérito de Said [en su texto *Orientalismo*] es haber visto que los discursos de las ciencias humanas se sostienen sobre una maquinaria geopolítica de saber/poder que ha subalternizado las otras voces de la humanidad desde un punto de vista cognitivo, es decir, que ha declarado como “ilegítima” la existencia *simultánea* de distintas formas de conocer y producir conocimientos.

A partir del siglo XVIII los diálogos intelectuales se han realizado en francés y alemán y, a partir del siglo XIX, en inglés (Mignolo 2016, 24), dificultando la difusión de las publicaciones en español (Lauer 2011, párr. 1) y, todavía menos aún, en las lenguas de los grupos colonizados. El desconocimiento e invisibilización de las lenguas ancestrales y la imposición del lenguaje escrito desde Europa silenciaron las voces y

formas de comunicar conocimientos mediante la transmisión oral de los pueblos conquistados.

La colonialidad del saber permite explicar los desencuentros que se han dado en los últimos 500 años, entre la salud ancestral y la salud occidental, en los que cada interlocutor ignora el lugar de enunciación y supuestos del otro. Y posibilita develar las estructuras de poder que están detrás de la represión de los conocimientos de salud ancestrales. Cuando los médicos ancestrales tenían éxito con sus curaciones, se veían obligados a reconocer que tenían pacto con el diablo, obligándolos a esconder sus conocimientos ancestrales, con el dolor de la desvalorización de sus sabidurías. La colonialidad del saber permite comprender porqué las distintas formas de conocimiento y prácticas de salud ancestrales no fueron reconocidas como un sistema más de salud.

Walsh (2010, 90) reconoce una forma más de colonialidad, a la que ha denominado *colonialidad cosmológica y de la madre naturaleza*, que se enlaza con las otras tres (la del poder, la del ser y la del saber):

la que tiene que ver con la fuerza vital-mágico-espiritual de la existencia de las comunidades afrodescendientes y originarias-indígenas, aun presente en muchas sociedades andinas, [...] relaciones espirituales y sagradas que conectan los mundos de arriba y abajo con la tierra y con los ancestros y orishas como seres vivos.

La colonialidad cosmológica y de la madre naturaleza posibilita comprender el desconocimiento, desvalorización y exclusión del respeto que las poblaciones ancestrales tenían por la naturaleza, que la denominaron *pachamama* –madre naturaleza–. La existencia tiene lugar en un universo vivo del que es parte, al igual que todos los elementos de la naturaleza, y en el que buscaban las respuestas a sus preguntas. En la *pachamama*, entendida por la dualidad del arriba (*hanan*) y el abajo (*hurin*), confluyen tiempo y espacio, constituyéndose el presente (*kay pacha*), que es lo único que existe, un punto de encuentro del espíritu y la materia. Como se argumentará en el capítulo segundo, la medicina ancestral que se practica en las comunidades andinas está en estrecha relación con la naturaleza, con la utilización de plantas medicinales y prácticas curativas para eliminar, por ejemplo, el susto, el espanto o el mal aire, causados por exposición a lugares con energía negativas.

### 1.3. La expansión e imposición de la racionalidad “científica”

La expansión de la modernidad europea en todo el orbe, según Dussel (2000, 48) se da a finales del siglo XVI con el desarrollo del pensamiento ilustrado y la racionalidad científico-técnica que le otorga la superioridad sobre las otras culturas y la universalidad de su racionalidad. Se buscó dar una razón autónoma del mundo mediante la explicación científica, sin recurrir al amparo permanente de lo religioso, bajo aspectos epistemológicos típicos del pensamiento moderno, de explicación demostrativa que se plasmó en un nuevo humanismo y en consecuencia en una nueva visión de la vida y del cosmos con un carácter antropocéntrico y científico (Paladines 1986, 88-9).

El desarrollo del pensamiento en Europa evoluciona hacia la Ilustración o iluminismo en el siglo XVIII, conocido como el Siglo de las Luces por ser la época en que la razón y el conocimiento se impusieron sobre los dogmas religiosos del Medioevo que tenían sumergida en tinieblas a Europa. Según Horkheimer y Adorno (1971, 15), buscó quitar el miedo al ser humano, liberándolo del pensamiento mágico y de los mitos, para convertirlo en amo del universo. Si bien esta concepción aparecía como liberadora del ser humano, se ha convertido en un dogal que ha limitado la capacidad creativa y la espontaneidad del ser humano. La superioridad del ser humano reside en el saber, de allí que al conocimiento se lo ha convertido en un instrumento de poder del ser humano sobre el ser humano y del ser humano sobre la naturaleza, alcanzando niveles totalitarios.

La Ilustración, como expresión del desarrollo del pensamiento occidental, se apoya en la lógica científica y se enfoca en el desarrollo de un método que es considerado como un camino de cercioramiento universal y una manera de excluir el error. Este camino se abre como una vía de aproximación objetiva a lo que debe conocerse (Gadamer 1968, 82). Así, las figuras míticas son reducibles al sujeto y, por lo tanto, son vistas como manifestaciones de un pensamiento antropomórfico, es decir, como la proyección de lo subjetivo sobre la naturaleza (Habermas 1999, 76). De allí que el iluminismo plantee la necesidad de eliminar los mitos (Horkheimer y Adorno 1971, 15), y desarrollar el poder que los seres humanos tienen de dirigir y cambiar el mundo sin tener que sufrir la condena de vivir. El iluminismo buscó construir una *mathesis universalis*, como un sistema conceptual que abordara a todas las ciencias, derivadas del desarrollo del iluminismo y de tecnologías nuevas de producción, en los siglos siguientes (52).

En la segunda mitad del siglo XVIII tuvieron lugar descubrimientos influidos por el iluminismo que colocaron a Europa a la cabeza de la ciencia médica (Grupo Akal 2017,

párr. 4). Casi todos los países europeos, como Francia, Alemania, Gran Bretaña, Austria, Bélgica, Suiza, España, Italia y Grecia, jugaron un papel muy importante en el desarrollo de la medicina occidental (párr. 8). La comunidad científica internacional europea intercambió experiencias y conocimientos imponiendo la visión eurocéntrica en todo el mundo (párr. 4).

Una de las características de la modernidad, como se ha señalado, es el desarrollo del pensamiento científico. La ciencia se ha construido separando la razón del mundo real, creando un conocimiento descorporeizado y descontextualizado “que pretende ser des-subjetivado (esto es, ‘objetivo’) y universal” (Lander 2000, 15). Este conocimiento ha sido la base para construir las nociones de progreso, control, sometimiento y explotación del ser humano y la naturaleza siempre relacionadas con el poder. Salgado (2005, 2), refiriéndose a Foucault, plantea que: “el poder es algo que se tiene o no se tiene, y está localizado en ciertos espacios de la sociedad. [...] Solo existe en el acto y, por tanto, no se da y no se intercambia. [...] El poder no es [únicamente] mantenimiento y reproducción de relaciones económicas, sino una relación de fuerzas”. Un ejemplo constituye el discurso de la ciencia que ha desempoderado a la gente, como sucede en el campo de la salud, que solo puede ser abordada por los especialistas y por quienes manejan el conocimiento científico, ignorando las múltiples verdades que no encajan en un marco positivista del conocimiento.

El método científico proporcionó tanto los conceptos como los instrumentos para una dominación cada vez más efectiva del ser humano sobre el ser humano mediante la dominación (y colonialidad) de la naturaleza (Marcuse 1993, 185-6).

El modelo racionalista deductivo, que asigna primacía a la razón, desarrollado por René Descartes, basándose en hechos y observaciones suministrados por la ciencia, pasó a ser impuesto en las colonias (Paladines 1986, 85). La formulación de hipótesis se constituyó en el requerimiento fundamental de los científicos para conquistar la naturaleza, entre ellos, cabe citar a Louis Godin, Pierre Bouguer y Charles-Marie de La Condamine, quienes dirigieron la Misión Geodésica Francesa en la Real Audiencia de Quito (86).

De esta manera, se terminó “matematizándosela”, congelándola, distanciándola del ser humano y colocándola en una posición susceptible de dominación. Silenciando a la naturaleza se ha perdido la capacidad humana del deslumbramiento, reprimiendo así sus propios deseos. Esta relación utilitaria también ha afectado las relaciones internas entre los seres humanos y de cada cual consigo mismo. El individuo pierde su espontaneidad, reduciéndose a un sinnúmero de comportamientos convencionales que se

esperan de él. Por esta vía, a la naturaleza se la convirtió en “recurso”, pues el aparato económico le adjudica valores a las mercancías que son las que deciden el comportamiento del ser humano (Horkheimer y Adorno 1971, 76).

La racionalidad científica del pensamiento eurocéntrico ha dejado por fuera cualquier otro tipo de epistemes, incluyendo a los conocimientos y prácticas de salud ancestrales, que son los que interesan a este estudio. Con lo que se impone, además, que las culturas “subalternas” (es decir, las indígenas y negras) no son capaces de producir conocimiento.

En el caso de la salud se ha establecido un eurocentrismo epistémico expresado en la racionalidad tecnocientífica como único modelo válido, monopolizado por el grupo médico y a cuyo conocimiento, por lo tanto, los pacientes no tienen acceso.

Durante la Colonia, toda la imposición de la ciencia se manifiesta también en el control de la salud. Se consideró que la enfermedad y la pobreza podían ser controladas por la racionalidad científico-técnica, así se introducen medidas de higiene para evitar el contagio por inspección médica, bajo un criterio médico policial. De esta manera el conocimiento se convierte en instrumento de control y gobierno sobre la población.

El Proyecto Modernidad/(de)colonialidad abre un horizonte multidimensional para mirar por debajo de aquello que se presenta como algo dado, como razones y procedimientos universales que han sido naturalizados hegemónicamente sin reconocer otros modos de ser, de lenguajes, de epistemes y de ordenar el mundo, como los de los conocimientos de salud ancestrales –que se presentan en la siguiente sección– con relación a los de la salud occidental.

## **2. Breve genealogía de la salud**

En este apartado se revisan los ejes de conocimientos y prácticas de salud de la medicina occidental y de la medicina ancestral serán abordadas: la salud en Abya Yala: etapa precolonial, y se analizan los cambios epistémicos, sociales y culturales que se produjeron en las poblaciones colonizadas por la imposición de la medicina occidental. Se analiza, como primer tema, la salud en Abya Yala: etapa precolonial, en el que se examinan los conocimientos y las prácticas de salud ancestrales basados en conocimientos y saberes milenarios. Se estudia la Conquista y la Colonia, el despojo de lo ancestral, la “salud” impuesta desde Europa y cómo la colonialidad las subalternizó. Como tercer tema, se revisa la época de la República, en la cual continúa la colonialidad

en la salud con el desarrollo científico, y se estudia qué pasó con la salud ancestral. Mientras que, como cuarto tema, se considera la etapa actual, en la que la colonialidad en la salud continúa, y se revisan los desafíos de la salud ancestral. Dentro del tercer y último tema del capítulo, titulado De la salud ancestral a la salud intercultural, se profundiza sobre la utopía de una salud intercultural y sus definiciones y desafíos, y las formas de existencia, de pensar y dar sentido diferentes en cuanto a la relación del ser humano con la naturaleza, el espacio y el tiempo, la salud y la enfermedad, y la vida y la muerte.

## **2.1. La salud en Abya Yala: etapa precolonial**

En esta sección se realiza una revisión de la medicina y prácticas de salud ancestrales como modos de producir sentido y conocimiento de las sociedades precoloniales desde una visión integral entendida como la articulación, la relacionalidad, la armonía y el saber del todo, como manifiesta la Universidad Intercultural Amawtay Wasi (UIAW 2004, 170-1):

Una relacionalidad vivencial simbólica [en que se sustenta] el estar siendo [...] [y] una racionalidad que considera a su ambiente natural y cósmico como vivo, no hace la diferencia entre seres vivos e inertes, por tanto la relación no es entre sujeto y objeto, sino entre sujeto y sujeto; la naturaleza es considerada como ser.

Esta visión cosmológica es la que da base a una noción y unas prácticas de salud muy distintas a las del mundo occidental, las cuales, como se indicó en el primer tema este capítulo, fueron violentadas y controladas con la colonización de Abya Yala.

El *Manuscrito de Huarochirí*, recogido en quechua por Francisco de Ávila (1613 [1608]), conspicuo “extirpador de idolatrías” durante sus campañas de evangelización a principios del siglo XVII, es uno de los documentos clave para comprender la cosmología andina. El original, escrito en 1608, también conocido como *Runa yndio ñiscap* o *Libro sagrado quechua*, recoge el acervo de las culturas orales de los pueblos de Huarochirí, Mama y Challa. Fue traducido por José María Arguedas, quien le dio el título *Dioses y hombres de Huarochirí*, y fue publicado en 1966.

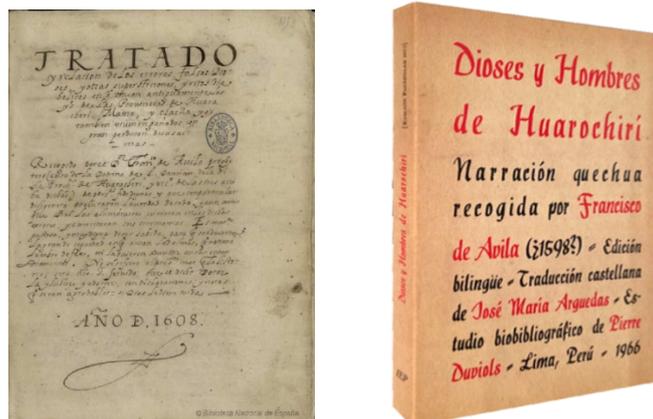


Gráfico 1. *Manuscrito de Huarochirí*. Izquierda, portada del “Tratado y relación de los errores, falsos dioses y otras supersticiones y ritos diabólicos, en que vivían antiguamente los indios de las provincias de Huaracheri, Mama y Challa, y hoy también viven engañados, con gran perdición de sus almas” (De Ávila 1613 [1608], 117). Derecha, portada de la primera edición de *Dioses y hombres de Huarochirí* (Arguedas 1966).

Este manuscrito es uno de los pocos documentos en el que se cuentan los orígenes de los pueblos andinos precoloniales. Un indio de la etnia de los yauyos, bautizado como Tomás, escribió en quechua este documento en el siglo XVII. El clérigo español Francisco de Ávila lo encargó como parte de las campañas evangelizadoras que pretendían erradicar las creencias paganas (Nieuwland 2015, 1). Pueden encontrarse en este documento, escrito en quechua, los mitos y tradiciones de los pueblos precoloniales que habitaron los Andes centrales desde el origen de los tiempos a la época del florecimiento del Cuzco, la aparición de los incas y la llegada de los españoles. Su nombre se debe al lugar donde hasta el florecimiento del Cuzco y la llegada de los europeos se desarrollan las historias, el valle de Huarochirí, desde la costa hasta el lago Titicaca (Yáñez 2002, 16).

El texto relata, también, la historia del diluvio universal, cuando una llama habla con un ser humano para decirle que en cinco días el mar se desbordará y acabará con el mundo. Le recomienda que se salve de la inundación subiendo al cerro Huillacoto, lugar al que acuden también los animales. Cinco días después, el agua retrocede y el ser humano que había hablado con la llama se convierte en el único sobreviviente de su especie y origen de la humanidad (Taylor 2008, 31).

El texto refiere que en Huichicancha cayó sangre desde la altura del universo sobre los árboles de quiñua, de cuyos frutos se originó la gente que poblaría las zonas de Allauca a Coñasancha, de Satpasca a Yurinaya, de Sullpacha a Chupayacu, de Yasapa a Pacomasa, de Mushica a Chaucachimpita (107). Cuniraya Huiracocha, “quien existió antes que nada en el mundo” (79), creó los ríos, los cerros, los animales y las chacras para

que vivieran los seres humanos, facilitando así su existencia, aunque humillaba a otras huacas locales (79), que, como subraya Yáñez (2002, 17), tenían apariencia humana y eran capaces de sentir odio y amor. A su vez, Cuniraya Huiracocha fue padre de Pariacaca, quien tuvo un hijo, Huatiacuri, que no era una deidad sino un ser humano pobre que conocía la verdad escuchando a los animales (Nieuwland 2015, 4). Después se narra que Huatiacuri veneraba a Pariacaca, y que provenía de un territorio dominado por él, y, aunque no era su hijo, recibía sus dones, a diferencia de los seres humanos ricos (Taylor 2008, 33).

En las provincias de Huarochirí, Chaclla y Mama vivía una población muy densa de yuncas. Entonces, Pariacaca decidió que sus hijos iban a poblar aquel territorio y desterró a todos los yuncas a la tierra baja. A todos los que vencieron a los yuncas se los proclamó hijos de Pariacaca, fundadores de su propio linaje (Taylor 2008, 53). También en el manuscrito, continúa Taylor (2008, 153, 155, 157), según la tradición, los vencedores de los yuncas nacieron de la fruta de un árbol. Y estos yuncas, olvidando a su dios antiguo empezaron a adorar a Pariacaca. Cada vez que Pariacaca conquistaba una comunidad de las alturas y se establecía allí como huaca local, señalaba cómo debían adorarlo. Estas instrucciones eran idénticas para todas las comunidades.

Esta importante deidad, Pariacaca, es un nevado –la nieve representa la corona que lo posiciona como el líder de los demás dioses– (Nieuwland 2015, 5), cuyo origen y poder están en el agua –como cuando cayó del cielo para vencer a una deidad maligna, Huallallo Carhuincho–, de ahí que se lo asocie con tormentas y temporales (7). Se relata, además, que las aguas del estanque, en el que Urpayhuáchac criaba a los peces que luego Cuniraya arrojó al mar, provienen de la cordillera de Pariacaca, lo que se entiende como el poder vital del nevado que insemna la tierra y el océano, y otorga a los seres humanos su energía vital (8).

Cuando se produjo la conquista española de los pueblos andinos, los incas sirvieron a Pariacaca por poco tiempo porque enseguida los españoles mataron a uno de los sacerdotes de su templo y ahuyentaron a la gente dando cumplimiento a la profecía de Quita Pariasca (Taylor 2008, 85). Los cambios drásticos que se produjeron exigieron a los pueblos nativos adaptarse y aprender de los otros pueblos para poder sobrevivir; estos tuvieron que abandonar sus costumbres y adoptar nuevas, mientras que los conquistadores aprovecharon en su beneficio las relaciones sociales ya establecidas (Yáñez 2002, 25).

El *Manuscrito de Huarochirí* que, como se ha señalado, ha sido considerado un texto fundacional del mundo andino (44), explica un elemento clave de la cosmovisión

de sus pueblos: la búsqueda del equilibrio mediante los principios de la relacionalidad y de la dualidad complementaria. El primero se entiende como la complementariedad de los opuestos, que es una constante compensación de todo esfuerzo recibido y que se aplica a cualquier campo de la vida (38), y que es lo que permite la redistribución de los beneficios (Wachtel 1976, 96). Mientras que el principio de dualidad complementaria implica la presencia de un polo opuesto, la presencia del otro, complementaria y no contradictoria, conformando un ente completo e integral. Lo que lleva a entender que todo cuerpo y fenómeno del mundo vivo se compone de dos fuerzas contrapuestas que se complementan y necesitan mutuamente para que exista el todo, o sea, la vida (UIAW 2004, 166).

Cabe señalar que la provincia de Yauyos huarochirí fue incorporada al imperio inca en 1460 por el inca Pachacutic, y su hijo Túpac Yupanqui consolidó la dominación sobre ese territorio. En esta labor, según Yáñez (2002, 26), existía un proceso de reciprocidad ya que los incas expropiaban territorios no solo para beneficio propio, sino también de los habitantes locales y de las huacas que estos adoraban; trataban de mantener el culto a los dioses de los pueblos conquistados e incluso les pedían ayuda. Según Spalding (1984, 97), la integración de las huacas locales fue una estrategia del imperio inca para ejercer control y dominio sobre más territorios. Así, en el manuscrito, se narra la ayuda que recibieron los incas de un representante de Pariacaca, llamado Macahuisa, al que pidieron que venciera a los amayas y shihuayas (Taylor 2008, 85).

Al Inca se lo consideraba mensajero de dios y era el encargado de llevar a cabo el culto al Inti, protector y fuente de vida. Viracocha es el Dios creador, que al concluir la creación del mundo se fue al mar y prometió regresar. El sol y Viracocha son dioses complementarios, al primero lo relacionaban con el cielo, el fuego, la sierra, lo de arriba –hanan–, en tanto que Viracocha está vinculado con el agua, la costa, la tierra, lo de abajo –hurin– (Wachtel 1976, 123).

En este mismo sentido se explica que los conocimientos y principios de los pueblos ancestrales andinos, como los de los incas, se basaran en el animismo y espiritismo: todas las cosas influyen en la vida del ser humano, pues son animadas. La identificación y contacto con la naturaleza fue una de las características de las sociedades precoloniales. El ser humano se sentía parte de ella y, en su estrecho contacto, encontraba la explicación a todas sus preguntas (Paredes Borja 1963, 41-43).

Uno de los principios de la cosmovisión de estos pueblos es la dualidad. Según Nieuwland (2015, 13), la concepción dual se manifiesta cuando los seres humanos

religiosos que adoraban a Pariacaca en los días de luna llena debían provenir de Hurin (bajo) y Hanan (alto) Yauyos, porque el territorio está dividido en la dualidad arriba y abajo, y para que se pueda obtener presagios certeros es necesario que arriba y abajo estén en el mismo lugar al mismo tiempo. Así fue como uno de los sacerdotes predijo el fin de la era de Pariacaca cuando los españoles llegaron a Cajamarca.

La organización social del Cuzco estaba fundamentada en los principios de la “tripartición”, el “dualismo” y la “división decimal”. Según el principio de la tripartición la sociedad del Cuzco estaba dividida en tres grupos sociales llamados *Collana*, al que pertenecían los *ayllus* o *panacas* de los incas [...].

El segundo principio es el del “dualismo y cuatripartición”. Cuzco estaba dividido en *Hanan Cuzco* (Cuzco de arriba) y *Hurin Cuzco* (Cuzco de abajo). De estos se originaban cuatro tipos de matrimonios que a su vez se dividían en dos grupos opuestos.

El tercer principio, independiente de los primeros, es el de la división decimal; la ciudad estaba organizada sobre la base de las diez *panacas* de los incas, además, todo individuo pasaba por diez estadios de edad durante su vida.

Estos principios se aplicaron a todo el imperio. Todos los pueblos sometidos estaban organizados según el ayllu. El principio de la tripartición se veía en la presencia del linaje inca *collana* en el imperio a través de dos gobernadores generales, llamados *suyoyoj spu*, especie de Virreyes, cuatro gobernadores de los cuatro *suyus*, con cuarenta mil familias, llamados *tucuy rícoj*, del linaje *payan*. Luego estaban los *curacas* o jefes de diez mil familias. El tercer grupo estaba constituido por los *jatunrunacuna*, el grupo mayoritario del imperio (Zaruma 2006, 47; énfasis del autor).

Los pueblos andinos tienen su propia concepción del mundo y su funcionamiento, su particular forma de mirar y observar las cosas en su totalidad desde una visión holística –desde el macrocosmos y el microcosmos–, de modo que no hay cabida para una visión compartimentada. Estos pueblos integran el tiempo y el espacio –que juntos reciben la denominación de *pacha*–, y están en eterno movimiento espiral y balanceo constante, lo que permite entender la concepción y explicación del mundo a partir de la intersección del tiempo y el espacio, y no por separado como hace Occidente (Sarango 2016, 646).

En el pensamiento andino la dirección del tiempo es cíclica, no lineal, dentro de la dualidad de sus dos fases complementarias (Restrepo 2004, 17). La intersección del tiempo y el espacio se da en el aquí y ahora. Los sabios andinos explican que el punto de encuentro entre el espíritu y la materia se denomina *kay pacha*, en tanto que el *hawa (hanan) pacha* (tiempo espacio de arriba) y el *uku pacha* (tiempo espacio de abajo) son considerados como el arriba y el abajo en su dualidad complementaria (Carvajal 2004, 335). Mientras que el *ñawpa pacha* (tiempo espacio que se encuentra adelante) delimita al *shamuk pacha* (tiempo espacio que viene). En consecuencia, el principio de la dualidad complementaria es un eje horizontal y vertical unido por el aquí y ahora que está presente en el tejido social, natural y espiritual.

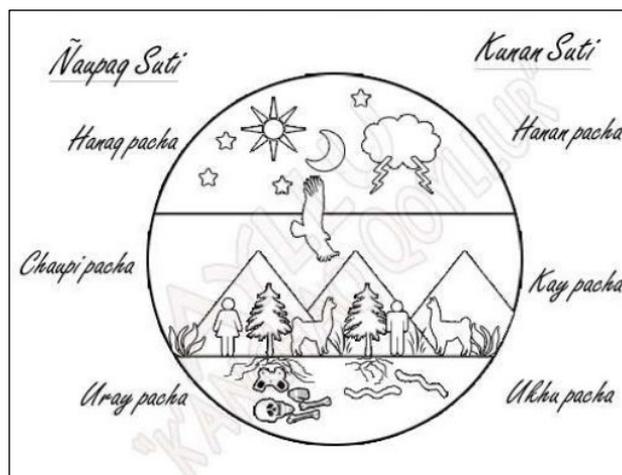


Gráfico 2. Los tres planos del mundo inca según Sicha (2011, 14).

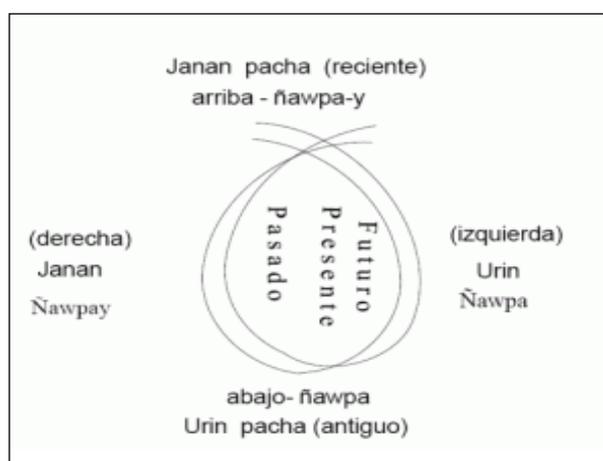


Gráfico 3. Kay pacha: Espacio tiempo de conjugación según Manga Qespi (1994, 182).

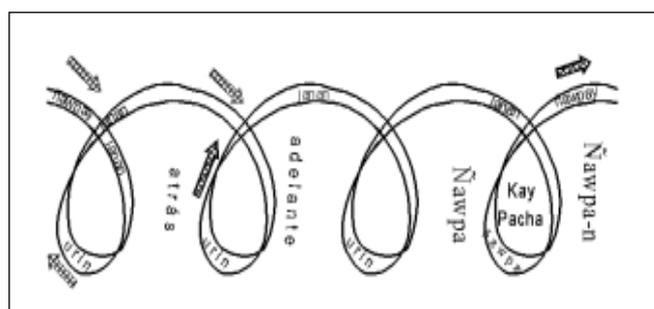


Gráfico 4. Pacha y los espacios andinos según Manga Qespi (1994, 183).

En los Andes el pasado está adelante, va delante de nosotros, marcando el camino, teniendo, quienes ya lo han vivido, la experiencia de existir en este medio antes que otros, en condiciones no iguales, pero sí semejantes entre convergencias de ciclos espacio-temporales (medios y situaciones que pueden equipararse, aunque los aspectos que los rodean cambien). Entre tanto, el futuro está atrás, aún no viene, aparecerá detrás del otro, apenas se está gestando y tomará el camino después del nuestro. La convergencia de ambos es el presente (Restrepo 2004, 17).

El espacio-tiempo andino se caracteriza por desarrollarse en un territorio biodiverso en el que se encuentran las mayores concentraciones de ecosistemas diversos (17), lo que permite una combinación de una multiplicidad de ciclos productivos. Algunos investigadores occidentales explicaron el espacio-tiempo andino de los incas indicando que la tierra (pacha) estaba controlada en forma vertical (18).

La tierra fue la base de la producción en la sociedad inca, y estuvo dividida en tierras del sol, del inca y de las comunidades (Wachtel 1976, 100). La propiedad de la tierra era colectiva, sin que esta sea más que la necesaria para la subsistencia familiar (101). Las actividades productivas se realizaban mediante el cultivo en terrazas y la utilización de complejos sistemas de irrigación que permitían el aprovechamiento de diversos climas y la irregularidad del terreno, lo cual permitió una dieta más completa con diferentes tipos de alimentos (98).

De acuerdo a la concepción del dualismo y cuatripartición, el Tahuantinsuyo es el imperio de los cuatro cuadrantes resultantes de la división que hizo Pachacutic en el año 1460: Chinchaysuyu (parte norte y central del Perú y Ecuador), Cuntisuyu (hacia la costa, hasta Ica y Moquehua), Collasuyu (incluyendo el lago Titicaca, la mayor parte de Bolivia, las tierras altas de Argentina y la mitad norte de Chile) y Antisuyu (que se extendía a una distancia indeterminada hacia el noreste y el sureste) (Rowe 1963, 262; traducción propia).



Mapa 1. El imperio incaico según Portillo (2010, párr. 4).

Así, el Tahuantinsuyo tiene como centro el Cuzco, que se divide en Hanan Cuzco y Hurin Cuzco, los cuales a su vez se dividen en cuatro cuadrantes que se agrupan de dos en dos. El dualismo y la cuatripartición, ordenados alrededor de un centro, desembocan en un tipo particular de partición quintuple (Wachtel 1976, 115):

En Cuzco se combinan el dualismo y la tripartición; cada barrio se divide en tres grupos, llamados Collana, Payan y Cayao, y cada uno de estos grupos se subdivide en tres ceques (117) con arreglo a las mismas categorías. Los ceques se definen a la vez social y espacialmente. Se trata de líneas imaginarias que divergen del centro de Cuzco y sobre las cuales se disponen un cierto número de lugares sagrados o huacas (montañas, fuentes, grutas, ídolos, etc.), cuyo culto se asigna a ciertos grupos sociales. En total, Cuzco comprende dos mitades (Hanan Cuzco y Hurin Cuzco), cuatro cuadrantes o barrios (Chinchaysuyu, Collasuyu, Antisuyu, Cuntisuyu) y doce grupos de tres ceques (cuatro grupos Collana, cuatro grupos Payan y cuatro grupos Cayao) (118).

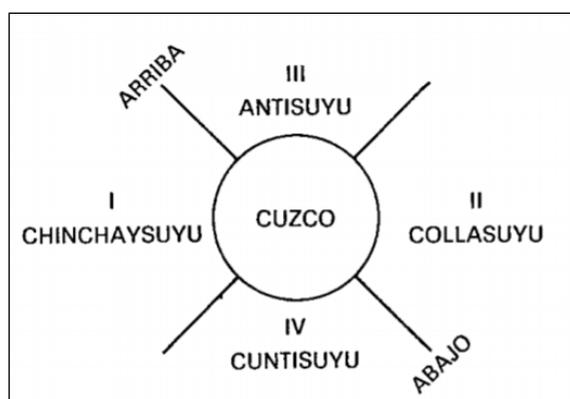


Gráfico 5. El sistema de los cuatro cuadrantes según Wachtel (1976, 114).

Esta división que hacían de lo sagrado refleja la visión dual y a la vez de totalidad que tenían los incas sobre la organización del universo que se ha señalado previamente (Yaya 2013, 175).

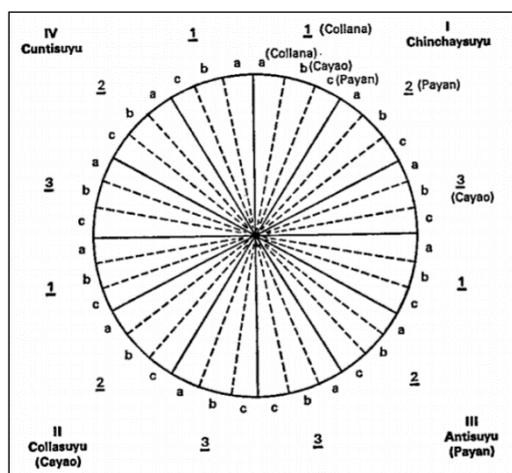


Gráfico 6. Organización del Cuzco según Wachtel (1976, 119).

La estructura económica del Estado inca, según Wachtel (1976, 96), se basa en dos principios: la reciprocidad comunal y la redistribución estatal. La primera consiste en el intercambio de bienes entre los individuos que conforman un grupo, basado en las relaciones de parentesco de sus miembros, que se apoyaban mutuamente en trabajos para el bien común. Mientras que la redistribución estatal implica una jerarquía que se aplica a grupos y a un centro coordinador. Las dos consideraciones anteriores se complementan, teniendo al Inca y a los jefes locales –llamados *curacas*– como nexos entre las dos categorías, y se combinan en el proceso de producción, distribución de la propiedad y el reparto del tributo (97).

González Suárez refiere que el Inca efectuaba la asignación de la tierra, las semillas y las cosechas considerando el número de miembros de la familia en beneficio del grupo, y la redistribución de los excedentes según la calidad de las cosechas:

Según el número de hijos que componían la familia, se aumentaba ó disminuía cada año la porción de terreno, pues por cada hijo varón se le adjudicaba una medida igual á la del padre, y por cada hija se le daba una mitad más. El soberano les repartía la semilla necesaria para la siembra de cada año, y vigilaba sobre todo los trabajos del cultivo. Nadie podía estar ocioso[,] [...] todos debían trabajar, unos ojeando los pájaros en las sementeras, otros limpiándolas de hierbas inútiles; éstos amasando el barro en la alfarería (González Suárez 1890, 217).

Para remediar la escasez en los años en que se perdieran ó fuesen malas las cosechas, mandaba recoger el Inca en graneros públicos todo el exceso de las cosechas de cada año, medida con la cual no estaba nunca expuesto el pueblo á los horrores del hambre. [...] Durante el gobierno de los Incas [...] no hay memoria de que provincia ninguna haya sido desolada por el hambre: si en una comarca cualquiera se perdían las cosechas, ahí estaban las trojes del Inca siempre llenas de granos de reserva para acudir inmediatamente á las necesidades de los pueblos (218-9).<sup>11</sup>

Los bienes circulaban por medio del trueque y del tributo en la medida en que no existía la moneda (Wachtel 1976, 107). Se dan tres tipos de obligaciones: el trabajo colectivo de la tierra, en el que los miembros del ayllu van a las tierras del Inca para cultivar en común; la mita, que son servicios individuales y periódicos para la ejecución de construcciones grandes, como caminos, templos, etc. (108), y el trabajo textil, que tuvo fines económicos, religiosos y mágicos (109). Según Estrella (1990, 64), la organización socioeconómica protegió “a los individuos, en tanto miembros de la comunidad; este sistema evitó el hambre en estas poblaciones, algo que no ha podido lograr integralmente nuestra actual estructura económica”.

<sup>11</sup> En este trabajo se respeta la ortografía, uso de mayúsculas, puntuación y sintaxis de los textos citados escritos por los autores antes del siglo XX.

En el labrar y cultivar las tierras también había orden y concierto. Labraban primero las del Sol, luego las de las viudas y huérfanos y de los impedidos por vejez o por enfermedad: todos estos eran tenidos por pobres, y por tanto mandaba el Inca que les labrasen las tierras. [...] Labradas las tierras de los pobres, labraba cada uno las suyas, ayudándose unos a otros, como dicen a tornapeón. Luego labraban las del curaca, las cuales habían de ser las postreras que en cada pueblo o provincia se labrasen. [...] Las últimas que labraban eran las del Rey: beneficiábanlas en común; iban a ellas y a las del Sol todos los indios generalmente, con grandísimo contento y regocijo, vestidos de las vestiduras y galas que para sus mayores fiestas tenían guardadas, llenas de chapería de oro y plata y con grandes plumajes en las cabezas (De la Vega 2009 [1609], 211-2).

La organización sociopolítica, igualmente, se basó en los principios de la dualidad, la tripartición y la división decimal. La dualidad y la tripartición son concepciones que han ordenado las estructuras del parentesco –reciprocidad–, en tanto que la división decimal, ordena la burocracia inca –redistribución– (Wachtel 1976, 114).

En el ordenamiento y utilización de los suelos también se manifiesta la concepción de la dualidad de dos mitades antagónicas y complementarias, así se ubican las tierras altas (hanan) y bajas (hurin) en donde desarrollan la producción agrícola (Rostworowski 1983, 29).

El principio de la tripartición se basa en el desdoblamiento de la organización dual en tres elementos (Wachtel 1976, 117) que, en el caso de la tierra, se dividía en tres partes: las tierras del inca, las del sol y las de la comunidad (100). La propiedad de la tierra comunitaria era colectiva, y se basaba en los vínculos de parentesco implicando, como se ha señalado, relaciones mutuas de ayuda (101):

Habiendo aumentado las tierras [en los territorios conquistados para el cultivo de maíz, por ejemplo], medían todas las que había en toda la provincia, cada pueblo de por sí, y las repartían en tres partes: la una para el Sol y la otra para el Rey y la otra para los naturales. Estas partes se dividían siempre con atención que los naturales tuviesen bastantemente en qué sembrar, que antes les sobrara que les faltara. Y cuando la gente del pueblo o provincia crecía en número, quitaban de la parte del Sol y de la parte del Inca para los vasallos; de manera que no tomaba el Rey para sí ni para el Sol sino las tierras que habían de quedar desiertas, sin dueño (De la Vega 2009 [1609], 211).

Las poblaciones precoloniales se organizaron en señoríos étnicos que estaban integrados por varias aldeas de una misma lengua, gobernadas por el jefe del grupo de parentesco de acuerdo a la capa social a la cual pertenecían por herencia (Oberem 1981, 49). Esta organización definía la forma de producción agrícola y acceso a los alimentos mediante la utilización de pisos ecológicos o hábitat diferentes.

Siguiendo a Oberem (1981, 51), las condiciones ecológicas y geográficas influyeron en el desarrollo y funcionamiento de las culturas:

La Sierra ecuatoriana tiene una extensión de 50 a 80 km de ancho por 650 km de longitud. A excepción de variaciones regionales encontramos aún en áreas limitadas de ella [...] las siguientes zonas climáticas: 1. el “piso temperado subtropical” entre los 1.500 y 2.000 m de altura con temperaturas medias de 20-15 °C; 2. el “piso temperado subandino” (2.000-3.300 y 15-10°C); 3. el “piso andino” de 3.300 a 4.600 m, y 4. el “piso frío glacial” a partir de los 4.600 m. El límite de cultivo está más o menos a los 3.500 m, el páramo comienza a los 3.300-3.500 m de altura.

Estas condiciones ecológicas posibilitaron que las poblaciones tuvieran una dieta equilibrada gracias al acceso a productos variados mediante el control de varios pisos ecológicos. Ese sistema de producción, denominado por Oberem (1981, 51) “microverticalidad” –que “quiere decir que los habitantes de un pueblo tenían campos situados en diferentes pisos ecológicos alcanzables en un mismo día con la posibilidad de regresar al lugar de residencia por la noche”– está basado en la racionalidad ecológica y en la organización de las comunidades andinas en sentido vertical, y permitía a los pueblos de la Sierra la reproducción económica y social de la comunidad.

Las poblaciones que utilizaban este sistema de microverticalidad estaban ubicadas en las partes altas y frías, y en los valles cultivaban los productos que necesitaban temperaturas más elevadas (Oberem 1981, 53). Este sistema fue esencial en el intercambio de productos entre pueblos cercanos que tenían diferentes climas, y posibilitó que las condiciones de salud y vida de las poblaciones sean adecuadas. Como lo refiere González Suárez (1890, 165), “las condiciones de sus pueblos, ventajosas para la salud, y su sistema de alimentación, contribuían muy mucho á conservarlos sanos, robustos y libres de las consecuencias, á que viven sometidos los pueblos modernos”.

Murra (1975, 60), por su parte, caracteriza a la forma de ocupación del suelo de las sociedades andinas precoloniales como “archipiélagos verticales”, una forma de cultivo en un máximo de pisos ecológicos que eran controlados verticalmente por:

sociedades demográfica y políticamente pequeñas –de 500 a 3.000 unidades domésticas [y] de 3.000 a un máximo de 18.000 a 20.000 almas [...]–; [con] núcleos de población y poder que a la vez eran centros de producción de los alimentos básicos [que] se ubicaban [...] por debajo de los 3.200 metros [...]; [y con] zonas periféricas [...] pobladas de manera permanente por asentamientos ubicados tanto por encima como por debajo del núcleo” (70-1),

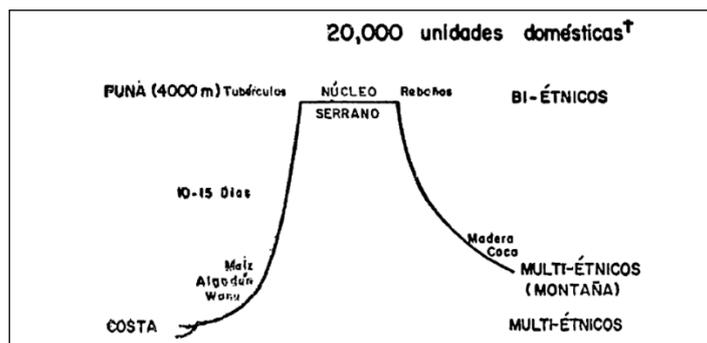


Gráfico 7. Caso de archipiélago a gran escala según Murra (1975, 77).

Murra (1975) describe un archipiélago a gran escala de la siguiente manera:

La población hacía un esfuerzo continuo para asegurarse el acceso a “islas” de recursos, colonizándolas con su propia gente, a pesar de las distancias que las separaban de sus núcleos principales de asentamiento y poder [...]. [A] tres días de camino hacia arriba, saliendo de núcleos serranos, [...] pastaban sus rebaños y explotaban salinas. A dos, tres o cuatro días camino abajo de los mismos centros de poder tenían sus cocales, bosques o algodinales” (62). Arriba del núcleo, [...], pastaban sus rebaños; [...] [y] excavaban la sal. Todas estas actividades [...] aseguraban a las comunidades y a los señores [...] el acceso a recursos que no se daban en la zona nuclear, donde quedaba el grueso de la población y el mando político (63). [A]rriba del núcleo había por lo menos dos pisos donde funcionaban poblaciones” (66).

Esta forma de control de los pisos ecológicos se mantuvo durante los siglos de la Colonia a pesar de las presiones contrarias de encomenderos, hacendados, corregidores y sus reducciones y composiciones de tierras (110). Con el establecimiento de la hacienda esta forma de producción vertical, que posibilitaba el acceso a una alimentación equilibrada y variada, fue cambiada por una horizontal, lo que produjo impactos profundos con graves afectaciones a la salud y nutrición de las poblaciones andinas, consecuencia nefasta que les ha acompañado por los últimos 500 años.

El cultivo en terrazas o andenes fue un sistema agrícola fundamental para las culturas incas y preincas porque optimizaron las condiciones ecológicas de la zona andina, impidiendo la erosión del suelo, y estas fueron la base económica fundamental para aquellas. Se construyeron con la mayor pendiente conocida en el mundo, y sirvieron para la conservación del medioambiente, el agua y la calidad del suelo (Llerena, Inbar y Benavides 2004, 13). Posibilitaron el cultivo permanente mejorando las condiciones de vida de las comunidades e incrementando el número de los asentamientos humanos (Kendall 2004, 99).

Otra técnica ampliamente utilizada en la época precolonial en los Andes fue la de los camellones o campos agrícolas elevados, que, según Denevan (2006, 17), incluía:

“toda preparación de terreno que involucre la transferencia de materiales terrosos para elevar el nivel del suelo sobre la superficie del entorno natural (ondulaciones, plataformas y montículos) con el fin de mejorar las condiciones de cultivo”.

La rotación de cultivos –que consiste en la sucesión de siembras de productos con cualidades nutritivas diferentes en un mismo suelo– fue una técnica adicional desarrollada y utilizada por los pueblos ancestrales a fin de controlar las enfermedades y plagas (Silva, Vergara y Acevedo 2015, 48). Los pobladores andinos conocían en qué nichos ecológicos específicos debían utilizarlos y cuáles eran los productos que debían rotar, así como su orden y tiempo de descanso (Murra 1975, 214).

En resumen, las técnicas agrícolas de las poblaciones precoloniales permitieron una economía autosostenible que sufrió y se degeneró como resultado de la discontinuidad cultural producida con la llegada de los españoles, quienes tenían como objetivo la extracción de riquezas (Kendall 2004, 101).

El intercambio de productos se realizaba mediante el trueque a cargo de los mindalaes, posibilitando el acceso a productos provenientes de zonas frías y de zonas cálidas, como la sal, la coca, el algodón, la madera, la canela, plantas colorantes, plantas medicinales y animales domesticados (Oberem 1981, 59).

Para sintetizar, la producción agrícola se desarrolló en una variedad de suelos y climas utilizando técnicas agrícolas como terrazas en las laderas, camellones en los valles, canales de riego, combinación de productos, rotación de cultivos y deshierbas, basándose en el dominio vertical de la ecología (Wachtel 1976, 98), lo que les permitía a las poblaciones ancestrales asegurar la producción y la disponibilidad de diversos tipos de alimentos (Echeverría y Muñoz 1988, 64).

Establecieron dos sistemas agrícolas para los Andes: uno dedicado principalmente a los tubérculos, y otro al maíz. Cada sistema tenía importancia diferente y su propia botánica y ecología, asociándose el cultivo de los tubérculos –domesticados localmente y que tenían un carácter ritual– a la altura, pues estos son resistentes a las heladas (Murra 1995, 181), por lo que se consideró a la papa como un alimento vulgar, y su consumo era prueba de un nivel social bajo. Mientras que el maíz fue producido en andenes o terrazas con sistemas de riego, y era utilizado con fines rituales, ceremoniales y de hospitalidad, como se refleja en los calendarios ceremoniales (Wachtel 1976, 99). Según Murra (1995, 182), la producción de cultivos específicos reflejaba una percepción de importantes diferencias biológicas, económicas y sociales de los alimentos.

Las poblaciones ancestrales utilizaban diversas técnicas de conservación de los alimentos –entre ellas, el ahumado, el tostado, la deshidratación, el salado, el asoleado y el molido– de gran importancia para alcanzar una mayor seguridad alimentaria para la comunidad, especialmente, en las épocas de malas cosechas (Estrella 1990, 56).

Los cereales, los tubérculos, las leguminosas y algo de verduras constituían la dieta diaria de los pueblos ancestrales:

Los indios... sustentanse con maíz tostado, hecho bolas y mazamorra; comen papas y unos gusanos que crían en la tierra, gruesos, que llaman cusos, y otro género de pescadito que se cría en los ríos, que llaman choncho, y ocas, ollocos, maxuas, arracachas, zapallos, jíquimas y avincas, raíces que se dan debajo de la tierra, como las papas, que se llaman turmas; y asimismo ají, que con otro que llaman chiche sabe y huele a camaroncillos; asimismo con yerbas que llaman yucas (sic, por yuyus) de diferentes maneras: unas se nombran paico, que ésta es buena para los dolores del estómago, vientre y muelas; y otras yuyoslluto, guacamullos, chimborazo, chulco, la hoja del nabo, altramuces, fríjoles, habas, albejas y quinua, esta es buena como arroz, para suelda con suelda (sic), y su agua para la orina (Rodríguez Docampo 1965 [1650] citado en Salomon 1980, 122-3).

La complementación de la dieta con el acceso a la carne y la fruta dependía de la ubicación ecológica y el intercambio. Según González Suárez (1892, 464), “[l]os indios [...] para comer de carne, [...] ordinariamente, en todo el año no la probaban, pues su alimentación era casi exclusivamente vegetal”. Salomon (1980, 136) añade: “El acceso a la carne, distinto al sistema de producción del maíz, singularmente favoreció a los mandatarios étnicos sobre los comuneros. [...] Presumiblemente las ocasiones de comer carne eran en los principales días festivos [...]. [E]l consumo de la carne marcó una escala de rango y privilegio” (136-7).

La crianza de cuyes para consumo de las poblaciones andinas ha estado presente históricamente, y ha contribuido a equilibrar la dieta. Adicionalmente, el cuy ha sido utilizado con fines ceremoniales y de diagnóstico de enfermedades. Retomando a González Suárez (1890, 159): “[n]o había casa en la que no se criasen manadas más ó menos numerosas de cuyes. Estos roedores le servían al indio de víctimas para sus sacrificios domésticos, y de potaje apetecido en sus fiestas y diversiones”.

Las crónicas de Indias, de igual manera, proporcionan información desde la visión de los cronistas españoles sobre los conocimientos de los pueblos precoloniales que fueron transmitidos oralmente en narraciones y cantos memorizados por los *amawtas* con la ayuda de pinturas murales y quipus que eran leídos por los quipucamayoc o intérpretes de los quipus. Según varios autores, entre ellos Borchart y Moreno (1997, 7), la tradición oral fue la fuente histórica más importante para Cieza de León (2005 [1533]). El

mantenimiento de la memoria, las formas orales y visuales de la interacción social y la creencia en estos sistemas son la forma de transmitir la experiencia vital para las sociedades que no están centradas en la escritura, al contrario de la cultura de los colonizadores. En el caso de los pueblos ancestrales es una memoria más social que individual (Yáñez 2002, 30).

La relación de identificación y contacto con la naturaleza es una de las características de los pueblos ancestrales: el ser humano se sentía parte de la misma, tenía contacto muy estrecho con ella, y trataba de encontrar en esta la explicación a todas sus preguntas. Así, la creencia de que los ríos y las montañas tenían poderes que debían ser respetados, se expresa en el siguiente texto:

adoran los ríos, las fuentes, las quebradas, las peñas o piedras grandes, los cerros, las cumbres de los montes que ellos llaman *apachitas*, y lo tienen por cosa de gran devoción; finalmente cualquier cosa de la naturaleza que les parezca notable y diferente de las demás, la adoran como reconociendo allí alguna particular deidad (De Acosta 1954, párr. 30; énfasis del autor).

### **2.1.1. Salud ancestral: conocimientos**

Los conocimientos de la salud ancestral se enmarcan en los modos de producir sentido de las sociedades precoloniales. La naturaleza, como se ha mencionado, es considerada un ser vivo que presenta una fuerte relación parte-todo, individuo-comunidad, comunidad-mundo, mundo-cosmos. La persona, como parte de un sujeto colectivo, está compuesta de elementos físicos y espirituales: el individuo como tal “no es nada” si no es parte de la comunidad y, al mismo tiempo, es estar-ser-hacer; su existencia tiene lugar en un universo vivo del que se siente parte, al igual que todos los elementos de la naturaleza (UIAW 2004, 178).

Los conocimientos y prácticas de salud ancestrales parten de una visión integral entendida como la articulación, la relacionalidad, la armonía, el conocimiento del todo, la experiencia plena del bien vivir (185), equivalente al bien estar, bien relacionarse, bien “enseñarse”, bien “llevarse” con todo lo que le rodea (Cachiguango 2009, 36).

En el mundo andino, la salud se definía como un estado de equilibrio de las personas que no están completamente sanas ni completamente enfermas. La enfermedad, por lo tanto, consistirá en una ruptura de ese nivel de equilibrio; pero ninguno de los dos estados –ni la salud ni la enfermedad– son absolutos, característica propia del pensamiento andino (Velasco 2010, 80).

La vida y la muerte son dos aspectos complementarios de la vida, al igual que la enfermedad, y manifestación de relaciones interpersonales y cósmicas (Yáñez 2002, 42). La concepción del mundo dividido en dos mitades que se complementan también se manifiesta en la enfermedad (UIAW 2004, 166).

La concepción de la vida y la salud tiene relación con la interpretación de integralidad anteriormente explicada, en la que toda persona, además, tiene elementos personales y colectivos influidos por relaciones interpersonales y cósmicas (Yáñez 2002, 42).

Para preservar la salud hay que conservar la relación del ser humano con la naturaleza que, como se ha mencionado, está vivificada. Así, tienen vida tanto la Tierra, la luna y el arcoíris como las normas del grupo social. También se debe solicitar la protección de dioses a los que se le han asignado poderes sobrenaturales (Hermida 1988, 18).

La salud fue considerada como una bendición de los dioses. Representa una dimensión de lo ideal de la vida que merece ser festejada y reconocida: “Había aquellos días, y también las noches, muchos bailes y cantares y cualquiera otra manera de contento y regocijo, así en las casas como en las plazas, porque el beneficio y la salud que habían recibido era común” (De la Vega 2009 [1609], 349).

Los elementos y fenómenos de la naturaleza que no podían ser explicados adquirieron una importancia mayor convirtiéndose en divinidades, como es el caso de la luna, el sol, el trueno, llegando a tener categoría de dioses. El sol (inti) y la luna (quilla) fueron los dioses más importantes entre los incas, a los que se les dedicaba una adoración especial mediante fiestas, sacrificios y diferentes ceremonias religiosas. La Tierra (pacha) fue también considerada como diosa:

Así mismo tenían estos indios por diosa a la Tierra, y cuando juraban la tocaban con los cuatro dedos de la mano derecha, y luego alzaban la mano en alto al Sol, o a la Luna, diciendo: “*jullol annan pacha ynde*, o *annan pacha quilla*”. Y así decían lo que querían proponer en su dicho: *Pacha* llama al Sol, hacedor de todas las cosas; *ynde* es el Sol; *quilla* es la Luna; *anna* es cosa alta; de manera que quiere decir: Juramento hago al Sol, o al hacedor de la gran Tierra y de la Luna (Gutiérrez de Santaclara 1963 [ca. 1590] citado en Di Salvia 2013, 94; énfasis del autor).

Guamán Poma de Ayala (1980b, 490; énfasis del autor) señala que a la medicina ancestral se llamaba “*hampi*”, y quienes la practicaban eran los “*hambicamoyoc*” (1980a, 134), que eran las personas que conocían las propiedades de las plantas medicinales, a las

que las denominaban “*uacanqui*: hierbas que usan los hechiceros” (1980b, 495) para la curación de diferentes enfermedades.

A los sacerdotes, caciques y shamanes, por el contacto que tenían con las divinidades, les correspondía ejercer la medicina y prácticas de salud ancestrales. Estos médicos desarrollaron conocimientos y emplearon variados recursos para reconocer las enfermedades, las causas que las originaron, tratar sus síntomas y malestares, y buscar la recuperación del estado de normalidad de las personas enfermas (Velasco 2010, 105).

En la cosmovisión ancestral se presentan posibles factores explicativos de la enfermedad, algunos de carácter animístico (mal aire, arcoiris, etc.), otros mágicos (como la brujería) o religiosos (como la desobediencia a preceptos divinos), a más de factores sociales (como la pobreza), ambientales (como la exposición al calor y al frío o a las fases de la luna) y condiciones personales (relaciones con el grupo, emociones fuertes, alcoholismo, penas o deseos insatisfechos) (Landívar 2004, 51-2).

Garcilaso de la Vega (2009 [1609], 115, 348-9), en sus *Comentarios reales de los incas*, menciona tres tipos de enfermedad: internas y externas, frías y calientes, y diurnas y nocturnas.

Las enfermedades internas, que eran consideradas como castigo de los dioses por pecados cometidos o por el ingreso del demonio o espíritus malignos, o de hechizos o brujerías, producían la pérdida de parte del propio espíritu. En cambio, entre las enfermedades externas se clasificaban las provocadas por traumatismos o por heridas recibidas en combates o accidentes, que producían lesiones en secciones del cuerpo, y sus causas eran naturales o por castigos de los dioses (León Barúa y Berendson 1996, 2).

Las enfermedades frías o cálidas se basaban en el principio de la dualidad que asume estados de equilibrio entre opuestos (Velasco 2010, 103). El calor representa actividad, energía, vida, mientras que el frío representa inactividad, debilidad, muerte (79). El estado ideal de salud estaría en un punto de armonía entre dichos extremos, mientras que la enfermedad aparece cuando el cuerpo pierde ese equilibrio (103).

En relación con las enfermedades internas y externas, Garcilaso de la Vega (2009 [1609], 348) identifica que: “[l]uego, en saliendo el Sol, habiéndole adorado y suplicado mandase desterrar todos los males interiores y exteriores que tenían”.

Otra explicación que los pueblos precoloniales tenían sobre la enfermedad era que el espíritu de la persona enferma se había escapado del cuerpo, o que algún espíritu maligno se había apoderado de ella, mientras que en otros casos provocaba el mal de susto o mal de espanto (Vallard 1995, 481).

Las poblaciones ancestrales andinas llevaban con orgullo las malformaciones del cuerpo y las enfermedades desagradables a la vista, pues se las consideraba como marcas de abolengo, señales de privilegio para desempeñar oficios delicados, o signos naturales de que la persona poseía condiciones mágicas extraordinarias. Pedro Weiss (1980, 29) anota que todas las enfermedades y malformaciones representadas en las cerámicas de los pueblos precoloniales reflejan la intención del indígena de personificar a la enfermedad en su ser mágico humanizado y no “al pobrecito enfermo [...] simbolizando conceptos abstractos, tales como fertilidad, fecundidad, señales de poderes mágicos sobrenaturales”:

Las quimeras de enfermos [...]; las personas con lesiones de la piel que se extienden sobre la barba, el pelo, el vestido; casos como el de una úlcera sangrante de la rodilla, que se repite en varios subestilos de la cultura peruana nazca demostrando que no se pretendió figurar un tipo clínico de úlcera, sino algún hecho o personaje legendario, caracterizado por esa lesión (Weiss 1980, 30).

En ese sentido, mucha de la información de los cronistas, junto con los testimonios arqueológicos, confirman que cualquier cosa diferente de lo normal podía tomarse por objeto de culto o confería un estatus especial: “[l]os mellizos, los siameses, los de nariz hendida, los jorobados, los manchados por nevis y hasta los invertidos eran tenidos en algunos lugares por personas sagradas” (Weiss 1980, 33).

Guamán Poma de Ayala (1980c, 197) refiere que el Inca reunía para que vivieran en un mismo lugar de la ciudad del Cuzco a las personas ciegas, jorobadas, cojas, enanas, mudas y de nariz hendida posibilitando que se multiplicasen entre ellas a fin de que los defectos no se agotaran.

### **2.1.2. Salud ancestral: prácticas**

Desde la época precolonial la medicina ancestral fue practicada, como se ha indicado, por shamanes, curanderos y herbolarios –llamados *kallawayas*– (El Emilio 2019, párr. 3), quienes curaban el cuerpo y el espíritu con hierbas, oraciones, música y danza. Sin embargo, la religión católica la asoció con “brujería”, y a quienes la practicaban se les denominó despectivamente: “curanderos”, “hierbateros”, “hechiceros” y “brujos”, aun cuando la medicina ancestral era superior a la medicina que los colonizadores trajeron de Europa. Esta situación llevó a que varios nombres de plantas – como la coca, la ayahuasca, el yopo y la chacruna– tendieran a desaparecer (párr. 8).

Los conocimientos sobre la utilización de plantas medicinales fueron muy amplios, sin embargo, no fueron reconocidos por el poder colonial:

muchas yerbas hay en el Perú de tanta virtud para cosas medicinales, [...] si las conocieran todas no hubiese necesidad de llevarlas de España ni de otras partes; mas los médicos españoles se dan tan poco por ellas, que aun de las que antes conocían los indios se ha perdido la noticia de la mayor parte de ellas. De las yerbas, por su multitud y menudencia, será dificultoso dar cuenta; baste decir que los indios las comen todas, las dulces y las amargas (De la Vega 2009 [1609], 427).

Según este mismo autor, los amautas “eran los filósofos y doctores de su república [incario]” (76). Mientras que Taylor (2008, 16; énfasis del autor), refiere que el *Manuscrito de Huarochiri* indica que “[l]a función profesional de los *amawta*, asimilados a los *doctores* de los españoles, que se dedican a curar al hombre enfermo, parece corresponder a aquella de un adivino que examina e interpreta los presagios”.

Guamán Poma de Ayala (1980b [ca. 1615], 223), a su vez, apunta que los:

cirujanos, barberos que curan y sangran y saben y conocen de las enfermedades y llagas, de las yerbas con que se han de curar, y medicinas y purgas de estos reinos; curan tan bien como un doctor o licenciado de medicinas, y dicen que todas las enfermedades proceden de dos cosas que tienen los hombres, calor o frío; en cualquier enfermedad y las dichas mujeres beatas y comadres, médicas, que curan y ayudan a bien parir a las mujeres preñadas, y algunas curan los desconcertados, las coyunturas y otras enfermedades a estos dichos indios le ponen en pleitos: el padre, corregidor, a los propios indios les llama hechiceros, no lo siendo, sino cristiano, antes conviene para el servicio de Dios y de Su Majestad y bien de los pobres indios.

Según De la Vega (2009 [1609], 115), los médicos herbolarios procuraban conocer la mayor variedad de plantas. Por su parte, Guamán Poma de Ayala (1980a [ca. 1615], 134) señala que a quienes se llamaba *hambicamayoc* tenían un gran conocimiento de las cualidades de las hierbas medicinales. Y Taylor (2008, 15) indica que el chamán o *kamasqa* es el que se beneficiaba de la fuerza vital procedente de una fuente animada para transmitirla a otros seres. El “*yaçaq* lit. ‘el que sabe’, designaba, entre otras cosas, también ‘curandero’ = *sabio*” (185; énfasis del autor).

Tabla 1  
**Nombres de médicos ancestrales referidos por Guamán Poma de Ayala**

Nombre	Definición	Página
Hambicamayoc	Que curan con hierbas	134*
Uauauachachic	Partera, beata, comadre	134*
Uieza allichac hanpicamayoc		134*
Paya	Vieja partera	152*
Amauta	Sabio, maestro	487
Hampioc	Hechicero	490
Layca	Hechicero	491
Quichicauan	Cirujano	493
Sircac	Sangrador	494
Tasqui oncoy	Hechicero o curandero	494

Fuente: Guamán Poma de Ayala (\* 1980a [ca. 1615]; 1980b [ca. 1615], 490-4).  
 Elaboración propia.

En el recuadro 1 se presenta una lista de los médicos ancestrales de las poblaciones originarias andinas, con sus respectivas prácticas curativas y de sanación, que han perdurado hasta la época actual, según la investigación realizada por Oscar Velasco (2010).

Recuadro 1  
**Médicos ancestrales andinos según Velasco**

- “Yatiri” (del aymara yatiña = saber). Yatiri “es el sabio, el que sabe todo. El que tiene una gran experiencia. Que sabe y puede solucionar problemas” (255). Entre las actividades que realiza el yatiri están: leer las hojas de coca, adivinar con el oráculo, adivinar por las cartas, curar con plantas medicinales, brindar consejos, realizar rituales, devolver las brujerías o encantamientos.
- “Aysiri” (del aymara aysuña = sacar algo del interior. En quechua: aysay = tirar, jalar). Otro nombre es kutiri: el que realiza cambios. Entre las actividades que realiza se encuentra: tratar “las enfermedades que surgen como resultado de haber perdido el ajayu o ánimo” (259) por no respetar a ciertas divinidades o por sortilegios que realizan algunos brujos o laykas. “Pueden también sacar el ajayu a la distancia a personas sanas, lo que puede tener un sentido negativo relacionado con el mal” (260). El aysiri “averigua con un ritual (puede ser leyendo coca, viendo los naipes, observando la orina del enfermo), y si confirma que se trata de un daño por salida del Ajayu, entonces acepta realizar la curación” (260).
- “Tulluri” o huesero. “Es el especialista dedicado a tratar los males que atacan a los huesos del cuerpo y a las articulaciones como resultado de un desbalance de los extremos calor y frío o como castigo por las momias o chullpas” (263). Entre las actividades que realiza están:

Son convocados en los casos en que una persona sufre una fractura o traumatismo, también cuando hay daños en huesos tales como supuraciones, salida de fragmentos de hueso a través de heridas, [...] son capaces de reducir fracturas y luxaciones, curar daños por infección en articulaciones o huesos. Hacen masajes simples y otros más complejos con aplicación de

pomadas a base de grasa de llama y *millu*, que es el salitre. Asimismo, desarrollan rituales para pedir perdón a las *chullpas* o almas de los antiguos cuando están castigando a una persona (264; énfasis del autor).

- “Ichuri” (que emplea la paja brava o ichu). Se trata de una categoría de ritualistas y especialistas que observan la orina. Pueden ser varones o mujeres. Entre las actividades que realiza se encuentran:

se dan cuenta del funcionamiento del organismo de su paciente a través de su orina, empleando las pajas para determinar detalles que ellos saben interpretar [...] las pajas les sirven como elemento para afinar su agudeza mental, y con su manejo pueden asumir detalles que no están a la vista, que les sirven para diagnosticar el mal y su causa, o para dar consejos cuando son solicitados [...] son ritualistas que se hacen cargo de ceremonias en las fechas importantes del año (266).

- “Jampiri”, hierbero, hierbatero. “En quechua se denomina como jampiri (de jampi = remedio). En aymara es qolliri, (de qolla = hierba o remedio). Este modelo de curandero es el más conocido en el territorio andino y a veces se lo toma como prototipo” (266). Entre las actividades que realiza según se encuentran:

Atiende las solicitudes de familiares y enfermos para ir a su vivienda y averiguar de qué enfermedad se trata y cuál será la conducta para su tratamiento. En el domicilio realiza sencillas ceremonias como leer coca o leer las cartas, con lo que averigua el tipo de enfermedad, su nivel de gravedad y la terapia que puede emplear [...]. [T]oman “los pulsos”, palpando en ambas muñecas al mismo tiempo, con esta maniobra se dan cuenta del funcionamiento de *sonqo*, un complejo órgano formado por la unión del corazón, pulmones, hígado y vesícula, uréteres y vejiga. [...] También se fijan en el brillo de los ojos o las distintas coloraciones que puede adquirir la esclerótica, que en su modelo de fisiología deben corresponder a ciertas modificaciones en el funcionamiento corporal[;] [...] pueden observar la orina, heces, sangre menstrual o vómitos biliosos, con el fin de comprobar su aspecto y relacionarlo con un nivel de gravedad y con el posible mal funcionamiento de un órgano (267; énfasis del autor).

- “K’aquri”, qaqudor (en quechua: que frota o hace masaje). Es el que aplica masajes en casos de dolor, malestares del vientre y en enfermedades que afectan a huesos o articulaciones. Se dedica a actividades curativas con masajes y con muy pocos elementos medicinales. Es extraño que participe en rituales:

Intenta resolver algunos casos de “dolor de estómago” con masajes. [...] También hacen frotaciones muy suaves en niños que sufren de diarrea por la enfermedad denominada *wisa thallisqa* (estómago revuelto) y en *sik’i chupasqa* (“que le dobló la colita”); la gente considera que ambos cuadros se resuelven en gran medida con masajes (269).

- “Mulliri” (que trata la mulla o principio vital). Es una combinación entre ritualista y médico, trata con personas que sufren alguna afección de su mulla (es una energía que radica en la bilis y que puede ser regulada por el hígado). Entre sus actividades:

Realiza ceremonias con las cuales inicialmente trata de eliminar las energías que están afectando la mulla de su paciente. Una de estas actividades se denomina “picharada” (“limpieza o limpia”), que consiste en pasar por el cuerpo del paciente un ramo de ciertas plantas, hojas o flores [...] Al final suele echarse con agua fría o el curandero escupe un trago de licor sobre el paciente [...] también realiza ceremonias en las que sacrifica un animal y lo ofrece a la divinidad en lugar del enfermo (271).

- “Ch’amakani” (en aymara: que trata con la oscuridad o con lo desconocido). Cumple con el rol de chamán. Suele identificar el mal entrando en un estado de éxtasis o trance. Entre las actividades que cumple:

Realiza ceremonias en las cuales entra en estado de trance, en medio del cual presta su cuerpo para que se manifiesten dos o más entidades divinas (273). [...] Una de las divinidades asume un rol de defensa del enfermo y solicita a la otra (al castigador o al que ataca la salud del paciente) que lo perdone. [...] La ceremonia generalmente termina cuando la entidad “mala” o “castigadora” acepta perdonar al paciente y, por decirlo, “suelta” el ajayu, permitiendo que sea reintroducido en el cuerpo del enfermo, que con esto podrá recuperar su equilibrio interior (274).

- “Usuyiri yanapiri” (que ayuda a enfermarse), partera. También se llaman mamahuas:

Las *usuyiris* se hacen cargo muy precozmente de atender a embarazadas, aunque no podría darse una denominación de control prenatal, sin embargo, observan el bulto que llevan en el vientre, toman los pulsos y se fijan en los ojos, y con esa información saben si el embarazo está transcurriendo normalmente o si se prevé complicaciones. [...] Pueden dar indicaciones acerca del sexo de la criatura y la fecha en que se dará el parto. [...] En realidad no hacen maniobras para atender el parto, se limitan a observar la manera en que transcurre y toman al niño cuando ha salido completamente, ligan el cordón con un *caytu* (hilado con lana de oveja o llama) y cortan el cordón con un fragmento de cerámica, no emplean ni tijeras ni elementos cortantes metálicos. [...] En caso de complicaciones son capaces de proceder a la “manteada”,\* con movimientos cuidadosos a fin de girar el cuerpo de la mujer, aplicando frotaciones en el vientre, que dan como resultado verdaderas versiones externas que suelen solucionar casos de mala posición fetal (277; énfasis del autor).

- “Qapachakera”, chiflera. Son mujeres cuya actividad es la de expender los remedios tradicionales (282). Entre las actividades principales que realizan están:

el comercio de medicinas tradicionales en una comunidad, una zona rural o en determinados barrios de las ciudades. Estas mujeres tienen a su cargo disponer las medicinas en la forma que indican los curanderos o según las necesidades de las familias. [...] Para su actividad tienen un puesto que les sirve para mostrar la variedad de *qollas o jampis* (medicinas) que ofrecen (282). [...] [H]ay mujeres que ofrecen una variedad de formas medicinales, tanto vegetales como animales, minerales y elementos para rituales (283; énfasis del autor).

---

\* “La técnica del manteo es una práctica ancestral de las parteras para favorecer el trabajo de parto a través de la movilidad pélvica y estática fetal” (Valdivia 2019).

Por los restos arqueológicos encontrados, se conoce que los médicos ancestrales practicaban intervenciones quirúrgicas como exodoncias, trepanaciones craneales, reducción de cráneos y conservación de la piel (Estévez 2004, 25).

Para cada una de las enfermedades externas, que se manifestaban en forma visible, se realizaban tratamientos –como emplastos o frotaciones del cuerpo– con plantas medicinales con cualidades curativas diferentes. En tanto que las internas, que no se manifestaban físicamente, que se originan en el susto o el miedo, o cuando el enfermo había sido aterrorizado por “pasar cerca de un lugar de mala fama, o al ser tocado por una tromba de polvo, o arrastrado por un torbellino” (Vallard 1995, 482), o por la pérdida del alma (Paredes Borja 1963, 159), el robo del espíritu o porque algún espíritu maligno se apoderaba del cuerpo de una persona, podían ser tratadas con trepanaciones, cuyo objetivo era abrir “una ventana para que por ella salga el espíritu maligno” (160).

Consistían en orificios que se abrían en el cráneo utilizando una hoja filosa en forma de media luna llamada tumi (158).

Los primeros pobladores de los territorios andinos al sentirse parte y en contacto estrecho con la naturaleza desarrollaron su medicina y prácticas de salud alrededor de la gran riqueza herbolaria de la región. Se conoce de la existencia de más de 1.000 plantas medicinales desconocidas en Europa (Harari y Harari 2000, 30).

Entre las prácticas que se realizaban para aliviar varios tipos de dolores del cuerpo, los autores mencionan las sangrías y las purgas:

se sangraban de brazos y piernas, sin saber aplicar las sangrías ni la disposición de las venas para tal o tal enfermedad, sino que abrían la que estaba más cerca del dolor que padecían. Cuando sentían mucho dolor de cabeza, se sangraban de la junta de las cejas, encima de las narices. La lanceta era una punta de pedernal que ponían en un palillo hendido y lo ataban por que no se cayese, y aquella punta ponían sobre la vena y encima le daban un papirote, y así abrían la vena con menos dolor que con las lancetas comunes (De la Vega 2009 [1609], 114).

Este tipo de procedimientos eran practicados por mujeres adultas llamadas “paya” (Guamán Poma de Ayala 1980a [ca. 1615], 152) y médicos ancestrales que tenían experiencia y conocimientos en el tema:

particularmente viejas (como acá las parteras) y grandes herbolarios, que los hubo muy famosos en tiempo de los Incas, que conocían la virtud de muchas yerbas y por tradición las enseñaban a sus hijos, y éstos eran tenidos por médicos, no para curar a todos, sino a los Reyes y a los de su sangre y a los curacas y a sus parientes. La gente común se curaban unos a otros por lo que habían oído de medicamentos (De la Vega 2009 [1609], 115).

El conocimiento de las cualidades de las plantas medicinales permitió a los médicos ancestrales la utilización de estas para purgas en el tratamiento de dolores de estómago y problemas intestinales: “tenían costumbre de purgarse cada mes con su purga que ellos le llaman bilca tauri, con tres pares de grano pescado con maca y lo adjuntan y lo muelen y se la beben” (Guamán Poma de Ayala 1980a [ca. 1615], 52).

Purgábanse de ordinario cuando se sentían apesgados y cargados, y era en salud más que no en enfermedad. Tomaban (sin otras yerbas que tienen para purgarse) unas raíces blancas que son como nabos pequeños. Dicen que de aquellas raíces hay macho y hembra; toman tanto de una como de otra, en cantidad de dos onzas, poco más o menos, y, molida, la dan en agua o en el brebaje que ellos beben, y habiéndola tomado, se echa[n] al sol para que su calor ayude a obrar. [...] Mientras [la purga dura], está el paciente totalmente descoyuntado y mareado, de manera que quien no tuviere experiencia de los efectos de aquella raíz entenderá que se muere el purgado; no gusta de comer ni de beber, echa de sí cuantos humores tiene; a vueltas salen lombrices y gusanos y cuantas sabandijas allá dentro se crían. Acabada la obra, queda con tan buen aliento y tanta gana de comer que se comerá cuanto le dieren. A mí me purgaron dos veces por un dolor de estómago que

en diversos tiempos tuve, y experimenté todo lo que he dicho (De la Vega 2009 [1609], 114-5).

Las plantas medicinales, llevadas desde diferentes zonas por las que se extendió el incario, se cultivaron en Machu Picchu por su privilegiada ubicación y clima, con ellas se trataron enfermedades respiratorias, del sistema inmunológico, gastrointestinales y oculares. La hoja de coca –planta sagrada para los incas– cumplió la función de anestésico mezclada con licores naturales y otras hierbas. En la actualidad, esta hoja se sigue utilizando generalizadamente, especialmente en Bolivia, para “acullicar”,<sup>12</sup> y también en rituales para provocar estados alterados de conciencia (El Emilio 2019, párr. 11). De la misma manera, en otros territorios de la zona andina, el consumo de mate de coca se lo realiza para evitar el “soroche” (o mal de altura) que se produce por la falta de oxigenación en las personas que no están acostumbradas a las alturas de los Andes.

La coca fue utilizada en la zona andina con fines curativos como estimulante para trabajar:

se colige de que los indios que la comen se muestran más fuertes y más dispuestos para el trabajo; y muchas veces, contentos con ella, trabajan todo el día sin comer. La cuca preserva el cuerpo de muchas enfermedades, y nuestros médicos usan de ella hecha polvos, para atajar y aplacar la hinchazón de las llagas; para fortalecer los huesos quebrados; para sacar el frío del cuerpo o para impedirle que no entre; para sanar las llagas podridas, llenas de gusanos. [...] Entre otras virtudes de la cuca se dice que es buena para los dientes (De la Vega 2009 [1609], 425, 427).

El conocimiento de las plantas medicinales también se manifestó en la utilización de resinas de árboles para curar las heridas y dolores de las articulaciones:

la leche y resina de un árbol que llaman *mulli* y los españoles *molle*; es cosa de grande admiración el efecto que hace en las heridas frescas, que parece obra sobrenatural. La yerba o mata que llaman *chillca*, calentada en una cazuela de barro, hace maravillosos efectos en las coyunturas donde ha entrado frío (De la Vega 2009 [1609], 115; énfasis del autor).

De la Vega (2009 [1609], 116) refiere que se realizaban curaciones con raíces de grama para fortalecer y renovar las encías de la boca, mientras que para problemas de los ojos utilizaron el matecllu (matico) que crecía en los arroyos. Hacían un:

<sup>12</sup> El acullico –“pequeña bola hecha con hojas de coca, que suele mezclarse con cenizas de quinua y papa hervida, y que se masca para extraer un jugo de efecto estimulante” (RAE 2020a)– es frecuente entre las poblaciones andinas. Se la usa con el fin de tener más energías para el trabajo. “[E]sta práctica existe desde hace 4000 años. [...] [L]as hojas no son mascadas sino son mantenidas en la boca conjuntamente con la saliva [y] una sustancia alcalina [...] como ‘lejía’, ‘cuta’ o ‘pillagua’” (IBBA 2008, 9).

zumo echado a prima noche en los ojos enfermos, y la misma yerba mascada puesta como emplasto sobre los párpados de los ojos [...] gasta en una noche cualquier nube que los ojos tengan y mitiga cualquier dolor o accidente [...] un español que me juró se había visto totalmente ciego de nubes y que en dos noches cobró la vista mediante la virtud de la yerba (De la Vega 2009 [1609], 116).

El maíz, además de ser utilizado en rituales y como alimento, se lo uso con fines medicinales:

los mismos españoles han filosofado de lo que han visto, y así han hallado que el maíz, demás de ser mantenimiento de tanta sustancia, es de mucho provecho para mal de riñones, dolor de ijada, pasión de piedra, retención de orina, dolor de la vejiga y del caño; y esto le han sacado de ver que muy pocos indios o casi ninguno se halla que tenga estas pasiones, lo cual atribuyen a la común bebida de ellos, que es el brebaje del maíz, y así lo beben muchos españoles que tienen las semejantes enfermedades (De la Vega 2009 [1609], 117).

De la Vega (2009 [1609], 419; énfasis del autor) describe otras plantas utilizadas para varias enfermedades:

Hay otra fruta que nace debajo de la tierra, que los indios llaman *ínchic* y los españoles *maní* [...]; el *ínchic* semeja mucho, en la médula y en el gusto, a las almendras; si se come crudo ofende a la cabeza, y si tostado, es sabroso y provechoso; con miel hacen de él muy buen turrón; también sacan del *ínchic* muy lindo aceite para muchas enfermedades. Demás de estas frutas nace otra de suyo debajo de tierra, que los indios llaman *cuchuchu*; [...] que [...] es sabrosa y dulce; cómese cruda y es provechosa para los estómagos de no buena digestión; son como raíces, mucho más largos que el anís.

Las hojas de árbol de maguey fueron usadas con fines curativos:

los indios la cogen y de ella hacen brebaje fortísimo, mezclándola con el maíz o con la quinua o con la semilla del árbol mulli. También hacen de ella miel y vinagre. Las raíces del *chuchau* muelen, y hacen de ellas panecillos de jabón, con que las indias se lavan las cabezas, quitan el dolor de ellas y las manchas de la cara, crían los cabellos y los ponen muy negros (De la Vega (2009 [1609], 423; énfasis del autor).

Para los Andes, en lo que hoy es el Ecuador, Paredes Borja (1963, 46-7; énfasis del autor) señala una lista de plantas medicinales, entre las cuales se destacan:

[E]l PAICO [...] para la memoria, [...]; las hojas de MASTUERZO [...] para aplicación local sobre zonas inflamadas, [...]; el MATICO [...] para inflamaciones y hemorragias gastro intestinales [...]; el AJI [...] para la hemorroides y rectitis; el CHAGUARMISCHQUI (licor dulce del cabuyo) para tónico; la CHICHA como tónico y diurético [...]; el HUANTUG [...], el CHAMICO [...] y el FLORIPONDIO [...] como analgésicos y estupefacientes; [...]; el TABACO [...] para los cólicos intestinales; la ZARZAPARRILLA [...] y el PALO SANTO [...] como depurativos; [...]; la GUAYUSA [...] como bebida tónica; [...]; las hojas de MOLLE [...] en infusión para lavado de heridas

y úlceras; [...]; el CHULCO para aplicación en las verrugas; la AYAGUASCA [...] como ilusiógeno y estupefaciente.

Este mismo autor menciona que se usaron otras plantas con fines curativos – aunque sus propiedades no han sido documentadas –, entre ellas, por ejemplo:

La ZARZAPARRILLA [...]. Raíz y corteza las usaron Huancavilcas y Punáes, como depurativo y para “las fiebres tropicales”. [...], a mediados del siglo XVI, la conoció, describió y habló de sus propiedades Monardes, elogiando las virtudes del agua del río Guayas, en donde los indios se curaban bañándose, bebiendo de las mismas aguas y tomando cocimiento de la raíz de zarzaparrilla (104; énfasis del autor).

Algo muy semejante sucede con el llamado palo santo, que durante el período colonial fue recomendado como remedio para el “mal de bubas”:

que desaparece dice, [Monardes] con sólo beber el agua del maravilloso árbol. Y no sólo ésto, que ya fue de as[o]mbro, sino que se cura con el leño la hidropesía, el asma, la gota, los males por enfriamiento, el reumatismo, las enfermedades del riñón y de la vejiga urinaria. En una palabra, para todo aquello que fue por entonces un problema sin resolución, allí estuvo EL PALO SANTO (106; énfasis del autor).

Los incas acompañaron el uso de plantas medicinales con rituales relacionados a la espiritualidad y la energía:

Esta medicina natural y tradicional es la puerta de entrada a un universo mágico, compuesto no solamente por un profundo conocimiento de las propiedades curativas de las plantas medicinales, sino también por converger las filosofías de vida y espiritualidad con una concepción sagrada de los elementos que nos brinda la naturaleza (El Emilio 2019, párr. 2).

El conocimiento de propiedades de diversas plantas incluyó el de aquellas utilizadas para paralizar peces o animales, entre ellas cabe mencionar las que tuvieron más difusión por sus evidentes poderes:

EL BARBASCO [...] [es un a]rbusto tropical del que se usan las raíces machacadas. Su principio activo LA ROTENONA, actúa cambiando la tensión superficial de los líquidos en las branquias de los peces, por lo que su uso se hizo exclusivo para la pesca de río. [...]. EL SHANSHI [...]. [Es un a]rbusto del altiplano, que da un fruto rojo oscuro, esférico, pequeño. Es un veneno del Sistema nervioso. [...]. EL ZAPOTE BLANCO [...]. [Es un a]rbusto con fruto. Los aztecas emplearon sus semillas como hipnótico (107-8; énfasis del autor).

Igualmente, los pobladores amazónicos han utilizado desde tiempos inmemoriales los conocimientos de los mayores sobre las plantas de sus territorios:

Con el nombre de alubillo se conoce un arbusto al que los selváticos del Oriente atribuyen efectos semejantes a los del manzanillo asiático, intoxicando a los que descansan en su sombra (Arcos 1979, 53).

La miel de abejas silvestres también fue utilizada de diversas maneras: “limpia, olorosa y muy dulce; llevada a tierras frías se cuaja y parece azúcar; tiénela en mucha estima, no sólo para comer, mas también para el uso de diversas medicinas, que la hallan muy provechosa” (De la Vega 2009 [1609], 438).

Algunos animales eran reconocidos por tener propiedades medicinales, como es el caso de las llamas, que, además de ser usadas como alimento, medio de carga y de transporte, para fines ceremoniales, y para confeccionar su vestimenta, sirvieron como medicina:

Con manteca de RUNALLAMA se sobaron y servía para sus emplastos en artritis y dolores de toda clase y lugar. Su lana, por magia analógica, se aplicaba al conducto auditivo externo de los sordos, para que adquirieran la vivacidad auditiva de la llama, [...]. Su carne cruda se aplicaba a los ojos para la conjuntivitis, y en el caso especial de muy dolorosa y grave ocasionada por el reflejo de la luz en los nevados de la cordillera, [...]. La piel de una llama desollada, humeante, se envolvía a los febricitantes y artríticos, se la cosía con cabuya amoldándola al cuerpo y se le dejaba al enfermo junto a la TUSCHPA para que sude copiosamente (Paredes Borja 1963, 143-4; énfasis del autor).

Entre los incas, el conocimiento de los efectos del veneno y su uso se extendió por todos sus extensos territorios:

[U]nos, eran conocidos por el pueblo entero, otros, tan sólo por una tribu y no faltaron algunos, cuyo secreto pertenecía a una sola familia y eran transmitidos de generación en generación como una herencia sagrada; al conocimiento de las propiedades tóxicas de cada vegetal acompañaba, por lo regular, el de otra sustancia o composición que neutralizaba el efecto del veneno y servía de poderoso antídoto. [...] [L]os indios [...] muchas veces preferían morir por su secreto antes que descubrirlo a sus implacables enemigos (Arcos 1979, 52-3).

En el transcurso del año se realizaban fiestas ceremoniales dedicadas a los dioses que coincidían con los solsticios y equinoccios a fin de desterrar las enfermedades. Garcilaso de la Vega señala cuatro que fueron las más importantes:

Cuatro fiestas solemnes celebraban por año los Incas en su corte. La principal y solemnísimas era la fiesta del Sol llamada Raymi, [...] la segunda y no menos principal era la que hacían cuando armaban caballeros a los noveles de la sangre real [...]. La tercera fiesta solemne se llama Cusquieraymi; haciase cuando ya la sementera estaba hecha y nacido el maíz [...]. Pues como el maíz fuese el principal sustento de los indios y el hielo le fuese tan dañoso, temíanle mucho, y así, cuando era tiempo de poderles ofender, suplicaban al Sol, con sacrificios, fiestas y bailes y con gran bebida mandáse al hielo no les hiciese daño. [...] La cuarta y última fiesta solemne que los Reyes Incas celebraban en

su corte llamaban Citua; era de mucho regocijo para todos, porque la hacían cuando desterraban de la ciudad y [de la] comarca las enfermedades y cualesquiera otra penas y trabajos que los hombres pueden padecer (De la Vega 2009 [1609], 346-7).

Muchas comunidades practicaban actos ceremoniales, que respondían a la visión dual y complementaria del mundo, con el fin de mejorar la salud. Así, la fiesta de la Citua se la realizaba en septiembre el primer día de la luna, luego del equinoccio. Consistía en ayunos que se hacían por varios días y que servían para que el cuerpo se limpiara de los males. Esta fiesta se llevaba a cabo en el día, y tenía como fin desterrar las enfermedades diurnas, en tanto que para desterrar las enfermedades nocturnas Garcilaso de la Vega (2009 [1609], 349; énfasis del autor) describe que:

La noche siguiente salían con grandes hachos de paja, tejida como los capachos del aceite, en forma redonda como bolsas: llámanles *pancuncu*; duran mucho en quemarse. Atábanles sendos cordeles de una braza en largo; con los hachos corrían todas las calles, hodeándolas hasta salir fuera de la ciudad, como que desterraban con los hachos los males nocturnos, habiendo desterrado con las lanzas los diurnos.

## **2.2. La Conquista y la Colonia**

### **2.2.1. El despojo de lo ancestral**

En la Colonia del siglo XVI los españoles se encontraron en la zona andina con una organización social diferente a la europea basada en: relaciones de parentesco; una concepción dual del mundo dividido en dos mitades antagónicas y complementarias; el tiempo y espacio cíclicos que se intersectan en el aquí y ahora, y principios de reciprocidad y de redistribución. Encontraron un territorio en el que el manejo de los recursos naturales se realizaba, como se ha mencionado, utilizando sistemas de rotación de cultivos sustentados en el calendario lunar, el control vertical de la tierra para el acceso a productos de diferentes pisos ecológicos, la construcción de terrazas y sistemas de riego especiales. Y seres humanos con gran conocimiento sobre salud, enfermedad y uso de plantas medicinales y prácticas curativas. “El *Tahuantinsuyu* era un mosaico de nacionalidades; a la llegada de los españoles gran parte de estos pueblos estaban en proceso de asimilación de la cultura de los incas. Por este motivo, no se puede encontrar una organización social homogénea en todo el imperio” (Zaruma 2006, 47; énfasis del autor).

González Suárez (1890, 208-9) refiere que los españoles, a su llegada, encontraron que los pobladores de estos territorios eran:

Robustos, más bien altos de cuerpo que no pequeños ni medianos, enjutos de carnes, pero gruesos de miembros, de color oscuro bronceado, de facciones toscas, frente estrecha, nariz ancha, cabellos negros, lacios y abundantes: taciturnos y disimulados.

Mientras que Naranjo (1985, 30) menciona que las figuras antropomórficas en piedra y cerámica de la época precolonial constituyen representaciones óptimas de seres humanos bien desarrollados.

La organización social y el sistema de producción agrícola de los pueblos ancestrales contribuían a la salud de la población, fundamentalmente porque tenían acceso a una diversidad de alimentos. En relación con esto, González Suárez (1891) señala que, al llegar los españoles al “Nuevo Mundo”:

miraban con sus propios ojos, y no sin asombro, las grandes porciones de terreno cultivado, las vistosas sementeras de maíz y las plantaciones de cacao, que encontraban al paso y junto á los pueblos (24). [H]allaron maíz en tanta abundancia, que hicieron de él pan, vino, miel, vinagre, guisándolo de muchas maneras (25).

[...]

[C]on sus frondosas arboledas y sus campos diligentemente cultivados: por todas partes los españoles encontraban señales de adelanto, de prosperidad y de hábitos de trabajo. Los sistemas de regadío, con que en los valles se sabía utilizar el agua de los ríos, manifestaban que la agricultura era muy conocida y practicada por los indios (74).

En los estudios sobre las cifras de la población indígena antes de la llegada de los españoles al Abya Yala, las estimaciones más conservadoras señalan que existieron alrededor de 12 millones de habitantes. Rosenblat (1954) estima que, hacia 1570 la población existente era de 9'707.000; hacia 1620 se habría reducido a 9'095.000, y a 1820 a 7'160.000. Lo que significó que, en el período colonial, en lo que ahora es América Latina, se redujera en un 27% la población.

Los impactos en la estructura demográfica derivada del mantenimiento del sistema colonial explotativo fueron significativos. Estudiosos de la demografía consideran que, en el siglo XVIII, el 63% de la población era indígena, reduciéndose dicho porcentaje de forma significativa en el transcurso del tiempo, como se puede apreciar en la tabla 2.

Tabla 2  
**Porcentaje de la población indígena en Abya Yala entre los siglos XIX y XX  
 con relación a la población total de cada año**

<b>Año</b>	<b>Porcentaje</b>
1825	36
1940	10
1950	9
1962	8
1978	8
1990	10

Fuente: Lizcano (2007, 93).  
 Elaboración propia.

La Conquista y la Colonia tuvieron entre sus consecuencias la disminución de la población provocando una crisis demográfica en los territorios conquistados por los europeos. Según Larraín (1980a, 45), existieron razones exógenas –como guerras, conflictos intertribales, la exposición a nuevas epidemias que trajeron los españoles, como la viruela y el sarampión (83), frente a las que la población indígena no tenía inmunidad (Larraín 1980b, 80)– y endógenas, provocadas por sequías –que limitaban la disponibilidad de alimentos–, el hambre, la desnutrición, el cumplimiento de las tandas de las mitas mineras, la fundación de ciudades hispanas y la excesiva tributación (Larraín 1980a, 45). Adicionalmente, causaron un imperdonable genocidio, los traslados masivos y los castigos y tormentos a los que fue sometida la población indígena (Zamora 1983). Se estima que el 80% de la población sucumbió ante las causas ya mencionadas (Larraín 1980b, 95).

La grave reducción de la población está relacionada a la imposición colonial. Al mismo tiempo que se impuso el nuevo dios de los conquistadores españoles subordinando la “visión indígena”, el mercantilismo europeo impuso la utilización de la moneda y desplazó la forma como las poblaciones ancestrales circulaban los bienes por medio del trueque y del tributo sin la utilización de aquella (Wachtel 1976, 107). Esto trajo como consecuencia drásticas limitaciones para quienes no disponían de monedas y el deterioro de la salud de la población por el limitado acceso a la variedad de productos que posibilitaba el sistema de intercambio con el que por años se garantizó su seguridad alimentaria en Abya Yala.

La imposición de estas nuevas formas de tributo y relación monetaria fueron claves en la colonialidad. Pronto las autoridades de la corona determinaron la reducción

y concentración de las comunidades para evitar la dispersión de la población y tener un mayor control sobre ella (Yáñez 2002, 27). Aunque los indígenas seguían viviendo a su manera, la producción debía mantenerlos a ellos mismos y alcanzar para sostener a los españoles y a su imperio. E impusieron tributos monetarios, “algo nuevo en la sociedad andina [...] [que significaron] el pago de impuestos por todos los hombres jefes de familia entre los 18 y los 50 años” (27).

La encomienda (tributo indígena entregado a los colonizadores) fue una de las instituciones en las que se sustentó la Colonia al igual que la redistribución de tierras (J. Paz y Miño 2006). La corona española dio a los colonizadores la potestad de la explotación del trabajo indígena a cambio de su “protección” y la “salvación de sus almas” mediante la evangelización, lo cual generó grandes sufrimientos y humillaciones a la población (Quezada 1988, 40). Los encomenderos, la Iglesia y el rey de España transformaron el trabajo comunal en un infernal trabajo forzado. De acuerdo a la crónica de Joaquín de Merizalde, Corregidor de Cuenca a mediados del siglo XVIII, referido por Quezada (39):

Puede tanto el horror en esta pensión cruelísima que lloran los padres al nacimiento del hijo varón y suelen para reservarlos imponerles alguna lesión torciéndoles brazos y piernas, o quitándoles la vida de una vez.

Castro-Gómez (2005, 63; énfasis del autor) plantea que “el Estado español creó la encomienda, cuya función era integrar al indio a los patrones culturales de la etnia dominante”, naturalizando el imaginario cultural europeo como la única forma de relación con la naturaleza, con el mundo social y con la propia subjetividad. Los encomenderos tenían el papel de:

velar diligentemente por la “conversión integral” del indio mediante la evangelización sistemática y el duro trabajo corporal. Ambos instrumentos, la evangelización y el trabajo, se dirigían hacia la *transformación de la intimidad* buscando que el indio pudiera salir de su condición de ‘menor de edad’ y acceder, finalmente, a los modos de pensamiento y acción propios de la vida civilizada.

Durante la Colonia se desarrollaron la economía textil y los obrajes<sup>13</sup> (J. Paz y Miño 2006), la producción minera de oro y plata –vinculada al mercado internacional– y la producción agropecuaria y artesanal orientada a satisfacer la demanda del mercado

<sup>13</sup> “Lugar donde se labraban paños y otras cosas para el uso común”, convirtiéndose también, por antonomasia, en el nombre de la “prestación de trabajo que se imponía a los indios de la América hispana” (RAE 2020f).

interno colonial (Marchán 1986, 56). Se estableció un nuevo ordenamiento social en el que los modos de control y explotación del trabajo fueron redefinidos, reconstituidos y orientados a la producción de mercancías para el mercado mundial, lo cual confluyó en la expansión del capitalismo. Europa no era capaz de producir nada para el mercado internacional, todo se producía en América: i. e., los metales preciosos, la agricultura comercial, las artesanías y la textilera. Así se instauró, como se explicó en la primera sección de este capítulo, un poder eurocéntrico global y colonial desde sus orígenes (Quijano 2007).

La idea de extraer rápidamente la mayor cantidad de tesoros incas se transformó en el deseo de aprovechar al máximo el sistema productivo andino con las consecuencias para la población local que se pudieron ver en su economía y demografía (Spalding 1984, 122).

Otra de las causas para la disminución de la población y para una afectación más perversa, por los resultados negativos a largo plazo, en el que cabe insistir, fue la transformación del modelo productivo generado por la Colonia que violentó el sistema que habían desarrollado los pueblos ancestrales para su seguridad alimentaria, pues cambió el control vertical de los pisos ecológicos por uno horizontal con la utilización únicamente de los más productivos, generando cambios violentos entre diversos nichos ecológicos (Estrella 1990, 68).

Los alimentos nativos fueron reemplazados por otros introducidos[, como el trigo, el arroz, la cebada, el plátano, etc.], quedando relegados a una producción o consumo locales, como “alimentos de indios”. Dada la dinámica cultural de este proceso, el maíz y la papa se incorporaron a la alimentación mundial, como un valioso aporte americano (7).

La nueva forma horizontal de utilización de la tierra fue consolidando los latifundios/haciendas y consecuentemente el poder local. Las haciendas se convirtieron en un poderoso sistema productivo alrededor del cual giraba toda la economía serrana (Vaca y Mendizábal 1982, 37). Y la población que vivía en la zona andina pasó a depender de los hacendados, comerciantes, políticos y religiosos, transformándose de mitayos a huasipungueros, por lo general, bajo relaciones de concertaje (39).<sup>14</sup>

Según el modelo impuesto por la Colonia, con el establecimiento de la hacienda y el de la producción agrícola en las zonas de los valles, la población local fue obligada a

<sup>14</sup> “Contrato mediante el cual un indígena se obligaba a realizar trabajos agrícolas de manera vitalicia y hereditaria, sin recibir salario o recibéndolo mínimo” (RAE 2020b).

alimentarse solo de los alimentos que producía localmente, perdiendo la riqueza alimenticia del sistema de control vertical de los pisos ecológicos. La insuficiencia de yodo constituye un factor fundamental para el desarrollo del bocio y cretinismo endémicos que afectaron a porcentajes muy grandes de la población de los Andes. De esta forma, los pobladores que fueron altos y robustos fueron transformados en desnutridos y discapacitados.

Con la llegada de los españoles se agravó aún más la enfermedad del bocio ya existente en la población andina por las características geológicas del suelo. Y a esto se sumó el racismo de los conquistadores y, después, de los criollos y mestizos, “que sufrieron las consecuencias mórbidas y los efectos de diferentes factores ecológicos y especialmente nutricionales predisponentes en el lugar de la endemia” (León 1959, 14). Los mismos factores mórbidos y ecológicos “durante la Colonia siguieron actuando [...] sin que se tomen medidas [...] antibociógenas, la endemia fue tomando cada vez mayor cuerpo y gravedad” (14).

Conquistadores y conquistados coincidían en la creencia de que se mantenía el orden social gracias a fuerzas que escapaban a todo control, y estas fuerzas podían ser aplacadas o complacidas, pero mantenían su lógica propia (Spalding 1984, 239). Sin embargo, como lo recuerda Yáñez (2002, 28), en 1540 comenzó la persecución de los dioses y la religión de los pueblos conquistados: “[e]l arzobispo de Lima, Jerónimo de Loayza, escribió la instrucción según la cual los sacerdotes urgían a los indios a dejar sus deidades”.

Este descontento indígena fue tomado seriamente como una amenaza a los intereses europeos y en especial al de sus dioses. La represión fue inmensa y acabó con gran parte de la cultura indígena. Más que una guerra de poderes era un conflicto de significaciones. Ya para el siglo XVII se impusieron los juicios de manera profesional y se dieron casos como el de una cierta concesión de que no era lo mismo una curación natural que la hechicería. Algo que causó muchos problemas entre los conquistados y los conquistadores era las diferentes concepciones sobre lo que era bueno y lo que era malo y estas concepciones fueron la causa de muchos problemas y malos entendidos y, por supuesto, de muchos casos de abusos en contra de la población indígena (29).

La colonización española debilitó varios de los principios ancestrales, como la reciprocidad y redistribución, y cambios en la estructura productiva de control de los pisos ecológicos, lo cual tuvo impactos en las condiciones de vida y salud de la población.

En lo que se refiere a los conocimientos sobre salud y medicina ancestral en el siglo XVI, la región andina fue considerada un territorio del imperio inca en donde se desarrolló el cuidado de la salud, al punto de denominarse Qollasuyo o “el país de las medicinas” (Velasco 2010, 34), estas comunidades se caracterizaban tanto por el conocimiento de las enfermedades como por la utilización recursos terapéuticos de diverso origen, es el caso de una gran diversidad de plantas medicinales, secreciones y órganos de animales, sales minerales, amuletos, etcétera (35).

Los padres enseñaban a sus hijos durante varios años las propiedades de plantas y minerales, y cómo reconocer y tratar las enfermedades en la Escuela de Medicina de Cuzco, la capital del imperio. Los más destacados se desplazaban con los ejércitos a las ciudades más importantes a atender a los nobles (El Emilio 2019, párr. 21).

Las medicina ancestral respondía a la gente en sus territorios, mas no pudo enfrentar a las nuevas enfermedades que los europeos trajeron, como fueron las epidemias de enfermedades eruptivas, al no contar con recursos apropiados, por lo que falleció gran parte de la población (Velasco 2010, 103).

La población indígena, como una forma de protección frente a los conquistadores, estableció una resistencia pasiva, por la cual los shamanes, poseedores de la sabiduría por la experiencia de anteriores generaciones, ocultaron los remedios para determinadas enfermedades, se desplazaron a los montes y destruyeron sus propios “conucos” (lugar en donde se siembran los alimentos) (Mira Caballos 1997, 187). Antes de la llegada de los conquistadores europeos, los shamanes tampoco compartían los métodos curativos ni la medicación a fin de mantener su poder (188).

Los grupos indígenas, en su vida cotidiana, trasmitían los conocimientos en forma oral, como otra forma de rechazo a la imposición:

La oralidad fue otro de los elementos que contribuyeron a la resistencia y continuidad cultural del pueblo kichwa. La oralidad mediatizada por la lengua produce relatos cortos que encapsulan mensajes de reivindicación y de reafirmación de la identidad cultural y desarrollan el habla cotidiana. Esto permite que la lengua se dinamice y no se asfixie, y que continúe ejerciendo su rol de eje y unidad del pueblo kichwa (Kowii 2013, 305).

La imposición europea del lenguaje escrito silenció, en la población andina, la palabra pronunciada, que es respetada entre los miembros de la comunidad, su función comunicativa y su ética tienen un origen mítico y sagrado, al estar relacionadas con el origen de la lengua (Kowii 2013, 27), esto se aplicaría a los conocimientos ancestrales, como es el caso de los conocimientos de salud que han sido desconocidos, descalificados,

y desvalorizados, conocimientos que se han mantenido en resistencia y continúan transmitiéndose oralmente.

Durante el régimen colonial se impuso el idioma castellano como lengua oficial de la población indígena y en 1556, los padres franciscanos quedaron a cargo de la instrucción en lectura, escritura, gramática e incluso canto para los indios y mestizos (UIAW 2004, 156). De allí que se puede entender que la colonización de los lenguas, como el kichwa, aymara, nahuatl, determinó que los pueblos sin escritura fueran pensados como primitivos, sin historia (Mignolo 2016, 176). El kichwa fue subalternizado y utilizado únicamente como medio de evangelización y catequización, oficializado por la Cédula Real 1580 en la formación de evangelizadores (UIAW 2004, 156). Otras formas de lenguajes gráficos como el de los aztecas, el de los quipus de los incas o las narrativas orales no fueron reconocidas por no cumplir con la concepción de que todo conocimiento debía presentarse en forma escrita en un libro (Mignolo 2016, 176), y por ser vistos como incoherentes e inconsistentes (39).

La evangelización de los indígenas provocaba una contradicción en los religiosos católicos: por un lado, triunfalismo por creer que los primeros habían sido verdaderamente convertidos, y, por otro, pesimismo al comprobar que no era así. Pero en realidad no se consolidó una religión incaica, sino una religión representada por las huacas de las que se habla en el *Manuscrito de Huarochoiri* (Yáñez 2002, 29). Después de la llegada de los europeos, muchas celebraciones dedicadas a deidades precoloniales, como los ritos en honor a Pariacaca y Chaupiñamca se han mantenido encubiertos en fiestas cristianas, en este caso la de Corpus Christi (22).

A partir de la Colonia, la medicina ancestral fue invisibilizada y desvalorizada, y frecuentemente perseguida. El pensamiento y las costumbres indígenas fueron catalogados como idolatría por utilizar símbolos distintos al dios de los cristianos bajo el precepto bíblico de: “No tendrás dioses ajenos delante de mí” (Eudave 2016, 57), lo cual implicaba vivir en pecado (58), engañado por el demonio, y generaba enfermedades espirituales que no encajaban dentro de la filosofía occidental (59). Así, todas las ceremonias y sus contenidos, al igual que los símbolos de lo sagrado de los pueblos indígenas, fueron reinterpretados por los cronistas como ritos idolátricos e ídolos. Con lo que se trató de encubrir y homogenizar los significados culturales que estos tenían para las culturas colonizadas (60).

En tanto que los criollos mantenían el poder económico y semiológico, la Iglesia católica, además, controlaba el poder ideológico. El sistema colonial en la Audiencia de

Quito estuvo orientado a suministrar materias primas y metales preciosos al mercado europeo. La religión católica jugó un papel fundamental en lo epistémico al desvalorizar los conocimientos de los pueblos andinos clasificándoles, como se ha planteado, de idólatras. Esta persecución de sus creencias provocó que los conquistados desarrollaran un rechazo a la imposición colonial, incluida la religión, manteniendo la celebración del *taki unqui*,<sup>15</sup> danzando sin parar hasta caer en trance (Yáñez 2002, 28).

Los principios de reciprocidad fueron también afectados en esta etapa, pero no se perdieron. De acuerdo a Yáñez, el *Manuscrito de Huarochirí* refiere que no se perdió la relación entre los incas y los habitantes de esta región, sino que adquirió nuevas características (27).

Los españoles dieron gran importancia al tema de la salud y de las medicinas ancestrales, y los sacerdotes y médicos coloniales fueron apropiándose de la medicina indígena, mediante un doble proceso: por una parte, por la proscripción del conocimiento empírico de los indígenas, especialmente de las propiedades terapéuticas de las plantas medicinales, y, por otra, por la represión del aspecto religioso, ideológico y ritual de las prácticas de los médicos indígenas. De esta forma se atacó a la medicina local y a todo lo que le daba sentido. Posteriormente, los médicos ancestrales se fueron convirtiendo en sacristanes de los templos (Campos 2009, 60). En poco tiempo los dominados aprendieron, primero, a dar significado y nuevos sentidos a los símbolos e imágenes ajenos y, después, a transformarlos y subvertirlos con la inclusión de los suyos propios a toda imagen, rito o patrón expresivo impuesto por los dominadores. No era posible practicar los patrones impuestos sin subvertirlos, ni apropiárselos sin reorganizarlos (Quijano 1998a, 233).

El juzgar los conocimientos indígenas como idolatría permitió a los españoles justificar jurídica y teológicamente la invasión y colonización de los territorios ocupados (Eudave 2016, 70). Los inquisidores buscaron homogenizar la sociedad desde un punto de vista religioso y cultural, al tiempo que estimulaban el sistema político y jerárquico colonial (Urta 2014, 92).

La religión católica se encargó de atribuir a sus deidades las propiedades espirituales que tenían los lugares sagrados de los indígenas (Cardona 2013, 658), imponiendo sus visiones y valores en el continente (Arrobo 2005, párr. 2), validándose

<sup>15</sup> Movimiento de revalorización de la religión incaica que en el siglo XVI constituyó “una respuesta ante la ocupación y la evangelización[;] [...] un modo de confrontación no bélica contra la colonización y la evangelización española” (Barrera 2015, 18).

en prohibiciones y persecuciones religiosas, consignas políticas y medios de comunicación que amenazaban la identidad indígena (párr. 11) y sus profundas raíces culturales (párr. 14). La resistencia de los pueblos indígenas, desde entonces, se asienta en su identidad (párr. 46), en el mantenimiento de sus ritos como manifestaciones artísticas y como formas de articularse a las fuerzas de la naturaleza con los que se transmiten los conocimientos, el respeto a la naturaleza y la cohesión de la familia (párr. 48).

La experiencia popular europea permitía comprender que las curaciones naturales con hierbas eran expresiones de un saber laico especializado, ya que quienes conocían sus propiedades no fueron necesariamente considerados brujos, por lo que algunos mestizos recurrían a shamanes y parteras (Amodio 2010, 8) que se constituían en figuras culturalmente híbridas entre su saber botánico y la medicina occidental. Estos médicos ancestrales muchas veces recibieron autorizaciones de los cabildos y las gobernaciones (20), lo que posibilitó que no se cerrara la puerta al conocimiento ancestral, aun cuando le faltaran principios de la profesión médica occidental (21).

Cabe señalar que el oficio de parteras comienza a ser reconocido como una profesión femenina a partir del siglo XIX, siempre bajo el resguardo de la medicina masculina. Las parteras tenían muy desarrollado el sentido del tacto sobre la anatomía femenina, y muchas otras destrezas manuales para la atención del embarazo, parto y puerperio (Luna-Blanco 2018, 185), y para cuidar el bienestar de las familias. Estos conocimientos fueron transmitidos oralmente (Portela y Portela 2020, párr. 10) de abuelas a madres, y de estas a sus hijas (párr. 11).

Las parteras ejercen un papel fundamental como educadoras sobre los principios y prácticas de la armonía y el equilibrio, los estados de calor y frío, el cuerpo de la mujer, y los remedios naturales (párr. 12). Y, durante el parto, ellas utilizan la máxima de tener tiempo, paciencia y energía.

Luego de haber revisado los impactos del despojo de la salud ancestral, y a partir de los autores citados, se puede comprender lo que significó la invasión de Abya Yala durante la Colonia, la imposición del poder colonial tanto en lo económico y político como en lo social y cultural, que subalternizó cualquier otro tipo de organización social, cultura y conocimiento existente en la zona andina. Los pobladores de la zona andina fueron clasificados y nombrados por los españoles como “indios”, inferiorizándoles desde el lugar epistémico de enunciación que legitimó el poder colonial.

Los colonizadores desconocieron por igual las prácticas y conocimientos de Abya Yala, borrando la historia y la riqueza cultural andina, los conocimientos de la salud, el imaginario religioso, la concepción sobre el mundo, las lenguas ancestrales y la transmisión oral de conocimientos, que, entre otras cosas, con la imposición del lenguaje escrito se desvalorizaron e invisibilizaron. En definitiva, desde el punto de vista epistemológico, negaron la existencia de “otras voces” y formas de producir sentido.

A partir de entonces, el sistema biomédico occidental intentó cooptar la salud indígena y sus medicinas ancestrales, sin embargo, estos conocimientos y saberes se han mantenido vigentes y han sido practicados por las poblaciones andinas en su vida cotidiana.

Se crearon nuevas clasificaciones de la población en función de la raza, como la de indio, y se estableció que la población andina tenía una estructura biológica inferior. La diferencia colonial, construida desde el discurso de los colonizadores, subalternizó a las poblaciones andinas, y ha persistido en la historia manteniéndose hasta el presente.

### **2.2.2. La salud impuesta desde Europa**

En esta sección se hace una breve revisión del desarrollo del pensamiento médico europeo para ubicar la situación de los conocimientos de medicina que existían en Europa a la llegada de los españoles al Abya Yala. Estos conocimientos fueron trasladados como parte de los procesos de colonización que se impusieron en lo que después se denominó América, subalternizando e invisibilizando los saberes y prácticas de la medicina ancestral.

La medicina europea se asienta sobre un sistema médico creado por Claudio Galeno de Pérgamo (130-210 d. C.), en Grecia, que constituye la base de la medicina occidental y que se apoya en la filosofía natural aristotélica (Romero et al. 2017, 233). Para el año 162, ya Galeno escribe sus libros *Procedimientos anatómicos* (Galeno 2002 [ca. 160]) y *Del uso de las partes* (Galeno 2010 [ca. 160]). El “galenismo” se constituyó en el sistema doctrinal medieval islámico, y el galenismo latino europeo se basó en este, entendiendo la salud-enfermedad como procesos naturales comprensibles para la inteligencia humana (Romero et al. 2017, 237).

En la época de Carlomagno, en los siglos VIII y IX, se fundó la escuela palatina de Aquisgrán, que posteriormente extiende su influencia a las escuelas de Salerno y de Toledo (Laín 1978, 184). Carlomagno ordena la enseñanza regular del “arte de curar”, al tiempo que prohíbe prácticas supersticiosas (188). Durante este período la cirugía fue

consolidándose al amparo de la escuela de Salerno. Durante la Alta Edad Media (siglos IX-XI), en que se desarrollaron el imperio carolingio y la cristiandad, la medicina europea se apoyó en la medicina clásica griega hipocrática y galénica (181). Se tradujeron numerosas obras griegas y árabes, entre las que se destacan los escritos de Hipócrates, Galeno y Avisena. Y comenzó a profesionalizarse la atención médica, cuyos conocimientos se desarrollan en algunos centros de estudio (184). Así fueron plantéandose las bases de la teoría humoral<sup>16</sup> y la clasificación de las enfermedades en agudas y crónicas (188).

Los conocimientos médicos de los colonizadores tenían origen en los saberes médicos islámicos, apoyados en la ciencia al-Ándalus y llamados “galenismo arabizado”. Estos conocimientos se basaban en las obras de Galeno, la doctrina de Avicena, la teoría de los humores corporales de Hipócrates, la aplicación de purgas y sangrías, y la utilización de plantas medicinales para recuperar la salud y el equilibrio humoral (Hervás 2018, 61).

En los años siguientes, por influencia del cristianismo temprano, la enfermedad comienza a considerarse como una prueba de Dios, y, posteriormente, como un castigo divino, y, por ende, el enfermo pasa a considerarse como un pecador (Del Valle 2007, 9). Se implementa la visión cristiana de atención del enfermo en la Regla Benedictina basada en que “[e]l cuidado de los enfermos debe ser ante todo practicado como si, dispensándolo a ellos, al mismo Cristo se le dispensase” (Laín 1978, 189).

En los siglos X y XI los hechiceros y brujos, dotados de poderes extraordinarios, comenzaron a jugar un papel importante en la utilización de hierbas medicinales (Del Valle 2007, 10). Complementariamente, los saberes greco-romanos fueron reducidos a los hospitales construidos junto a los monasterios regentados por órdenes religiosas (12). Viendo el gran prestigio de los hospitales, el emperador Enrique IV dispuso a los médicos del imperio pasar un examen en las escuelas de Salerno en Italia o en Montpellier en Francia (13).

<sup>16</sup> “La teoría de los cuatro humores o humorismo fue una teoría acerca del cuerpo humano adoptada por filósofos y físicos de las antiguas civilizaciones griega y romana. Arranca con Hipócrates (460 a. C.-377 a. C.), se desarrolla ampliamente con Galeno (130-216) y llega con plena vigencia hasta el siglo XVII. Desde Hipócrates la teoría humoral fue el punto de vista más común del funcionamiento del cuerpo humano entre los físicos o médicos europeos hasta la llegada de la medicina moderna a mediados del siglo XIX. Esencialmente, esta teoría expresa que el cuerpo humano se compone de cuatro sustancias básicas, conocidas como humores (aunque se refiere a líquidos), y que se debe mantener un perfecto equilibrio entre estos para evitar todo tipo de enfermedades, tanto de cuerpo como de espíritu” (López Huertas 2016, párr. 1-2).

Durante la Plena Edad Media (siglos XI-XIII), en que tiene lugar la consolidación de la Iglesia y de la sociedad feudal, se produjo una transición desde las escuelas capitulares a los Estudios generales y a las universidades (Lain 1978, 184). Entre las que se destacó la Universidad de Montpellier, ligada a la corona de Aragón, y otras en ciudades importantes europeas como París y Oxford. Las primeras universidades incluían cuatro facultades: la de teología, la de derecho, la de medicina y la de artes (200). Y con ellas se fueron desarrollando compilaciones enciclopédicas, el método experimental, la medicina escolástica del galenismo arabizado, la anatomía y, posteriormente, la cirugía (202-9). En este período se traduce el *Canon medicinae* de Avicena y el *Colliget* de Averroes, considerados como la principal fuente médica de la enciclopedia científica árabe o islámica (Romero et al. 2017, 237).

Posteriormente, en la Baja Edad Media (siglos XIV-XV), cuando las monarquías se fortalecen y las ciudades comienzan a tener importancia, se desarrollan las universidades. Las prácticas milagreras y supersticiosas fueron perdiendo importancia (Fresquet 2020, párr. 18), en tanto que se ponen en práctica las enseñanzas de anatomía, el arte de curar, el ejercicio clínico (párr. 24), la patología, la terapéutica y la práctica quirúrgica como formas de conocer científicamente la naturaleza humana (párr. 25). Durante este período se implementaron procesos de reglamentación de los títulos médicos, mediante la aprobación de un examen oficial obligatorio, y la adscripción de la formación en medicina a las universidades (párr. 50), lo que determinó que los médicos fueran reconocidos como hombres de saber (párr. 51).

En el ámbito de la salud, un hecho importante que posibilitó el control epistémico del conocimiento de la medicina fue el establecimiento de la Ley Fundamental del Tribunal del Real Protomedicato de Castilla, en 1477 (Valverde 2003, 8), como “el órgano jurisdiccional y administrativo que controló a los profesionales sanitarios y su actividad desde el último tercio del siglo XV hasta el XIX” (7).

### **2.2.3. La colonialidad en la salud**

En la Colonia, a finales del siglo XV, España impuso en Abya Yala la medicina desarrollada en la Edad Media europea en un proceso de despojo de los conocimientos milenarios que existían en los territorios invadidos.

En todos los reinos de Castilla, el Protomedicato, como la instancia real que revisaba los títulos y autorizaciones para el ejercicio de la profesión médica y que, a partir de 1492, se extendió a América, reguló la práctica del arte de curar; sin embargo, no

controló las actividades profesionales de matronas y la mejora del arte de parrear.<sup>17</sup> Y dio más importancia a la consolidación profesional y científica de los cirujanos mediante el reconocimiento de su autoridad en materia obstétrica (Ortiz Gómez 1996, 109). Temas que se reglamentaron y se encuentran en la Ley 1, título 16, libro 3 de la *Recopilación de las leyes de España* (Valverde 2003, 8).

En la ciudad de Quito de finales del siglo XVI y comienzos del siglo XVII existían pocos médicos contratados por el cabildo. Según Hervás (2018, 62):

en esta urbe no había médicos, y los pocos que venían de España o del Virreinato del Perú, rápidamente eran contratados y el cabildo hubo de soportar sus grandes exigencias económicas. Esta carencia de facultativos hizo que en la Colonia proliferaran charlatanes, sanadores, curanderos, fregadores, sangradores, comadronas, hierbateros, indios curanderos y hasta brujos y adivinos, que trataban a los pacientes con sus indoctos criterios y experiencias, por lo que las autoridades pensaron en crear una Universidad y una Facultad de Medicina [...]. De todas maneras, por mandato de la corona española en 1570 ya se estableció en las colonias el Protomedicato, que tenía la facultad de regular las actividades médicas calificando los títulos académicos tanto de licenciados y doctores y reglamentando la práctica profesional de médicos, cirujanos y boticarios.

En este sentido, y continuando con Hervás (2018, 61), el emperador Carlos V, según Cédula Real expedida el 27 de octubre de 1541, estableció que se debían construir hospitales en las principales ciudades coloniales:

Encargamos y mandamos que con especial cuidado provean en todos los pueblos de españoles e indios, se funden hospitales, donde sean curados los pobres enfermos y se ejercite la caridad cristiana.

En lo que se llamó América se empezaron a crear universidades, como la de San Marcos, en Lima y la Real y Pontificia Universidad de México, ambas en 1551, y la de San Francisco Xavier de Charcas, en 1624 (Campos 2009, 57).

Por el incremento de epidemias en las colonias, en 1556, Felipe II (1527-1598) dispuso que se funden hospitales para enfermos comunes y contagiosos:

Visto y entendido que en la ciudad de Quito que es una de las principales de estos reinos, no hay ningún hospital donde se acojan los pobres enfermos, así, españoles como indios a curarse de sus enfermedades y ser socorridos de sus necesidades (Hervás 2018, 61).

<sup>17</sup> Las mujeres son preparadas en el “arte de parrear” con los conocimientos heredados de abuelas, madres e hijas (Portela y Portela 2020, párr. 11) para traer una vida al mundo bajo los principios y las prácticas de la armonía para mantener el equilibrio de estados de calor y frío en la madre, a partir de remedios naturales preparados con plantas medicinales (párr. 12).

El desarrollo de los hospitales se realizó con los recursos que procedían de los diezmos que recibía el Real Patronato de las Indias. Los hospitales estaban orientados a atender a los pobres y a los enfermos y, si fuese el caso, les ayudarían a bien morir, a morir en la gracia de Dios (Estévez 2004, 43-4). El pensamiento sanitario europeo inicial, dentro de la función evangelizadora y de servicio a los más desfavorecidos, puso énfasis no tanto en el cuerpo como en curar el alma.

El 9 de marzo de 1565 se fundó en Quito el Hospital de la Misericordia de Nuestro Señor Jesucristo que sirvió como albergue para desvalidos, pero sin que estos recibieran atención médica: “En la ciudad no había médico ni boticario y solo se encontraba un barbero que no sabía leer ni hablar latín, pero que conocía el arte de curar y preparar medicamentos” (Hervás 2018, 62). Desde España, además de los conocimientos de la medicina, también llegaron barberos y sangradores que, por estar en contacto más cercano con el cuerpo humano, se les reconoció el oficio de dar asistencia a los enfermos (Aguirre 2018, 196) y de realizar “operaciones de cirugía menor, y en diversas situaciones otras de distinta envergadura, hasta el punto de convertirse en muchas ocasiones en el único referente al que acudir en caso de enfermedad” (Expósito 2011, 32).

Según Almeyda (1952, 7), “[a] la época de la invasión de América existía ya en España el Tribunal del Santo Oficio de la Inquisición, organizado por los Reyes Católicos y el dominicano fray Juan de Torquemada [que] desempeñaba las funciones de Inquisidor General de los Reinos de Castilla y de Aragón”. Esta institución pasó al Nuevo Mundo desde el segundo viaje de Cristóbal Colón. El Santo Oficio, como estamento separado y dependiente del Consejo de la Santa y General Inquisición, se estableció en México y Lima por la Cédula Real de 1569, y un tercer tribunal se creó en Cartagena de Indias, en 1610. “El objetivo de la Inquisición era el mantenimiento de la unidad espiritual de la fe católica, persiguiendo especialmente a judíos, luteranos y demás herejes; a blasfemos, hechiceros y adivinos; a invocadores de demonios, astrólogos y alquimistas, y a los que leían o era poseedores de libros prohibidos” (7).

Desde el inicio, los hospitales fueron regentados por religiosos franciscanos, agustinos, dominicos y, posteriormente, jesuitas que, con su influencia directa en las poblaciones, también con esto, impusieron su visión colonial propagando la fe y el ideario católico. “Los frailes fueron en muchos casos quienes más [intervinieron en] la salud de la población indígena, e impulsaron la creación de hospitales” (Campos 2009, 59). Mientras se imponían nuevas formas de explicar la salud, se desconocían los saberes milenarios existentes en Abya Yala.

El 13 de abril de 1693 se crea la primera Cátedra y Facultad de Medicina de Quito, en el convento dominico de San Fernando, “con un plan de estudios, de tres años, que incluía anatomía, fisiología (Prima), patología (Vísperas) y terapéutica (Método), basada esta última en las purgas, los enemas y las sangrías” (Hervás 2018, 63). De esta manera se inician los estudios médicos en la Real Audiencia de Quito (63).

En el desarrollo de la ciencia médica occidental, solamente en los siglos XVI y XVII se comienza a hablar de “fuerzas vitales”, y, después del año 1800, de la “vida” (Duden 1992, 25) integrada en el ejercicio médico como negación de la muerte. Durante este período se impuso la profesionalización médica adjudicándole el carácter de autoridad moral y científica (Estévez 2004, 143), al tiempo que se agudizó la represión de las prácticas y de los conocimientos ancestrales, asociándolos a prácticas satánicas (Yáñez 2002, 29). Cuando se genera un temor creciente a la muerte se refuerza la concepción de que la vida es preciosa y única. La modernidad no solo quiere conquistar la naturaleza sino también conquistar la muerte. Así, la medicina adquiere el compromiso de medicalizar la muerte (Gómez 2011, 68), para lo cual apela a la biología por legitimidad científica, y es así como se concibe a sí misma como una ciencia aplicada. Siguiendo las reflexiones de Duden y Estévez, la regulación de la práctica del arte de curar, asociada con el mejoramiento de la vida, muta, con el desarrollo de la ciencia y la profesionalización científica de los médicos, a la noción de la muerte, definida como un principio de negación de la vida, influenciada por el Protomedicato.

A pesar del desprecio que sentían los conquistadores españoles por los kallawayas, en toda Europa empezaron a utilizarse sus habilidades para curar desde parálisis hasta enfermedades mentales, así como sus remedios: quina, copaiba, genciana, sulfatos (Ferreira 2011, párr. 1), implementando una nueva farmacia vegetal para tratar distintas dolencias de reyes, soldados heridos y de la población, tal como se ha señalado en el caso de la hoja de coca, analgésico buscado durante la Edad Media. El saqueo del imperio inca incluyó, además del oro, la riqueza vegetal y cultural (párr. 2).

Durante el siglo XVII, a partir del tratado de Westfalia de 1648, se fueron conformando los Estados-nación en el mundo, dentro de un territorio delimitado, con una población relativamente constante y un gobierno único. Y, por ende, se inaugura el concepto de soberanía nacional con el propósito de unificar fuerzas opuestas, con el apoyo de un equipo administrativo, un ejército leal, un sistema financiero estable, y el reconocimiento de otros Estados. Esto coincidió con el ascenso social de la burguesía que apoyó a algunos monarcas en contra de los señores feudales y la Iglesia católica,

consolidando reinos como entidades políticas unificadas que favorecieron el desarrollo de un comercio subsidiado y del mercantilismo que se asentaba en la acumulación de oro y plata (UAEH 2017).

En este mismo siglo se organizaron expediciones científicas patrocinadas por los reyes europeos, como las del inglés James Cook, el francés Louis Antoine de Bougainville y el alemán Alexander von Humboldt, con el objetivo de recolectar, clasificar, dibujar, disecar y describir numerosas especies vegetales de la naturaleza americana y apropiarse de sus secretos. La información, junto con las plantas, fueron llevadas a Europa para ser estudiadas e integradas a museos de historia natural y jardines botánicos (ICANH 2012, párr. 1), como sucedió con los materiales investigativos, inéditos hasta 1817, que fueron depositados en el Jardín Botánico de Madrid (Ribas 2009, 159). El objetivo de estas misiones fue apropiarse de los recursos naturales, optimizar su explotación, incrementar los conocimientos científicos y obtener ganancias comerciales (ICANH 2012, párr. 1). Con el viaje de Humboldt en 1802 se buscó integrar a los países de la región a una ciencia emergente (Estévez 2004, 112-3) e imponer un saber médico con una orientación anátomo-clínica (Imbault-Huart 1986, 1171).

Desde la medicina europea se identificó que tenían recursos terapéuticos limitados como para alcanzar un nivel científico alto, por lo que, hacia 1783 (ICANH 2014, párr. 1), los médicos de la corona española comenzaron a estudiar el gran arsenal de plantas medicinales llevadas de América, a fin de acrecentar la Real Botica de Madrid. Se buscó profundizar en nuevas formas terapéuticas, ampliando investigaciones en las colonias (párr. 8) con la conformación de misiones científicas, como la Misión Geodésica franco española que estuvo orientada al desarrollo de las ciencias experimentales. Posteriormente, entre 1783 y 1808, se realizó la Real Expedición Botánica al Nuevo Reino de Granada, encabezada por José Celestino Mutis (párr. 1), bajo cédula del rey Carlos III de España, que se centró en la investigación fitográfica y “descubrió” nuevas especies medicinales como la quina, el té de Bogotá, la canela, el guaco (Ribas 2009, 157). Estas misiones formaron una generación de naturalistas y botánicos criollos (ICANH 2014, párr. 1).

El control de la salud pública, la integración de las poblaciones colonizadas y el establecimiento de las nuevas pautas de la cultura europea estuvieron a cargo de los misioneros católicos por medio de la evangelización (Campos 2009, 57). Entre 1750 y 1900, el esfuerzo de Europa se orientó a mejorar la salud privada y la pública, con base en los descubrimientos científicos, la lucha contra las grandes epidemias, los desafíos de

la revolución industrial y el cambio de la población frente a las enfermedades y la atención médica (Grupo Akal 2017, párr. 1). El conocimiento médico y la práctica de la medicina en el siglo XIX estuvieron influenciados por la filosofía de las luces de la mitad del siglo XVIII y los descubrimientos realizados en esta época. La salud y la enfermedad no son explicadas en forma fatalista, sino con una orientación social (párr. 3). Europa lidera el desarrollo de la “ciencia médica” con intercambios de experiencias entre la “comunidad científica internacional” (párr. 4). Se generó un cambio importante del hospital-hospicio al hospital para enfermos, ligado a las escuelas clínicas (párr. 11), la salud-enfermedad que, como se ha indicado, estaba asociada a los preceptos religiosos como un castigo divino (párr. 3), pasa a ser explicada como el resultado del “progreso médico”.

Los hospitales de la época colonial se fueron reglamentando siempre a cargo de religiosos que atendían a la población originaria y que debían conocer la “naturaleza de los indios”. Las instituciones religiosas debían orientarse a la formación y al ejercicio de la medicina (Campos 2009, 58).

Los médicos/barberos europeos se orientaban hacia los conocimientos de la anatomía (Aguirre 2018, 196), y no aceptaban conocimientos “otros” como válidos, por lo que los sabios tradicionales fueron estigmatizados como hechiceros y de pactar con el diablo. Sin embargo, se siguió acudiendo a la medicina andina en la vida cotidiana, aunque ya se habían asimilado los conocimientos europeos (Velasco 2010, 34).

El progresivo cambio del saber médico europeo hacia la clínica tiene un correlato paralelo con la tendencia del control político de los cuerpos y de los saberes por parte de las instituciones encargadas de controlar el ejercicio de la medicina (Amodio 2010, 20). De allí que muchos médicos permanecieran invisibilizados y escondidos (21).

La perspectiva científica médica se origina separando el conocimiento diario y cotidiano y manteniendo distancia entre el lenguaje científico y los lenguajes cotidianos, al igual que en la Edad Media se hacía la distinción entre lo profano y lo sagrado (Laclau y Mouffe 2000, 135), y, aún más, calificando como “incompetentes”, “inferiores” o “ingenuos”, al conjunto de saberes de la gente, que Foucault (1979, 129) los define como saberes sometidos.

Tanto la enfermedad como el ejercicio de la medicina estuvieron muy ligados a supersticiones, y siguieron practicándose ceremonias precristianas y utilizándose *amuletos* lo mismo para prevenir que para combatir determinadas enfermedades. En muchas ocasiones, impotente para erradicar estos ritos paganos, la Iglesia optó por cristianizarlos.

Otra forma de superstición fueron los “*toques reales*”. El hombre medieval creía que algunas enfermedades podían ser curadas por la imposición de manos del rey (creencia muy arraigada en Francia), que motivó la costumbre de acudir al soberano para recobrar la salud a través de su contacto, uso que se prolongaría hasta el siglo XVII (Del Valle 2007, 10; énfasis del autor).

En la Europa del siglo XVIII predominaba un ambiente intelectual, médico y científico que influenció en los territorios colonizados andinos. Se produjo una medicina de influencia filosófica metafísica en sus comienzos, y positiva al final. La medicina se hizo internacional, los médicos establecieron sus consultorios, y se desarrollaron las academias y los periódicos médicos (Estévez 2004, 143).

A fines del siglo XVIII se promovieron cambios políticos en el contexto internacional con las revoluciones burguesas e ideológicas de la libertad, como la independencia de los Estados Unidos de América en 1776 y la Revolución francesa de 1789, lo que contribuyó a desarrollar una conciencia independentista en los “criollos” (J. Paz y Miño 2014, 37). Sin embargo, según Quijano (2007), fueron los mismos europeos que lucharon por la igualdad social, la libertad y la autonomía individual, los que al expandir su colonia desigualaron al mundo imponiendo la idea de raza; al racializar, produjeron la más radical desigualdad que la historia conoce. América Latina se convirtió, así, en el espacio original de la imposición del nuevo patrón de poder cuya sede central se encuentra en Europa. La que impuso, desde entonces, la colonialidad del poder en el resto del mundo. Y será de acuerdo a Quijano (2007), que esta paradoja, de vinculación completa y permanente entre colonialidad y modernidad, la que aprisiona a todos los procesos históricos que existen en el mundo desde el siglo XVI en adelante. A partir del siglo XVIII, sobre la idea de igualdad social y libertad individual, se constituye la idea de ciudadanía, que tiene como marco institucional clave el moderno Estado colonial, resultando el nuevo poder, al mismo tiempo, colonial y moderno.

La Conquista tuvo impactos en términos sociopolíticos y epistémicos sobre las poblaciones colonizadas, incluyendo la clasificación de ellas como inferiores y la negación de su existencia y de sus prácticas y conocimientos de salud. Al tiempo que, en lo sociopolítico y económico surgieron nuevas relaciones sociales y materiales de producción y control del trabajo, se borró la historia y la riqueza cultural ancestral (por ejemplo, el conocimiento sobre salud y prácticas médicas, y las lenguas existentes).

En la segunda mitad del siglo XVIII se llegó a impedir a las personas de origen indígena la formación como médicos. Así sucedió con el único médico indígena de la Colonia que tuvo que esconder su apellido indio Chusig bajo el nombre de Eugenio de

Santa Cruz y Espejo para acceder a un nivel de instrucción superior y poder graduarse de médico en 1767. Aun cuando es indígena no hace referencia a los saberes ancestrales, mas realiza estudios sobre la viruela y concluye que son las condiciones sociales de explotación y de la mala distribución de la riqueza la causante de enfermedades (Estévez 2004, 124-31).

Lo analizado en esta sección demuestra la violencia de la imposición colonial que enfrentó a dos sistemas de organización social y de prácticas y valores distintos: “[c]ada sociedad tenía su propia visión, su sistema de valores compartidos y prácticas con los cuales la gente se explicaba así misma su mundo y los misteriosos eventos de la vida diaria como la enfermedad” (Yáñez 2002, 28). Como se planteó al inicio de este capítulo, y a manera de síntesis, esta imposición se configura en cuatro niveles: la colonialidad del poder, la colonialidad del ser, la colonialidad del saber y la colonialidad cosmológica y de la madre naturaleza, que buscaron aniquilar la cultura, la organización social y los modos de vida que existían en los territorios de Abya Yala.

## **2.3. La República**

### **2.3.1. Colonialidad en la salud: desarrollo científico**

A inicios del siglo XIX se abre un nuevo capítulo en la historia, pero no se modifica la colonialidad. Los procesos de independencia fueron concebidos y conseguidos por los descendientes de los colonizadores herederos del poder colonial y no por los pueblos originarios; es decir que la Independencia no fue un proceso descolonizador (Sarango 2016, 648).

Si bien la mayor parte de países latinoamericanos ganaron su independencia formal en este siglo, los Estados-nación dirigidos por criollos blancos mantuvieron la misma situación de colonialismo con respecto a los indígenas, a las personas afro y a las que tuvieron origen en distintas formas de mestizaje (GESLA 1997, 137). El colonialismo no ha cesado de existir, pues se mantienen los imaginarios sociales y culturales de la dominación anterior. Perdura una dominación nacional que continua produciendo formas culturales del dominador asumidas por los nuevos grupos dirigentes, aun cuando la dominación nunca es absoluta, pues el dominado mantiene espacios mentales propios (Pinedo 2015, 192).

Las élites independentistas latinoamericanas pretendían emular a Europa europeizándose o, en otras palabras, desespañolizándose (Polo y Gómez 2019, 4). Fueron

conformando Estados nacionales delimitados por fronteras entre los países, lo que constituyó un gran obstáculo para entender las culturas indígenas (De Sousa Santos 2004, párr. 84). El colonialismo no se acaba cuando se retira el colonizador, pues se mantienen los imaginarios social y cultural establecidos en la dominación anterior (Pinedo 2015, 192).

En el caso del Ecuador, la Asamblea Constituyente reunida en Riobamba en 1830 da nacimiento a la república sobre bases de la dominación de la población indígena por parte de los señores de la tierra, que controlaban el poder regional (Ayala 2008, 26). El Estado nacional mantuvo muchos de los rasgos de la sociedad colonial (28).

Una vez conformado el Ecuador, la organización de la salud, por la imposición colonial, mantuvo la presencia de la medicina occidental apoyada en la concepción científica, y la persecución e invisibilización de la medicina ancestral, que se ha mantenido en resistencia desde entonces.

Luego de los procesos independentistas, la medicina buscó imitar a la medicina europea. A finales del siglo XIX, en Estados Unidos se construyeron los primeros hospitales y las primeras escuelas de medicina bajo los preceptos del estimulismo<sup>18</sup> biológico, la doctrina del magnetismo animal y las ideas yatrofísicas y yatroquímicas,<sup>19</sup> como parte de la nueva ciencia (Estévez 2004, 144).

A partir de la segunda mitad del siglo XIX, la perspectiva del conocimiento médico hegemónico occidental se orientó a la causalidad biológica en la búsqueda por identificar a los microorganismos productores de enfermedades, y, posteriormente, a la elaboración de vacunas, descuidando la comprensión del conjunto de determinantes sociales, económicos, ambientales y culturales.

A finales del siglo XIX, se dio paso al hospital-laboratorio, apoyado por el desarrollo de la microbiología, que sustituyó al personal religioso por el laico vinculado a las universidades y al Estado. Se desarrolló la noción de prevención, asociada a la búsqueda de factores causales, alrededor de las epidemias que asolaron a Europa en este siglo, incorporando la noción de higiene.

<sup>18</sup> El estímulo biológico es un cambio de estado o actividad de una célula u organismo (en términos de movimiento, secreción, producción de enzimas, expresión génica, etc.) como resultado de un estímulo (Wikipedia 2009, párr. 4).

<sup>19</sup> La yatrofísica y la yatroquímica son corrientes de la ciencia médica que buscaban la aplicación de la física o química para explicar la fisiología y patología humanas (Escuela de Medicina-PUCC 2020, párr. 2).

La “vida” aparece como el “valor” supremo que debe ser protegido y mejorado por gerenciamiento médico, profesional y administrativo. Según Duden (1992, 40; traducción propia), en el siglo XVIII se da una ruptura epistemológica que “interrumpe la continuidad entre el cuerpo y cómo se lo nombraba y el cuerpo que sienten los sentidos”. Lo que las personas sentían con relación a su cuerpo perdió importancia para ser explicado por las visiones científicas modernas: el cuerpo de la “patología humoral” (ver nota 16) compuesto por los huesos, los órganos, los fluidos, se transformó en el de la patología de los órganos. El cuerpo humano es reconstruido de acuerdo a una nueva concepción anátomo-fisiológica de los órganos como el espacio en donde se sitúan las enfermedades, generándose una medicalización del cuerpo que rompe no únicamente la percepción del médico, sino también el vínculo entre las palabras que se utilizan para nombrar el cuerpo y la experiencia vivida y sentida por el enfermo debajo de su piel (39-40). En esta forma se genera una nueva relación médico-paciente mediatizada por un lenguaje médico científico que crea barreras en la comprensión de lo que siente el paciente y en la explicación de la dolencia que el paciente recibe. Las prácticas de salud que las poblaciones ancestrales desarrollan desde su visión holística de la salud quedan marginalizadas.

Por lo tanto, la salud-enfermedad no es algo que está simplemente dado, sino que es ella misma el resultado de una lenta y compleja construcción histórica y social (Laclau y Mouffe 2000, 116). De esta forma, la modernidad fue construyendo un discurso que, aplicado a la salud, se ha convertido en hegemónico, científico y médico.

A finales del siglo XIX y comienzos del XX, Estados Unidos desarrolla una nueva forma de colonialidad en salud, alrededor de los cambios en la organización hospitalaria y en la visión de la salud pública auspiciada por fundaciones estadounidenses en diversos países del mundo. Es importante señalar que algunos cambios empresariales internacionales, en especial, en Estados Unidos, influyeron en el desarrollo de sus sistemas de salud y en la organización de la medicina en algunos países. Tal es el caso de la incorporación de la visión de la segunda revolución industrial en la organización de grandes hospitales, el desarrollo de las especialidades médicas, la producción farmacéutica, la estandarización de procesos, la incorporación de nueva tecnología y la administración profesional, bajo *Los principios de administración científica* de Frederick Winslow Taylor (1911) (Perkins 2003, 3; traducción propia). Los líderes médicos y reformistas buscaron aplicar en la medicina la “industrialización de servicio”, derivada de la ingeniería industrial de la cultura estadounidense (4; traducción propia).

A comienzos del siglo XX se consideraba que la ciencia y la tecnología tenían un desarrollo lineal (Lander 1992, 8), por lo que no resultaba necesario plantearse discusiones sobre el desarrollo científico-tecnológico como un asunto político y, mucho menos, colonial (9). La concepción hegemónica de la medicina occidental fue radicalizándose en el marco de una cosmovisión antropocéntrica y racional desarticulada de la naturaleza. De allí que los conocimientos occidentales sean marcadamente racionalistas, reduccionistas, y desacralizados, y sus prácticas no sean parte del devenir cotidiano de una sociedad (Quintanilla 2017, párr. 24). Se desarrollaron las ciencias básicas, que dieron paso a la patología y clínica, y posteriormente a la terapéutica y a la práctica médica especializada.

En Ecuador se organizó la seguridad social vinculada con la salud laboral, al tiempo que se debilitó el asistencialismo público (Cortés y Rodas 2013). Con ello, fue consolidándose la visión científica occidental de la medicina. La ciencia adquirió autonomía y jurisdicción, y el médico comenzó a ser el creador de las conciencias, las buenas costumbres y la felicidad. El cuerpo se incorporó al mercado y adquirió una sobrecarga de símbolos que le adscribieron a la urbanidad burguesa (Pedraza 1999, 193).

A mediados del siglo XX, esta visión reduccionista continuó con el desarrollo de investigaciones científico-tecnológicas en los campos genético, molecular, nuclear y supramolecular, marginando otros modos de vida, otras estructuras de pensamiento y acción incorporados al habitus de la gente (Castro-Gómez 2005, 58). Y, años más tarde, se llega a sofisticar tanto hasta llegar al desarrollo de nanotecnología.<sup>20</sup>

Tal fue la confianza en la ciencia y tecnología que se la consideró la fuente de solución a los problemas de la humanidad. Sin embargo, a partir de la II Guerra Mundial, se evidenció que la ciencia se puso al servicio de la guerra, hecho que culminó con la elaboración de las bombas atómicas, surgiendo un cuestionamiento ético de la ciencia (Lander 1992, 16). Adicionalmente, se dio un proceso de reorganización de las fuerzas político-militares en el mundo generando una nueva forma de imposición del poder colonial, definido como “desarrollismo”, por el que América Latina, Asia y África fueron nuevamente subalternizadas. Consecuentemente, se las definió como “subdesarrolladas” y, por lo tanto, a las que había que “desarrollar” tecnológicamente y económicamente, con lo que se pretendía crear clones de las sociedades racionales occidentales —económicamente

<sup>20</sup> “Tecnología de los materiales y de las estructuras en la que el orden de magnitud se mide en nanómetros, con aplicación a la física, la química y la biología” (RAE 2019) que empezó a aplicarse en los años 1980.

más avanzadas– ignorando y marginando a milenarias y complejas culturas, como las ancestrales andinas.

En 1948 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS 2021, párr. 1).<sup>21</sup> Sin embargo, se han generado cuestionamientos respecto a ella pues no incluye acuerdos sobre lo que se entiende por “completo bienestar”. Este supuesto, según Pacheco (2016, 40), dejaría a la mayoría de la población con mala salud. Además, no menciona los determinantes, sociales, culturales y ambientales que intervienen en aquella, al tiempo que impone la visión occidental en el mundo, sin reconocer las diferencias culturales de los distintos pueblos ancestrales que se manifiestan en sus medicinas y prácticas de salud.

Para Pardo (1997, 1), la salud es la condición corporal de un “ser vivo que consigue mantener una cierta independencia y diferenciación de su ámbito exterior: el mantenimiento de la homeostasis, característica de los vivientes, es un proceso activo que se realiza contra dificultades que opone el medio”. Según el autor, un organismo se enferma cuando “encuentra en el ambiente problemas de difícil superación” (1), que le pueden llevar a la muerte.

Es importante reconocer que la salud no solo tiene relación con el desarrollo del pensamiento médico científico, sino también con las relaciones entre patrones de conocimiento y con la geopolítica del saber. Esto conlleva una creciente mercantilización de sus servicios, y una comprensión de aquella como producto de las condiciones sociales, económicas, políticas, históricas, culturales y ambientales (Cortés y Rodas 2013). Mas la medicina occidental no ha podido captar dichas contradicciones en la explicación de aquello que se denomina salud-enfermedad.

En la segunda mitad del siglo XX también se puso énfasis en la medicina preventiva, la lucha por reducir los riesgos, promover el bienestar y la felicidad, en definitiva, prolongar la vida y la juventud. En suma, con esta orientación se declara una lucha permanente contra la muerte. Los medios de comunicación jugaron un papel muy importante en la difusión de los nuevos discursos e imaginarios sobre el cuerpo –que se constituye en una entidad educable por medio de la cual se puede desarrollar influencia sobre la mente y el espíritu–. Esta visión estuvo alimentada por el modelo estadounidense de salud que la entendía como un bienestar físico, mental y social. En la década de 1950

<sup>21</sup> Preámbulo de la *Constitución de la OMS* (1946). La definición no ha sido modificada desde 1948.

este modelo influyó en la “nueva salud pública” (Pedraza 1999, 151-2), orientada a la prevención y al diagnóstico temprano, la misma que dio paso, en la década de 1960, al concepto de bienestar como base para el mejoramiento del estado físico mediante los deportes, alimentación, control médico y la reducción de los excesos; esta visión implicaba que toda la responsabilidad de mantenerse sano recayera sobre el individuo.

Durante la década de 1960 se inició la preocupación del Estado ecuatoriano por responder a la problemática de salud. En 1967 se creó el MSP y, al año siguiente, se constituyó el Seguro Social Campesino –anexo al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS)–, que atiende con medicina occidental y es la puerta de entrada a la atención en el seguro social general. En 1970 se inauguró el hospital Carlos Andrade Marín del IESS. Hacia este período se amplió la visión medicalizada de prevención con la implementación de programas de inmunizaciones que implican mantener la visión medicalizada biológica en el ámbito de la salud pública.

Lander (1992, 27), por su parte, señala que, a partir de los años 1960, en el mundo:

se van generando diversas formas de reflexión, organización, acción y movilización ciudadanas a propósito de decisiones científicas y tecnológicas. [...] Estas reacciones ocurren en el contexto de las transformaciones culturales que se dan en las sociedades capitalistas avanzadas en esa década, especialmente el cuestionamiento a la sociedad de la abundancia y las diversas manifestaciones de la llamada contracultura (27-8).

En la década de 1970, con la producción petrolera, en Ecuador se dio énfasis a la construcción de infraestructura y organización del Programa de Salud Rural (1972) que implicó la presencia de los servicios públicos de salud en las zonas rurales, ampliando la cobertura de servicios del MSP bajo la visión medicalizada occidental. En las comunidades, los médicos que hacen su año de medicina rural son vistos como personas extranjeras que les cuesta adaptarse al medio, que están atendiendo únicamente por cumplir con su obligación académica, en definitiva, como personas ajenas a la realidad que vive la gente: “no [...] [hay] una continuidad en el trato [...] [ni] una asunción de sus costumbres[,] [...] con [...] [ellos] diariamente [...] [la gente tiene] que ‘negociar’ para obtener un ‘remedio’” (Abad 2004, 77).

El Programa de Salud Rural del MSP violentó las prácticas y conocimientos ancestrales que las poblaciones de las comunidades rurales practicaban en su cotidianidad. Impuso el sistema médico occidental sin considerar que la población de las zonas rurales de la Sierra, que es la que nos ocupa, era en su mayoría indígena y mantenía prácticas de salud ancestrales. En este mismo sentido, los médicos rurales asignados a los

subcentros de salud, que no tenían –y siguen sin tener– conocimientos ni respeto a las diferencias culturales, replicaron actitudes coloniales de inferiorización a la población rural, que se mantienen hasta la actualidad.

En los años 1970 se expande una visión neoliberal que buscaba el libre comercio, una menor intervención del Estado en la economía, a fin de favorecer al sector privado, bajo las nuevas estrategias de desarrollo establecidas en los Acuerdos de Bretton Woods<sup>22</sup> que dieron inicio a las políticas internacionales del desarrollismo, enmarcadas dentro de la Guerra Fría del mundo bipolar de la posguerra. Estas políticas se acentúan a partir de esta década con la liberalización de las fronteras, facilitando el movimiento de los recursos financieros y naturales, y de los productos industrializados, que afectó a la población ecuatoriana, así como a las de los demás países. La colonialidad del poder y del saber se mantiene bajo nuevas formas de “colonización” impuestas por el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial, la política exterior de los Estados Unidos y de la Unión Europea (Mignolo 2003, 23).

En la década de 1980, de acuerdo con Hall (2013, 604):

El colonialismo –siempre de doble inscripción– intentó congregar a los colonizados dentro del “tiempo vacío y homogéneo” de la modernidad global, sin borrar las profundas diferencias o desfases de tiempo, lugar y tradición.

Las viejas características se combinan con nuevas formas emergentes de “etnicidad”, que a menudo son producto de la desigual globalización y de un fracasado proceso de modernización. [Este sistema global o globalización h]a debilitado significativamente las soberanías nacionales y erosionado el ámbito de los antiguos Estados nacionales occidentales [...] sin desplazarlos completamente (606-7).

De esta forma se produjo una transformación total de las culturas y formaciones sociales de tres continentes (América, Asia y África) de acuerdo con los dictados del Primer Mundo. Los impactos han sido muy graves, generando una situación de crisis, evidenciada por la violencia, la pobreza y el deterioro social y ambiental. Todos estos problemas ponen en relieve el fracaso de aquellos modelos hegemónicos del desarrollo y explican la resistencia y oposición de actores y movimientos sociales (Lander 2000, 12).

Otro cambio importante que impacta en la organización de la salud está asociado a lo que De Sousa Santos (2004, párr. 1) define como la tercera ola del colonialismo (1985-2005), a la que denomina “globalización neoliberal”. Y plantea que en este período

<sup>22</sup> “Hacen referencia a las decisiones tomadas en la convención que en julio de 1944 reunió a 44 países con el fin de establecer un nuevo modelo económico mundial de posguerra donde se fijarían las reglas de las relaciones comerciales y financieras entre los países más industrializados” (Jiménez Bermejo 2019, párr. 1) y que, por ende, afectaron al resto del mundo.

se desarrolló la mayor crisis global de las estructuras de poder económico, y un fenómeno de desnacionalización. El poder colonial se impuso abrir las fronteras comerciales de los pequeños países periféricos, y obligarlos a participar en una dinámica comercial que estructuralmente determina una relación de desigualdad. Asociado a las políticas definidas por el Consenso de Washington,<sup>23</sup> estableció lineamientos y estrategias neoliberales de las que se derivaron las políticas de modernización que se impusieron a los países del Tercer Mundo –entre ellos, los latinoamericanos– por medio de los programas de ajuste estructural, la modernización del Estado y la reforma de la salud, que fueron implementados de diferente manera en las distintas naciones.

Durante el período neoliberal de los años 1980 y 1990, según Quijano (1998b, 13), los discursos sociales fueron subalternizados como parte de una red de configuración global del poder del capital y la derrota de los movimientos sociales contestatarios en el mundo (14-7). Los seres humanos de todo el planeta son reclasificados dentro de la misma configuración emergente del poder, deteriorando a la clase política y los partidos institucionales, que no respondían a las demandas sociales, lo cual determinó igualmente una crisis de los dominados, incapaces de generar un discurso autónomo (18-9). Se cambió la visión de la pobreza, de los conceptos de explotación/dominación de las décadas anteriores, hacia la de “marginados” que deben ser integrados con base en la participación social (26-8). Toda esta política cambió el modelo “estatal” de desarrollo a una economía empresarial, muy beneficiosa para las élites empresariales y concentradoras de riqueza (J. Paz y Miño 2009, 2).

En los primeros años de la década de los años 1990 y, por influencia del BM, se inició en Ecuador un período de modernización del Estado que conllevó la reforma del sector salud. Se impuso una política de disciplinamiento fiscal, con reducción del gasto público, reforma tributaria, liberalización comercial y creación de un entorno favorable para la inversión extranjera directa. La visión neoliberal de ampliar el papel del mercado y reducir el papel del Estado introdujo la visión de la necesidad de privatizar los servicios sociales estatales y su desregulación. Se inició una nueva etapa de expansión del capitalismo, tanto en la esfera económica como en la de producción de los conocimientos.

<sup>23</sup> “Se conoce como Consenso de Washington a un conjunto de diez recomendaciones de política económica formuladas en 1989 por el economista inglés John Williamson, que tenían como objetivo orientar a los ‘países en desarrollo’ inmersos en crisis económica para que lograsen salir de la misma” (Cabello 2019), y que fueron impuestas por el Fondo Monetario Internacional (FMI), el Banco Mundial (BM) –instituciones financieras con sede en Washington– y el Departamento del Tesoro de los Estados Unidos.

Se impuso una lógica mercantil que invadió todos los ámbitos de la sociedad hasta el extremo de convertir la vida de los seres humanos en una mercancía que se puede comercializar (Lander 2008, 250), en la que la ciencia y la tecnología jugaron un papel político fundamental como consecuencia de los impactos perversos de su desarrollo sin control (Lander 1992, 35).

### **2.3.2. ¿Qué pasó con la salud ancestral?**

La Independencia, como se ha indicado, mantuvo el poder colonial. En el período republicano –desde la Independencia hasta la mitad del siglo XX– no ocurrieron mayores cambios en el reconocimiento de los pueblos andinos y tampoco en cuanto a la medicina ancestral en la medida en que las relaciones de poder se mantuvieron inalteradas. Los sectores en control del Estado continuaron beneficiándose en el uso de los recursos naturales indígenas declarándoles reservas ecológicas o zonas protegidas, para luego entregar esos territorios y recursos a grandes empresas (Arrobo 2005, párr. 97). Esto ha significado la pérdida de la territorialidad política de los pueblos indígenas y de la soberanía de sus territorios (CEPAL 2014, 13). Los nuevos Estados nacionales continúan con procesos de despojo de las posesiones indígenas mediante marcos jurídicos que favorecen la propiedad privada y los derechos individuales sobre los colectivos. A mediados del siglo XX se produjo el segundo ciclo de desterritorialización, mediante la presión extractiva de los recursos naturales como algo que agravaba el despojo y vulnerabilidad de los pueblos indígenas. A esto se ha añadido la apropiación de los conocimientos ancestrales, de los recursos genéticos y de la biodiversidad (14).

En las últimas décadas los movimientos indígenas han establecido nuevas formas organizativas y de liderazgo, convirtiéndose en sujetos políticos activos que demandan sus derechos colectivos que buscan cambios en la estructura de los Estados (Arrobo 2005, párr. 52), con lo cual buscan terminar con la dominación colonial, el discrimen y la satanización de sus manifestaciones religiosas (párr. 59). Al mismo tiempo, han buscado defender los recursos de los territorios indígenas valorando los conocimientos de la biodiversidad frente a la biopiratería, y realizar proyectos de ecoturismo (párr. 70). Según Ayala (2020, 10): “[e]n los años 80, en medio de la lucha por la organización y los derechos, algunas organizaciones e intelectuales comenzaron a usar el término ‘nacionalidades’ para identificar a los indígenas”.

Durante la década de 1990, la población indígena demostró su capacidad de resistencia frente a la explotación económica, la opresión política, el estado de exclusión

y la discriminación social (Macas 2002, párr. 1). Y llevó a cabo un levantamiento en contra de las condiciones de postergación de los pueblos indígenas, a fin de promover modificaciones estructurales e históricas, señalando sus exigencias, frente al Estado y la sociedad, de reconocimiento de su diversidad, su dignidad y sus derechos (párr. 10). La resistencia cultural de los pueblos indígenas, que ha sobrevivido a la Conquista, a la Colonia, al sistema capitalista y, últimamente, a la globalización, se manifiesta en su anhelo por consolidar la unidad en la diversidad y el reconocimiento de las diferencias (Arrobo 2005, párr. 46).

El movimiento indígena ha planteado la interculturalidad como una herramienta de emancipación, de rescate de las culturas vivas, y como un principio ideológico político (Macas 2002, párr. 9). Con su levantamiento y como resultado de sus luchas, en la década de 1990, se reconoce la salud ancestral y los derechos de pueblos indígenas.

## 2.4. Época actual

### 2.4.1. La colonialidad en la salud continúa

La salud, con la globalización, ha estado más sujeta que nunca a los intereses del mercado y a los grupos de poder económico. América Latina tiene que desarrollar las políticas de salud definidas por los organismos internacionales e impulsadas por los “países desarrollados”, que no toman en cuenta las realidades y particularidades locales.

En las décadas de 1980 y 1990 en Estados Unidos se rediseñó el sistema de salud desde una visión de “reforma del mercado”, consolidando y gestionando hospitales, mercados regionales y requerimientos profesionales que impulsaron regulaciones del gobierno para aumentar la productividad hospitalaria sin importar el creciente costo de la atención médica (Perkins 2003, 6-7).

En la década de 1990 se impulsaron reformas constitucionales en América Latina para el reconocimiento del carácter multiétnico y pluricultural de las poblaciones y de la existencia de identidades étnico-culturales. Sin embargo, según Walsh (2010, 82), estas reformas no significaron reales cambios para los grupos excluidos, sino que estuvieron orientadas a facilitar del desarrollo del proyecto neoliberal. Esta nueva fase político-social se la conoce como constitucionalismo multicultural o multiculturalismo constitucionalista (82).

La emergencia del multiculturalismo constitucional en América Latina coincide con la expansión del proyecto de neoliberalismo, cuando las reivindicaciones de reconocimiento y protección de la diversidad de los pueblos se instrumentalizaron para la consolidación del proyecto neoliberal bajo el nuevo modelo de dominación cultural posmoderno o, como propone Žižek (1998) en el título de su libro, el “multiculturalismo, o la lógica cultural del capitalismo multinacional”. Frente al constitucionalismo multicultural, surgieron planteamientos contrahegemónicos con la incorporación de conceptos de interculturalidad (Cortés y Rodas 2013).

En el caso ecuatoriano, con la Constitución de 1998 se adaptó el Estado al modelo de desarrollo neoliberal (J. Paz y Miño 2009). En ella (EC 1998, art. 44), ciertamente se reconocen a las medicinas ancestral y alternativa, pero bajo una visión colonial:

Artículo 44.- El Estado formulará la política nacional de salud y vigilará su aplicación; controlará el funcionamiento de las entidades del sector; reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de las medicinas tradicional y alternativa, cuyo ejercicio será regulado por la ley, e impulsará el avance científico-tecnológico en el área de la salud, con sujeción a principios bioéticos.

El MSP implementó un modelo de salud interinstitucional (EC MSP 2006, 27) en el que se incorporó la interculturalidad en forma muy limitada. Con la creación de la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas (en 1999), se cooptó, desde el Estado, la lucha de los pueblos indígenas con el reconocimiento de la medicina, conocimientos y prácticas de salud ancestrales como parte del sistema de salud oficial.

A partir de 2007 tuvo lugar un quiebre del modelo neoliberal cuando se inicia la recuperación del papel económico del Estado, se abandonó la economía “empresarial” y se fortaleció la institucionalidad. Se pusieron de manifiesto las reacciones del alto empresariado, las resistencias oligárquicas, la confrontación permanente con cierto tipo de prensa ligada a las visiones de las élites tradicionales (J. Paz y Miño 2009).

En los siguientes años tuvo lugar un desarrollo estatal de la salud. Con la Constitución de 2008 (EC 2008, art. 32):

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

La nueva Constitución reasigna al Estado el rol de gestor de los procesos vinculados con la salud-enfermedad y al MSP, encargado de la salud universal para todos, y rector de la salud.

De acuerdo a esta (EC 2008, art. 361, 362), el MSP es la instancia del Estado responsable de formular la política nacional de salud (ver anexo 1):

Art. 361.- El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.

Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

La visión y misión del MSP (EC MSP 2020a) definen el papel del Estado en el sector salud:

Ejercer la rectoría, regulación, planificación, coordinación, control y gestión de la salud pública ecuatoriana a través de la gobernanza y vigilancia y control sanitario y garantizar el derecho a la salud a través de la provisión de servicios de atención individual, prevención de enfermedades, promoción de la salud e igualdad, la gobernanza de salud, investigación y desarrollo de la ciencia y tecnología; articulación de los actores del sistema, con el fin de garantizar el derecho a la salud (párr. 1).

El Ministerio de Salud Pública, ejercerá plenamente la gobernanza del Sistema Nacional de Salud, con un modelo referencial en Latinoamérica que priorice la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, con altos niveles de atención de calidad, con calidez, garantizando la salud integral de la población y el acceso universal a una red de servicios, con la participación coordinada de organizaciones públicas, privadas y de la comunidad (párr. 2).

Al inicio del siglo XXI, el colonialismo en la salud agudizó la separación entre la visión científica y las otras cosmovisiones. Según el filósofo argentino Bunge (2012), “el buen médico, a diferencia del curandero, pone en práctica diariamente [...] un sistema filosófico, constituido por [...] una ontología materialista [...]; una gnoseología realista, escéptica y científicista; [...] [y] una praxiología científica y una ética humanista” (Bunge 2012, 8). Refiriéndose a los conocimientos “otros”, que él denomina “anticiencia” y “pseudociencia”, indica que las medicinas no convencionales deben ser denunciadas por los peligros y fraudes que estas conllevan (27), y que es necesario desarrollar el método experimental entre la medicina y la biología (42). Según C. Paz y Miño (2013), “los médicos no aceptan las pseudociencias; basan su práctica social en el empirismo racional o la llamada medicina basada en evidencias”.

Apoyada en el discurso científico, la medicina contemporánea pasó a monopolizar la atención de la salud en los servicios del Estado, mientras que, anteriormente, se trataba de varias artes de curación generalizadas en la población (Duden 1992, 26). En Ecuador, se acentuó el desarrollo de un modelo privado que incluía a los seguros médicos privados que priorizaron las especialidades médicas (Cortés y Rodas 2013).

A manera de cierre de esta sección cabe enfatizar que el conocimiento y prácticas de la salud occidentales se han implementado desde el siglo XV bajo el discurso de la modernidad y el conocimiento científico-técnico médico, con la ejecución de políticas, leyes, reglamentos y programas de los organismos internacionales y nacionales, y que estos procesos continúan en el presente, cuya revisión se realiza en el capítulo tercero.

#### 2.4.2. La salud ancestral: desafíos actuales

En el período de los 500 años entre 1492 y 1992 la colonialidad se mantuvo ejerciendo controles sobre el desarrollo de conocimientos y uso de prácticas de salud ancestral que la gente se transmitía en los territorios. Los saberes de la salud indígena y las medicinas ancestrales fueron invisibilizados por el sistema biomédico occidental (Campos 2009, 60) y se han mantenido en resistencia hasta el presente: los médicos ancestrales preservan sus conocimientos y prácticas defendiéndose de la imposición de la medicina occidental.

Para los organismos internacionales la medicina ancestral ha estado históricamente marginada y relegada. Solamente en las últimas décadas ha sido tomada en cuenta en las discusiones “oficiales” sobre salud como respuesta a las reivindicaciones de los pueblos indígenas. Así, se establecieron normativas como el *Convenio Núm. 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales: Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas*, suscrito por Ecuador en abril de 1989, que declara que los gobiernos deberán organizar servicios de salud adecuados para dichos pueblos en las comunidades y en cooperación con ellas, teniendo en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, incorporando sus métodos de prevención y prácticas curativas ancestrales (OIT 1989, 53-4).

El sistema de Naciones Unidas ha reconocido que el desarrollo debe ser considerado un derecho humano y no solamente un problema económico, un proceso de ampliación de libertades y opciones para los pueblos indígenas, y de reconocimiento de sus prácticas en estrecha relación con la naturaleza (CEPAL 2014, 33). Sin embargo, este mismo organismo reconoce que:

El paradigma del desarrollo continúa cargando una serie de lastres y deficiencias que serían parte de su misma esencia, como el aumento de las desigualdades, la homogeneización cultural y la degradación medioambiental. De aquí derivan las limitaciones de esta categoría para enmarcar el debate sobre el bienestar y la concreción de los derechos de los pueblos indígenas. Incluso, los pueblos indígenas han padecido en forma directa tales deficiencias, pues han sido víctimas de los diversos modelos de desarrollo en boga durante las últimas décadas (33).

Según la OMS, los conocimientos ancestrales han sido considerados como medicina tradicional que abarca una amplia variedad de terapias y prácticas. También ha sido definida como medicina “alternativa”, “no convencional” o “complementaria”, aunque existe desde hace miles de años (OMS 2014, 7).

Desde la primera *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005* (OMS 2002) se lograron instaurar políticas y reglamentos nacionales y regionales orientados a promover el uso seguro y eficaz de la medicina ancestral y complementaria a partir de directrices y normas técnicas, cursos y talleres de capacitación en apoyo a los Estados miembros (OMS 2014, 21). En una encuesta desarrollada por la OMS sobre indicadores críticos, se puede apreciar un progresivo incremento de los países miembros que han incorporado políticas sobre la llamada medicina tradicional, pasando de 25 en 1999 a 69 en 2012, como puede apreciarse en el gráfico 8.

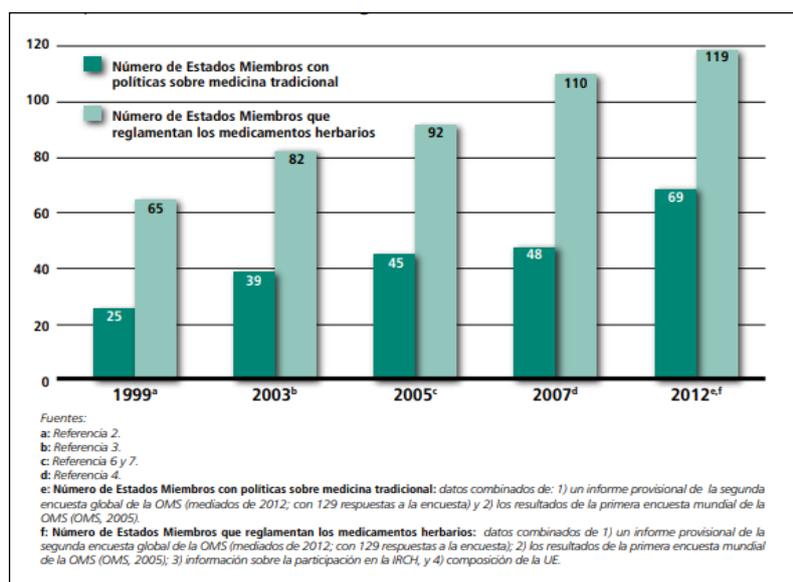


Gráfico 8. Seguimiento de los cambios en los indicadores de progreso de los países definidos en la estrategia de la OMS sobre medicina tradicional/ancestral (OMS 2014, 21).

Este cuadro refleja los cambios políticos y sociales que se dieron en los años 90 como resultado de las demandas y las luchas de los movimientos sociales – particularmente de los movimientos indígenas– por el reconocimiento y protección de la diversidad de los pueblos. Estas incorporaciones en las políticas nacionales e internacionales se enmarcan en el constitucionalismo multicultural que tomó fuerza en América Latina a fin de “incluir” a todos, abarcando a los sectores históricamente excluidos, dentro del mercado –asegurando, con esta inclusión de los “excluidos”, su apaciguamiento–” (Walsh 2010, 82)

La Constitución del Ecuador del 1998 (EC 1998) introdujo avances importantes en términos de derechos y garantías: reconoció a los pueblos indígenas sus derechos sobre tierras ancestrales, sus formas de organización, su educación y su administración de

justicia, pero consolidó procesos neoliberales y una economía empresarial excluyente que controlaba el Estado (J. Paz y Miño 2008, párr. 15). Como resultado de las luchas del movimiento indígena se reconocieron la salud ancestral y los derechos de los pueblos indígenas. Además de definir al Ecuador como un Estado social de derecho, soberano, unitario, independiente, democrático, pluricultural y multiétnico (EC 1998, art. 1), como se ha señalado, esa Constitución estipulaba que todas las personas debían ser consideradas iguales y gozar de los mismos derechos, libertades y oportunidades, sin discriminación de ninguna índole (art. 23). De igual manera, fomentaba la interculturalidad, proponiendo que se inspirarían políticas en ese sentido, y buscaba integrar instituciones “según los principios de equidad e igualdad de las culturas” (art. 62), y estipulaba como deber y responsabilidad de todos los ciudadanos el “propugnar la unidad en la diversidad, y la relación intercultural” (art. 97).

Mientras que la Constitución de 2008 produjo un cambio de modelo hacia una economía social solidaria, asignando un papel importante al Estado en la formulación de políticas económicas estatales (J. Paz y Miño 2008, párr. 24). La nueva Carta Política incorpora avances importantes en lo referente a derechos individuales, sociales, económicos, laborales y colectivos, e introduce los principios del buen vivir y los derechos de la naturaleza como ejes centrales del desarrollo (párr. 34). Igualmente, garantiza los derechos comunitarios y la propiedad comunal (párr. 35).

Para sintetizar, si bien, en los últimos años, se han dado cambios hacia el reconocimiento de los grupos indígenas, la Constitución y las políticas establecidas, como las de salud intercultural, han generado retos y tensiones porque se enmarcan en la institucionalidad de un Estado traspasado por la colonialidad. Este desconoce y desvaloriza los conocimientos y prácticas de salud ancestrales definiéndolos como “locales”, “tradicionales” o “folclóricos”, pero no como salud o medicina. Y ha asumido la salud occidental sin cuestionar las imposiciones sociales, políticas y epistémicas que se instalaron desde la Conquista. La democracia se constituyó en la dictadura del voto, con la intermediación corrupta de los partidos políticos, excluyendo a amplias colectividades que han preferido seguir practicando formas de participación directa y comunitaria. Lo que significa que “[e]s necesario democratizar la democracia con nuevas formas de participación más incluyentes” (De Sousa Santos 2008, párr. 10).

### 3. De la salud ancestral a la salud intercultural

En esta sección se busca visibilizar los conocimientos y las prácticas de la salud ancestral presentes en la vida cotidiana en las comunidades rurales del país a pesar de la imposición colonial de la medicina occidental en los territorios de la zona andina ecuatoriana desde hace 500 años. En las secciones 1 y 2 de este capítulo se realizó una breve genealogía de los conocimientos y prácticas de las dos medicinas, a continuación se revisan las aproximaciones teóricas sobre diferencias culturales, interculturalidad y salud intercultural en las que se ha basado esta investigación a fin de pensar si es posible interculturalizar la salud en los territorios.

Desde el siglo XVI, con las Leyes Nuevas de Indias de 1542, se da la primera evidencia de la diversidad y relacionamientos culturales (Salaverry 2010b, 82). Sin embargo, esas evidencias coloniales se plantearon desde un esquema colonial: aparecen la diversidad y los estre cruzamientos, pero desde la imposición, desde la exclusión.

Como se ha señalado, la invasión de Abya Yala requirió de un marco legal para:

justificar el dominio de dichas tierras, regular la vida de la población que vivía en ellas y mejorar las condiciones de vida de los indígenas bajo soberanía de la corona española. [...] Desde el punto de vista social la medida más importante fue la abolición de la encomienda y la prohibición del trabajo forzado de los indios. Esto suponía una importante mejora para los nativos, que ahora disponían de unos derechos que antes no tenían, pero aún así se mantenía la obligatoriedad de su trabajo, aunque fuese retribuido (Historia del Nuevo Mundo 2020, párr. 1-2).

Retomando a Salaverry (2010b, 82):

Los conquistadores [...] establecieron en la práctica dos sistemas sociales coexistentes [...] una “República de españoles” y una “República de naturales”, cada una de ellas sometida a sus propias exigencias y regulaciones, dentro del marco de la obediencia al soberano metropolitano.

La primera relación intercultural en salud, que se dio con la emisión de las Leyes Nuevas fue impuesta desde la diferencia colonial. No se reconoció la medicina ancestral por considerársela vinculada a aspectos religiosos mágicos calificados como idolatrías, en tanto que la medicina occidental, que también estuvo vinculada a la religión católica, fue reconocida como oficial. Los sacerdotes españoles no valoraron los conocimientos curativos que tenían los médicos ancestrales durante la celebración de las prácticas mágicas y religiosas. Las órdenes religiosas desarrollaron durante la segunda mitad del siglo XVI la llamada “extirpación de idolatrías” prohibiendo que se practicaran curaciones, y castigando a quienes las enseñaban, lo que tuvo impactos para que no se

desarrollara y floreciera la salud ancestral (Salaverry 2010b, 82). Muchos de estos conocimientos acumulados, que se transmitían oralmente, fueron marginados por la imposición de la medicina occidental; sin embargo, se han mantenido en resistencia y siguen siendo practicados.

La mirada española, que inicialmente tendía a proteger la salud de los súbditos indígenas y admiraba las habilidades terapéuticas y quirúrgicas de los pueblos de Abya Yala, posteriormente desvalorizó y estigmatizó socialmente a los indígenas por considerarlos seres inferiores: “se fue construyendo una imagen del indio como un ser ya no sólo infantil, como fue su primera interpretación, sino como un ser degenerado en lo físico, en lo moral y en lo intelectual” (82).

Esta progresiva inferiorización del indio también alcanzó a la medicina, con el menosprecio oficial a sus prácticas como resultado, tanto por razones religiosas, por vincularla con actos demoníacos, como por no considerarla equiparable a la medicina occidental. Mientras la población indígena tenía plena confianza en la medicina y en los médicos ancestrales, el choque cultural generó que considerara a la medicina española y a los hospitales como lugares para morir (82). Esta percepción, acaso con matices diferentes, sigue existiendo hasta el presente.

Las relaciones de dominación y exclusión, en el caso de la salud, se agravaron con el establecimiento de la Ley Fundamental del Tribunal del Real Protomedicato de Castilla que, como se ha mencionado, fue el órgano jurisdiccional y administrativo que controló a los profesionales sanitarios y su actividad desde el último tercio del siglo XV hasta el XIX (Valverde 2003, 7). Y, a partir de ahí, los relacionamientos culturales coloniales en salud se han mantenido hasta la actualidad.

El control colonial llevó a que los conocimientos y prácticas de las medicinas ancestrales fueran desautorizados, al tiempo que se consagraba al sistema médico occidental como universal, único, científico y legítimo. De esta forma, se impidieron las prácticas y saberes de las medicinas ancestrales, y sus recursos diagnósticos, terapéuticos y de sanación, que formaban verdaderos sistemas de salud, fueron relegados a la clandestinidad, truncando su desarrollo. Pese a ello, estas prácticas se han mantenido y siguen existiendo (Ochoa y Cujilema 2003, 175).

### **3.1. La utopía de una salud intercultural: definiciones y desafíos**

Frente a la existencia de modos culturales diversos de pensar que determinan los conocimientos y prácticas de salud establecidas en un territorio, y para abordar la salud ancestral y la salud occidental, y la posibilidad de un diálogo intercultural entre estas, se debe partir del reconocimiento de que existen formas de producir sentidos distintos, sujetos a las relaciones de poder, epistémicas, políticas y culturales, que intervienen en el lugar desde donde se habla en las sociedades. Allí se ponen en escena las relaciones entre los diferentes conocimientos, prácticas y percepciones, y formas de existencia y de explicación del mundo. El gran reto es cómo comprender y aceptar las diferencias dentro de una relación equitativa. A continuación se puntualizan los ejes más significativos de las diferentes formas de ver el mundo, de explicar los conocimientos y las prácticas de salud de la medicina ancestral andina y de la medicina occidental.

### **3.2. Formas de existencia, de pensar y de sentido diferentes**

#### **3.2.1. El ser humano, la naturaleza, el individuo y el grupo**

Como se explicó en la sección 2.1., Salud en Abya Yala, en los pueblos ancestrales andinos el saber y el conocimiento se construyen desde el respeto a la naturaleza (pachamama) y a todos los seres humanos del planeta, “el conocimiento indígena se construye a partir de su propia realidad [...]; el individuo, la comunidad no están fuera, son parte integral de esa realidad, por tanto la construcción del conocimiento obedece a una propuesta integral y colectiva donde el individuo se desvanece” (UIAW 2004, 165).

La sociedad occidental da prioridad al individuo, produce un sujeto moderno con una corporalidad inspeccionada, vigilada y castigada, que puede ser disciplinada y sujeta a formas de control (Foucault 2007, 168), mientras que en el mundo andino se considera al grupo.

La mirada holística, integral y armónica entre el cuerpo humano en su relación con la naturaleza se explica desde el microcosmos, en relación con la energía de la naturaleza cósmica, y el macrocosmos, que se refiere al espacio geográfico, el clima y la altitud (Orellana 2003, 164). “El desequilibrio de la armonía deviene en enfermedad global de la estructura física, mental y espiritual” (164). No se concibe división en la unidad fundamental del ser, ni tampoco enfermedades parciales de órganos, sistemas o aparatos, el ser humano no es entendido en su individualidad sino como totalidad, en su relación armónica con los demás y con la naturaleza (166).

La relación con la naturaleza es propia de los saberes ancestrales, mientras más interdependencia se mantenga entre el ser humano y los ritmos naturales del cosmos, astros, constelaciones, tierra, agua, fuego y aire, las energías recibidas se equilibrarán para alcanzar una buena salud. De allí que en las celebraciones y fiestas ancestrales sean muy importantes los ritos que se realizan para venerar “a la madre tierra, a los dioses del fuego, [al] agua y al aire o energía vital” (Orellana 2003, 164).

Mientras que la modernidad occidental se ha construido sobre la delimitación de los saberes bajo un marco filosófico de conceptos, nociones y categorías del conocimiento científico que impone una forma única de pensar egocentrista, fuera del ser y del estar, y más aún del “estar siendo” –que es lo que resume la dinámica del pensamiento indígena– (UIAW 2004, 163).

Como se ha indicado, los conocimientos y prácticas de salud ancestrales y occidentales parten de sentidos distintos. Las prácticas ancestrales de salud se basan en el concepto de armonía del ser humano consigo mismo y con los miembros de la comunidad, con la naturaleza, entendida como pachamama, que está viva, y con los demás seres y elementos que en ella existen. En el caso de la salud occidental, la atención se centra en la enfermedad de la persona como individuo aislado, sin considerar, y relacionarlo con, el entorno y el territorio de los que proviene. Y a la naturaleza como un objeto inerte, un recurso natural externo al enfermo.

La medicina ancestral da respuesta a la enfermedad desde una perspectiva holística, en la que se incluye a la persona con dolencias, “su familia y la comunidad, según la gravedad de [esta] [...] en armonía con los recursos naturales y espirituales” (Cardona 2013, 655). Por lo tanto, la medicina ancestral cumple un papel fundamental en el arraigo cultural de los saberes transmitidos milenariamente, entre los que se encuentran los conocimientos sobre botánica y los del equilibrio con el entorno físico y espiritual (656). Sus actividades están orientadas a la sanación (actos para mitigar los síntomas de la enfermedad) y a la curación (eliminación de todas las causas), con intervención espiritual (657). La medicina occidental, por el contrario, busca comprender la salud única y exclusivamente desde el enfoque biológico reduccionista.

Es importante resaltar, en la visión ancestral, el sentido integral del mundo, que no está centrado en el ser humano –visión antropocéntrica propia del “occidentalismo”–, sino en el ser humano en articulación con su entorno. En esta concepción las plantas tienen vida, están dotadas de energía y, para usarlas, no solamente hay que conocer sus propiedades medicinales, sino también la espiritualidad de cada planta. De allí que la

efectividad curativa de las plantas va a estar ligada con tiempos, espacios y espiritualidades específicos bajo la concepción de equilibrio y armonía. Se busca lograr un equilibrio a partir de la relación armónica con la naturaleza, consigo mismo y con los demás, desde los pueblos, colectivamente, y no desde la dimensión individual. La concepción racional antropocéntrica occidental reconoce una oposición entre naturaleza y cultura que ha justificado históricamente la opresión y explotación de los indígenas, desconociendo la estrecha relación entre cultura y naturaleza que sostiene la vida de la población indígena (Varese 2011, 98).

La visión integral que tiene la medicina ancestral no calza en las sociedades occidentalizadas pues estas privilegian las lógicas individuales y mercantilizadas. La medicina occidental no tiene como elemento central en su concepción de salud el tema comunitario, es individualizada y biologizada, y, por eso, le cuesta mucho dialogar con otras medicinas que tienen otros epistemes y cosmovisiones.

Según Norma Panduro, médica ancestral peruana, el concepto de salud supone trascender al individuo y proyectarse a la comunidad:

Una médica [ancestral] no solamente se preocupa de las plantas, sino también de prevenir para que la gente viva mejor, no se enferme, [...] no sufra y [...] no sea infeliz. Las médicas vegetalistas ayahuasqueras no solo vemos porque se curen las personas, también vemos que se viva mejor en la comunidad [...] que no se viva en discordia, con odios o indiferencias, y que todos sean unidos como un solo puño (Panduro 2002, 2 citada en OPS 2008, 35).

En la medicina ancestral:

la enfermedad es percibida como una ruptura en el orden natural y social, [...] [por ende, l]a tarea del médico tradicional consiste en reestablecer el equilibrio –tanto en el orden social como religioso– a través de [distintas formas naturales] de curación. [...] [C]ada grupo indígena tiene características socioculturales [distintas acorde a] su cosmovisión, su lenguaje y sus formas particulares de entender los problemas relacionados con la salud y la enfermedad (Citarella Menardi 2009, 6-7).

El conocimiento de las plantas es resultado de una milenaria relación armónica y epistémica con la naturaleza y con todos los seres míticos que la habitan. Es por ello, y por las demás razones que se han expuesto, que la medicina ancestral tiene una episteme distinta a la de la medicina occidental, y es clave que esto se comprenda bien porque solo de esta manera se puede iniciar un verdadero diálogo horizontal que permita la interculturalización de la salud.

Por el contrario, Occidente se apropia de principios activos de las plantas para generar productos farmacéuticos estables, con cantidades conocidas y controladas, siguiendo la farmacia galénica (Sánchez, Muñoz y Díaz 2020, párr. 1).<sup>24</sup> En la preparación de medicamentos, en el siglo XX, se incorporaron los avances tecnológicos para lograr garantizar la presencia de los principios activos en el organismo humano. Y, al mismo tiempo, se desarrolló la producción industrial de las medicinas (párr. 3).

En la entrevista mantenida con Enrique Cachiguango (2014) en relación con las diferencias de conocimiento de la medicina occidental y medicinas ancestrales, en cuanto al tratamiento de las enfermedades explica que:

Para la medicina occidental mantenerse saludable es estar en una lucha constante y enfrentamiento con las enfermedades para acabarlas. En la medicina ancestral se acepta la enfermedad como parte de la vida: lo importante es aprender a superarla. No se debe pensar en que siempre se debe combatir la enfermedad porque se está limitando el poder de curarse uno mismo. Por ello la importancia de buscar plantas que son parte de nosotros –porque nosotros somos naturaleza, como las plantas–, no buscar enemigos en la naturaleza para atacarnos unos a otros. Por lo tanto, se debe entender que, además del buen vivir, también existe el buen morir, y hacia allá debemos ir como seres humanos.

La visión occidental nos indica que las bacterias y microorganismos entran desde fuera y dañan el cuerpo. En la concepción andina, la enfermedad se genera desde adentro. Nacemos con defensas, la forma cómo vivimos, cómo nos alimentamos, cómo actuamos en nuestra vida cotidiana va a influenciar directamente en que nuestro sistema interno de defensas se mantenga equilibrado. Cuando se desequilibra esa armonía interna en el cuerpo es cuando se producen las enfermedades. Entonces, para poder curarse, es importante encontrar esos equilibrios, ya que el ser humano en sí es naturaleza, no es parte de la naturaleza. Si es que el ser humano se sale de las leyes de la naturaleza entra en desequilibrio y se produce la enfermedad.

### 3.2.2. El espacio y el tiempo

Como se explicó en páginas anteriores, existen diferencias en la concepción del tiempo y el espacio entre los mundos andino y occidental. Para los pueblos de Abya Yala el tiempo es cíclico, se camina hacia los antepasados, hacia lo que ya fue conocido, todo se junta en el aquí y ahora (espacio y tiempo), esto recibe la denominación de pacha (Sarango 2016, 645). En el caso de la visión occidental, el tiempo y el espacio están separados, el tiempo es lineal: presente, pasado, futuro:

Cuando Occidente plantea su historia en una forma lineal y etnocéntrica, está implementando su propio concepto de progreso y desarrollo, unido al de tiempo y espacio, que pese a ser relativos, políticamente se universalizan y se toman como los únicos

<sup>24</sup> Según estos mismos autores: “La farmacia galénica es una de las ciencias farmacéuticas que se encarga de la transformación de drogas y principios activos en medicamentos con una forma farmacéutica determinada, la cual permite su fácil administración y asegura que proporcionen una adecuada respuesta terapéutica” (párr. 1).

verdaderos. En la estructura lingüística de los idiomas occidentales más conocidos (español, inglés, francés, italiano, etc.) el tiempo pasado es lo que se refiere a lo quedó atrás, ya superado, el futuro a lo que vendrá después incognoscible [se va a lo desconocido, lo cual genera inseguridad al caminar hacia un mundo incierto] y el presente es como una entelequia inexistente. Esta visión del tiempo lineal como un progreso ascendente, separada como categoría incluso lingüística del espacio etnocéntrico se ha venido aplicando desde los mitos judeocristianos hasta la tecnociencia occidental moderna y tiene claras repercusiones políticas y económicas (Restrepo 2004, 16-7).

Contradictoriamente, al presente, que es lo único que existe en la visión occidental, se lo desaparece y se lo convierte en entelequia, con lo que las sociedades viven en la incertidumbre y el miedo a un futuro desconocido, limitadas del disfrute de la vida cotidiana.

### **3.2.3. La salud y la enfermedad**

La forma de concebir el mundo, de explicar la realidad, la salud y la enfermedad de las poblaciones ancestrales y de la sociedad occidental son totalmente diferentes. La concepción ancestral, en el caso de la salud, se asienta en la presencia simbólica, en la inserción mítica del mundo y su representación ceremonial, por lo que se da prioridad al uso de todos los sentidos; el olfato, el oído, el tacto son los sentidos más usados (Yáñez 2002, 38). En las prácticas ancestrales de curación se utiliza, por ejemplo, el humo, que proviene de la quema de diferentes plantas medicinales; la música de instrumentos andinos se utiliza para curaciones que son llamadas taqui-sama, y la exposición a varios elementos de la naturaleza, como el agua, el calor del fuego o las plantas que tienen cualidades curativas y de limpieza de energías negativas permite el alivio de los males que le aquejan a la persona. En tanto que, en Occidente, como Yáñez señala, el proceso de conocimiento y de práctica en salud da prioridad a la racionalidad, de allí que se fomenta el sentido de la vista, pues la racionalidad se expresa en conceptos escritos (38).

La imposición del lenguaje escrito de Europa silenció la transmisión oral de los conocimientos de los pueblos conquistados. El conocimiento occidental se ha desarrollado desde la posición privilegiada del lugar de enunciación asociado al poder imperial que ha silenciado otras “voces” y formas de producir conocimientos (Lander 2000, 16). A partir del siglo XVIII los diálogos intelectuales se han realizado en francés y alemán, y, posteriormente, en inglés (Mignolo 2016, 24). El desarrollo científico tecnológico de Occidente se ha asentado en una escritura especializada –el lenguaje científico– como un género discursivo solo entendible para un grupo de iniciados. “El

artículo científico y los libros de investigación son los repositorios esenciales de la ciencia y la tecnología” (Giraldo 2014, 67).

Como se indicó anteriormente, para la población andina “la palabra pronunciada implicaba un compromiso de honor y de respeto en las relaciones entre los miembros de la familia y la comunidad” (Kowii 2013, 27). Y desde la época precolonial se ha reconocido que las mujeres tenían conocimientos sobre medicina ancestral, los mismos que eran transmitidos oralmente (Guamán Poma de Ayala 1980a [ca. 1615], 134).

El paradigma médico andino indica la relación analógica entre los cuerpos individual, social y cosmológico, y cualquier afectación en alguno de ellos afecta a la totalidad del sistema (Devisch 1995 citado por Michaux 2004, 111). Lo biológico y lo espiritual no tienen ninguna separación. Un trastorno en las relaciones de reciprocidad modifica los cuerpos individual y cosmológico (Michaux 2004, 111). El cuerpo físico soporta la vida espiritual y las relaciones de la persona con su entorno. En caso de una enfermedad, además de sus causas fisiológicas, se busca siempre la causa original del mal en lo social. Usualmente, las relaciones negativas de reciprocidad, como la brujería, son las que provocan estos males (112).

Carvajal (2004, 326) señala que el individuo no puede tener “una salud separada de la salud de la montaña, de la cosecha, de la tierra, del camino o del tiempo”. No puede existir salud en una persona si el resto de los componentes de la naturaleza, tales como los ríos, las piedras, las plantas, los animales o los cerros, se encuentran mal. En el mundo andino, la salud constituye el fruto de la armonización de la colectividad natural (Chambi et al. 1997, 3). Volviendo a Carvajal (2004, 327; énfasis del autor):

- La salud es integridad: el orden físico no puede separarse del orden de la naturaleza. La salud es el reflejo del orden íntegro de la naturaleza en el hombre. Podríamos decir que para el hombre andino la salud es integridad.
- La salud es natural: el hombre es un hilo del tejido de la naturaleza, pero no es el tejido. Sobre la urdimbre de la naturaleza el hombre teje la trama de su vida individual que solo tiene sentido e integridad sobre esa trama.
- La salud es total, es decir inseparable e indivisible: la salud es como una urdimbre básica de conectividades y correspondencias –reciprocidades– entre tres mundos superior o *Hanan-pacha*, medio o *Kay-pacha* e inferior o *Ukku-pacha* que mantienen la integridad del tejido de la vida (y todas las cosas son hilos de este tejido).

La medicina occidental –el sistema biomédico– se basa en saberes y prácticas “científicos”, “oficiales” y “académicos” con valor “universal” (Citarella Menardi 2009, 5). “Este sistema ha sido identificado como representativo de una específica cultura occidental y mercantilista”(5). Según Menéndez (1988, 1), el modelo médico hegemónico

es “el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica”. Retomando a Citarella Menardi (2009, 5-6), las particularidades de este sector dependen de la convicción:

de que solo puede haber una única y objetiva verdad; [...] de su auto identificación como un programa científico-tecnológico; [...] [y] de su alto grado de institucionalización [y] burocratización [...] relacionados con su desarrollo bajo el sistema capitalista. [...] Sin embargo, el uso de la biomedicina por parte de la población se difunde en forma paralela a los fenómenos de aculturación y transformación cultural.

El modelo médico occidental busca reducir la multidimensionalidad y diversidad, y se centra en lo biológico, físico, químico, en lo homogenizado, normalizado e intervenido (Guzmán 2000, 228), bajo criterios de objetividad.<sup>25</sup>

De acuerdo a Kononenko (2011, 252; traducción propia), se dan las siguientes diferencias entre las dos medicinas:

La medicina occidental [...] está basada en la ciencia; la curación tradicional [...] está basada en la espiritualidad. La ciencia asume que los seres humanos emergieron de la materia; la espiritualidad reivindica que los seres humanos emergieron de la conciencia [...]. La ciencia se basa en el intelecto; la espiritualidad se basa en el corazón. El intelecto usa la mente racional (lógica), mientras el corazón [se basa en] la mente intuitiva. La mente racional quiere ser objetiva, la mente intuitiva es necesariamente subjetiva. La objetividad es la base de la ciencia, la subjetividad es la base de la espiritualidad. [...] La medicina occidental considera que los humanos son máquinas bioquímicas; [...] [mientras que la medicina ancestral] considera que los humanos son seres conscientes [y regidos por múltiples leyes], en las cuales el cuerpo físico es solo una [dimensión].

El sistema médico occidental se basa en el cumplimiento de la rigurosidad científica y técnica, y de la objetividad, parámetros que utiliza como justificativo para imponerse hegemónicamente como único y universal. En tanto que la salud ancestral está orientada a restablecer el equilibrio perdido, mediante diferentes prácticas, que se basan en la vivencia consciente del pasado y del presente, en una realidad viva y vivencial (Cachiguango 2009, 15).

La concepción occidental ha priorizado el desarrollo del conocimiento científico tecnológico incorporado en la biomedicina, y, desde esa perspectiva, cuestiona a la medicina ancestral por no tener estudios científicos y tecnologías que evidencien los resultados y validen las terapias utilizadas (Cardona, Rivera y Carmona 2015, 79). Se pone en evidencia la gran fatalidad derivada de la imposición colonial del conocimiento

<sup>25</sup> “La objetividad se refiere a la aspiración de la ciencia a corresponder al objeto que investiga, mediante procedimientos colectivamente aceptados por los científicos y a condición de evitar la influencia de factores subjetivos” (Cupani 2011, 501).

médico que excluyó e inferiorizó otras formas de dar sentido, como es el caso de la medicina ancestral con sus diferentes prácticas utilizadas desde la época precolonial.

Para sintetizar, el sistema biomédico occidental intentó cooptar, desvalorizar y deslegitimar los conocimientos y prácticas de la salud indígena y la medicina ancestral desde la Colonia, sin embargo, los conocimientos y saberes ancestrales se han mantenido vigentes y han sido practicados por las poblaciones indígenas en su vida cotidiana hasta la actualidad.

### **3.2.4. La vida y la muerte**

La comprensión sobre la muerte que tienen la cultura ancestral y la occidental es muy diferente. Para la concepción andina, la muerte es un evento natural que todos los seres humanos, animales, vegetales, minerales y hasta los divinizados deben cumplir, reflejando la idea de que todo está sujeto a períodos o etapas (Velasco 2010, 69). Así, a la etapa de vida le sigue otra de no vida en la que no hay manifestaciones vitales. La muerte se expresa como un paso para terminar el ciclo completo de la vida (70). Tanto es así que, en el entierro del difunto, los familiares colocan utensilios, instrumentos y alimentos que le servirán al muerto para su viaje hacia la otra vida. En la concepción ancestral se considera que el fallecido no desaparece por completo, y que en un futuro puede regresar (71).

Para la cultura occidental, la muerte es concebida como el fin de la vida, y es temida por los seres humanos, por lo que la ciencia médica tiene como objetivo la lucha contra la muerte; mas no ha de salvarnos de ese destino a pesar del desarrollo de la ciencia y la tecnología. Los occidentales la ven como un hecho que trunca sueños, proyectos de vida y esperanzas, y que aleja a las personas de sus seres queridos. Por el contrario, la concepción andina de la muerte no tiene esta idea atemorizante de final, sino que considera que la muerte es un evento más, que todos los seres deben cumplir de manera natural (Velasco 2010, 69).

Según Medina (2011, 52):

La tradición occidental de la buena vida bebe de dos fuentes: (i) el mito bíblico del Jardín del Edén, y (ii) la visión aristotélica que liga la buena vida a la vida de la ciudad. En ambos casos, la coincidencia es su separación de la naturaleza. En los Andes se construye el paradigma de la buena vida basado justamente en su opuesto. No es la ciudad, sino la chacra; no es la separación, sino la simbiosis con la naturaleza, el espacio-tiempo de la calidad de vida. La contraposición no podía ser más radical.

La concepción ancestral, como se ha podido demostrar, no solamente tiene formas distintas, sino más amplias de explicar el mundo y la realidad que las de la visión occidental ya que provienen de dos formas distintas de explicar el mundo y la realidad. El gran reto que queda es cómo lograr que estas dos formas de dar sentido a la salud y a la vida se pongan en diálogo a fin de interculturalizar la salud superando la colonialidad del poder, del ser, del saber, y la cosmológica y de la madre naturaleza.

En el capítulo segundo se presentan los resultados de la investigación participativa realizada en el cantón Pedro Moncayo sobre los conocimientos, prácticas y percepciones respecto a la salud ancestral, la salud occidental, y la interculturalidad, a fin de visibilizarlos, ponerlos en valor y contrastarlos con los conceptos revisados en este capítulo.

## Capítulo segundo

### La salud ancestral y la salud occidental en el territorio



Luego de la revisión conceptual sobre la imposición colonial de los conocimientos occidentales de salud en las poblaciones originarias de los Andes efectuada en el capítulo primero, en este se presentan los resultados de la investigación cualitativa realizada con la finalidad de dar voz a la población del cantón Pedro Moncayo. Se busca contrastar los conocimientos y las prácticas de las dos medicinas y las percepciones que la población tiene sobre la utilización de estas, para pensar si es posible interculturalizar la salud.

#### 1. Aproximación metodológica

Como se ha señalado, el objetivo del estudio es visibilizar los conocimientos, percepciones y prácticas de salud de la población y diversos actores sociales del cantón Pedro Moncayo sobre la medicina ancestral y la occidental, y su interrelación y coexistencia para responder a la pregunta de si es posible pensar la salud intercultural en la esfera local. Para ello se utiliza una aproximación metodológica cualitativa a fin de dar voz a la gente de las comunidades de Malchinguá, Tocachi, La Esperanza y Tupigachi para que cuente sus historias desde las experiencias de su vida cotidiana. De acuerdo a Rivera Cusicanqui (1987, 8), es necesario reconocer la existencia de diferentes perspectivas que responden a racionalidades históricas diversas, a diferentes visiones de la sociedad y del Estado. En el mismo sentido, Reyes (1999, 74) plantea que es fundamental tener en consideración las múltiples realidades a las que pertenecen los grupos poblacionales para –como señala Rojo (2002, 118)– comprender el significado de sus acciones, motivaciones, valores y significados. Igualmente, se consideró importante posibilitar que la población hable desde el entorno medioambiental en el que está inserta. Con lo que se logra recuperar las experiencias, sentires, pareceres, conocimientos y

prácticas de la gente que vive en el cantón, en su ambiente, en donde se desarrollan luchas por el control político, social, cultural y ambiental del sistema de salud bajo relaciones de poder que se dan en el territorio y en el ámbito nacional.

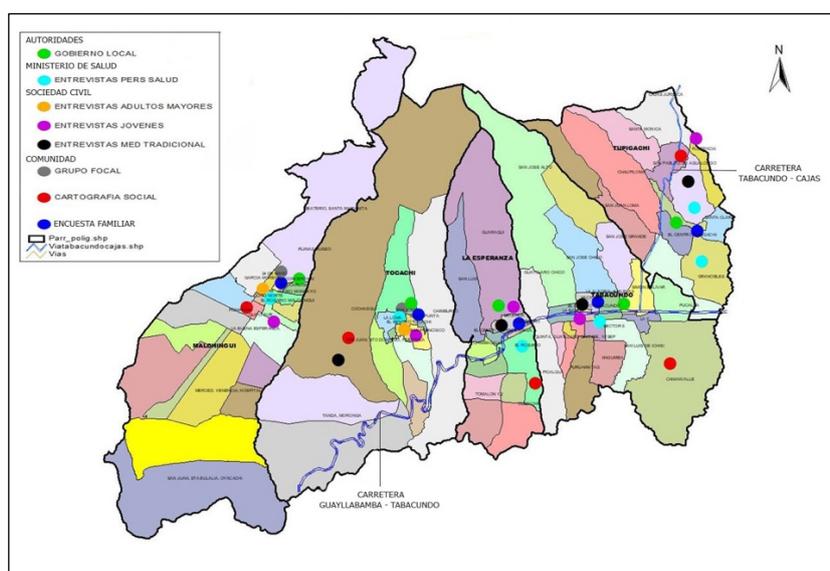
A fin de alcanzar este objetivo, se utilizaron herramientas metodológicas como entrevistas, grupos focales, cartografía social y encuestas para obtener información desde la comprensión de la gente, reconociendo que “la realidad subjetiva que cada individuo ve no es menos real que una definida y medida objetivamente” (Reyes 1999, 76). Se pretende rescatar las particularidades que se asientan sobre la experiencia vivida (Morse y Field 1995, 16), la forma como las personas enfrentan lo cotidiano desde su entendimiento, comprensión, construcción de sentido e intencionalidad (Duarte 2005, 19) y establecer relaciones dentro de sus contextos particulares (Gough 2003, 18). La metodología cualitativa posibilita a los participantes realizar una reflexión consciente, (8) que en este estudio se hace sobre los conocimientos y prácticas de salud ancestrales y occidentales, y las percepciones de salud intercultural en el territorio a fin de “entender y describir una escena social y cultural desde adentro, desde la perspectiva del que la vive” (Reyes 1999, 76).

El haber vivido, estado en contacto y trabajado en el cantón desde 1973, y haber sido parte del proceso participativo del Consejo Cantonal de Salud de Pedro Moncayo CCSPM por más de catorce años posibilitó que la aplicación de las diferentes herramientas de investigación –que a continuación se detallan– fuera aceptada y aprobada por todos los actores sociales; que fluyera la participación en las diversas reuniones, talleres, entrevistas y encuestas realizadas, y que esta investigación no se constituyera en una intromisión en la cotidianidad de las instituciones y en vida de los participantes.

Para lograr el objetivo del estudio –conocer los saberes, prácticas y percepciones de la población y diversos actores sociales sobre las medicinas occidental y ancestral, y su interrelación y co-existencia, como se ha señalado–, se definieron temas, se elaboraron preguntas y guías de entrevistas (62 personas), se organizaron grupos focales (52 personas) y talleres de cartografía social (128 personas). Se recabaron los criterios de médicos ancestrales, personal de: los servicios de salud, la municipalidad, los gobiernos autónomos descentralizados (GAD) parroquiales y el Patronato Municipal de Pedro Moncayo, líderes locales y dirigentes de organizaciones de segundo grado utilizando las siguientes técnicas de investigación: entrevistas a los médicos ancestrales de la zona, a los actores sociales representantes de las instituciones públicas y privadas del CCSPM y a jóvenes de las diferentes parroquias. Se realizaron grupos focales con la participación

de adultos mayores de Malchinguí y Tocachi; talleres de elaboración de cartografía social en cada una de las parroquias, y una encuesta familiar realizada en todo el cantón. Adicionalmente, se hizo una revisión de fuentes secundarias, y una reflexión sobre las observaciones realizadas entre 1973 y 2009.

En el mapa 2 constan los distintos barrios, comunidades y parroquias del cantón Pedro Moncayo en donde se aplicaron las distintas técnicas de recolección de la información.



Mapa 2. Ubicación de las localidades de Pedro Moncayo en las que se aplicaron las diferentes herramientas metodológicas para la obtención de información. Elaboración propias.

La información que consta en el mapa 2 se presenta también como tabla 3.

Tabla 3  
Técnicas de recolección de información por parroquia y barrio

Herramienta metodológicas	La Esperanza	Malchinguí	Tabacundo	Tocachi	Tupigachi
Cartografía social	Cubinche	Malchinguí	Cananvalle	Cochasquí	Loma Gorda
Encuestas/Censos	Toda la parroquia	Toda la parroquia		Toda la parroquia	Toda la parroquia
Entrevistas a jóvenes	El Rosario	Malchinguí	Tabacundo	La Loma	Cajas Jurídica
Entrevistas a médicos ancestrales	Chimbacalle		San Blas	Tocachi	Chaupiloma
Entrevistas a funcionarios del MSP	La Esperanza	Malchinguí	Tabacundo	Tocachi	Tupigachi
Entrevistas a miembros de gobiernos locales	La Esperanza	Malchinguí	18 de Septiembre	Tocachi	Tupigachi
Entrevistas a adultos mayores		Malchinguí		Tocachi	
Grupos focales		Malchinguí Pichincha y San Juan		Tocachi y Cochasquí	

Fuente y elaboración propias.

## 1.1. Entrevistas

La entrevista es una técnica de recolección de información oral y personalizada sobre conocimientos, acontecimientos, experiencias y opiniones de personas, que puede ser estructurada, semiestructurada y en profundidad, incluye tres fases: a) elaboración, b) aplicación y c) análisis (Folgueiras 2016, 2).

La selección de los participantes se realizó entre los integrantes más activos del CCSPM (ver anexo 2), como la instancia de coordinación y articulación interinstitucional e intersectorial participativa que es del cantón (EC CPM 2002, 2). Dicho consejo está conformado paritariamente por miembros del Estado y la sociedad civil, y tiene como objetivo fundamental contribuir al mejoramiento y promoción de la salud de la población de Pedro Moncayo “aplicando los principios de equidad, solidaridad, calidad eficiencia en un sólido proceso de participación social” (2). Adicionalmente, se entrevistó a médicos ancestrales y jóvenes de las parroquias.

Los entrevistados fueron: miembros del gobierno cantonal, del patronato municipal (ver anexo 3) y de los gobiernos autónomos descentralizados parroquiales (ver anexo 4); funcionarios del Área de Salud N.º 13 (actual Distrito de Salud 17010); dirigentes de las organizaciones de segundo grado –Unión de Campesinos y Comunidades de Pedro Moncayo (UCCOPEM) y Tupigachi Runakunapak Jatun Tandanakuy (TURUJTA)–; representantes de ONG –Instituto Nacional del Niño y la Familia (INNFA), Cooperación Técnica Alemana (GTZ), Centro de Desarrollo Infantil de Tupigachi-Visión Mundial (CEDIT)–; a jóvenes líderes y lideresas representantes de las diferentes parroquias, y a médicos ancestrales identificados en la encuesta comunitaria, incluida en el Censo Demográfico y de Salud realizado en 2009, y en los talleres de cartografía social y en los grupos focales. El detalle se presenta en la tabla 4.

Tabla 4  
Representantes de instituciones entrevistados

Representante de	Lugar	N.º	Cargo	Año	Total
Municipio	Tabacundo	3	Exalcaldes: Amílcar Mantilla, Cecilia Mantilla y Julián Caluguillín	2009-2014	62
		5	Concejal		
Área de Salud N.º 13 (actual Distrito de Salud 17010)	Malchinguí	1	Director	2009-2014	
	La Esperanza	2	Médico		
	Tocachi	3			
	Malchinguí	1			
	Tabacundo	1			

	Tupigachi	1	Enfermera		
	Malchinguí	2			
	Tabacundo	1			
	Tocachi	1			
	La Esperanza	1			
	Tupigachi	1			Obstetra
	Tabacundo	1			Secretaria
	Tocachi	1			Odontólogo
Parroquia	La Esperanza	1	Líder comunitario	2009-2014	
	La Esperanza	2	Vocal		
	Tupigachi	1			
Patronato	Tabacundo	1	Representante	2009-2014	
		2	Asistente		
		1	Asistente de contabilidad		
		1	Contadora		
		1	Proyecto de becas		
		1	Recepcionista		
		2	Técnica en desarrollo infantil		
Centros de Desarrollo Infantil de Tupigachi (CEDIT)-Visión Mundial	Tabacundo	1	Voluntaria	2009	
Unión de Campesinos Cochasquí-Pedro Moncayo (UCCOPEM)	Tabacundo	1	Presidente	2009	
Instituto Nacional del Niño y la Familia (INNFA)	Tabacundo	1	Coordinadora	2009	
Cooperación Técnica Alemana (GTZ)	Tabacundo	1	Líder comunitario	2009	
Tupigachi Runakunapac Jatun Tandakui (TURUJTA)	Tupigachi	1	Presidente	2009	
Médicos ancestrales	Tocachi	1	Curandero	2008-2009	
	La Esperanza	2			
	Tabacundo	2			
	La Esperanza	1	Partera		
	Tabacundo	1			
Jóvenes	La Esperanza	7	Líderes y lideresas	2014	
	Malchinguí	1			
	Tabacundo	2			
	Tocachi	2			

Fuente y elaboración propias.

Las entrevistas se realizaron en dos momentos, en los años 2009 y 2014, basadas en varias guías de preguntas<sup>26</sup> que permitieron obtener información sobre la importancia de la medicina ancestral relacionada con los tres ejes del presente capítulo: 1. conocimiento sobre la existencia de las enfermedades ancestrales y occidentales, sus

<sup>26</sup> Las entrevistas fueron grabadas y luego transcritas en forma textual. Se prepararon cinco guías de preguntas para: 1. miembros del GAD y del patronato municipal del cantón Pedro Moncayo (anexo 3); 2. miembros de los GAD parroquiales (anexo 4); 3. funcionarios y personal del MSP (anexo 5); 4. yachak del cantón –cabe recoger aquí la definición realizada en la nota “Los yachak son portadores de la sabiduría y el poder” (El Telégrafo 2020) respecto a que los yachak son hombres de sabiduría considerados líderes espirituales y portadores y conocedores de los saberes ancestrales de las culturas andinas encargados de vigilar el bienestar de la comunidad; sin embargo, es preciso aclarar que las mujeres también tienen conocimientos y prácticas sobre medicina ancestral– (anexo 6), y 5. jóvenes del cantón (anexo 7).

causas y tratamientos; 2. conocimientos y percepciones sobre la importancia de la salud intercultural; 3. conocimiento sobre la existencia de políticas de salud intercultural e implementación de la interculturalidad en el ámbito cantonal; percepciones sobre la validez y limitaciones de la presencia de las dos medicinas e incorporación de médicos ancestrales en el Área de Salud N.º 13.

## **1.2. Cartografía social**

La cartografía social es un método participativo de investigación colectiva que permite, mediante mapas dibujados grupalmente, construir una imagen integral del territorio al que pertenecen los participantes con el fin de lograr una mejor comprensión de su realidad geográfica y sociocultural (ISC 2019, párr. 1). Posibilita la planificación e intervención participativa, pues los propios actores, desde el mapa, repiensen el territorio, identifican sus necesidades (párr. 3) y, como mencionan Diez y Rocha (2016, 102), debaten acciones, objetivos y conflictos, y alcanzan consensos. Por su parte, Andrade y Santamaría (2020, párr. 20) señalan que:

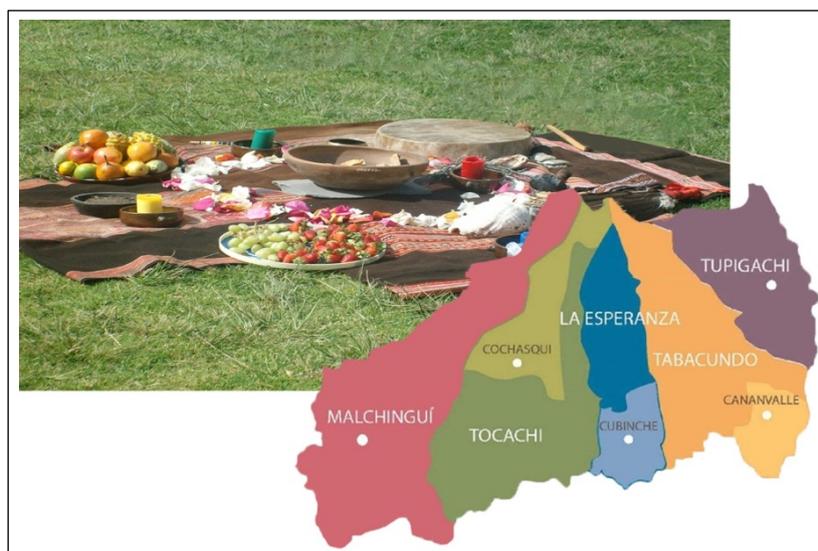
La cartografía social parte de reconocer en la investigación que el conocimiento es esencialmente un producto social y se construye en un proceso de relación, convivencia e intercambio con los otros (entre seres sociales) y de estos con la naturaleza. En consecuencia, en el conocimiento de la realidad social, la comunidad tiene mucho que decir, por lo tanto, ser protagonista central en el proceso de transformación hacia el desarrollo integral de la sociedad.

Mientras que Castro Jaramillo (2016, 30) enfatiza en el hecho de que esta técnica posibilita que la gente evidencie la estrecha relación entre el ser humano y el medio geográfico en que habita. Los mapas permiten la construcción participativa para la recuperación de la memoria individual y colectiva generando espacios de interacción y cohesión social que responda a sus necesidades (32).

Esta técnica es útil para la recuperación de los conocimientos de la población, pues sirve para romper la lógica del conocimiento abstracto universal sin raíz en el territorio. Como propone Toulmin (1990, 186-9), es importante volver a lo particular, a regresar la mirada a lo local, a los problemas actuales, para no caer en lo abstracto-universal. Massolo (1995, 77), en otras palabras, plantea que se trata de analizar casos concretos en sus particularidades locales y temporales, partiendo de las expresiones y actividades de la gente a fin de fortalecer “la preservación de la memoria colectiva de los movimientos y la apropiación de su propia historia”.

Por lo señalado, la cartografía social resultó una herramienta muy útil para este estudio, pues sirvió para conocer y rescatar los conocimientos, prácticas y percepciones que la población tenía sobre la medicina y salud ancestrales en su territorio. Al dibujar su espacio físico, los participantes se apropiaron de sus conocimientos y prácticas de salud. Los dibujos y los comentarios grupales posibilitaron que la gente pudiera visualizar el espacio donde vive de forma integral sintiéndose parte de su entorno (medioambiente). Al tiempo que fue una oportunidad para el intercambio de conocimientos de género e intergeneracionales.

La definición de las comunidades en las que se desarrollaron los talleres de cartografía social fue realizada conjuntamente con los líderes y autoridades locales, quienes convocaron a la población para que asistiera a las reuniones comunitarias. Al inicio de estos encuentros se explicó a los participantes el respecto de la necesidad de generar información vivencial, rica y sistemática que proviniera de la gente sobre los conocimientos y prácticas de medicina ancestrales, y también sobre temas de alimentación, para contar con una visión integral del territorio y pensar si es posible la salud intercultural en el ámbito comunitario. Después de este proceso, las comunidades que decidieron participar –y que constan en el mapa 3– fueron Malchinguí, Cochasquí, Cananvalle, Tupigachi y Cubinche.



Mapa 3. Comunidades en donde se realizó la cartografía social. Elaboración propia.

Los talleres de cartografía social se llevaron a cabo en dos momentos, los primeros en los meses de junio, septiembre y octubre del año 2008, y los segundos en junio y julio de 2009 con la participación de 128 personas –de edades que fluctuaban entre 12 y 56

años—. Las personas que concurrieron a cada taller fueron divididas en grupos de acuerdo a su preferencia en la temática que se iba a abordar. A cada grupo se le solicitó que dibujara colectivamente su comunidad y que fuera ubicando los elementos que consideraran debían incluirse en el mapa para visibilizar su percepción sobre el tema en el territorio. Con el intercambio de opiniones e impresiones de los miembros de los grupos fueron plasmándose mapas con muy valiosa y rica información con la colaboración y aportes de todos. Al final, cada uno de estos eligió a uno de los participantes como relator para que presentara y explicara la información recogida.

Cada grupo realizó un mapa relacionado a uno de los temas escogidos. En estos talleres se elaboraron quince mapas –cuya información consta en la tabla 5–, de los cuales se escogieron diez, por la riqueza de la información plasmada en ellos, que aparecen en los recuadros del 15 al 24 más adelante en este capítulo.

**Tabla 5**  
**Comunidades y número de participantes en la cartografía social**

Comunidad	Participantes	Mapa	Recuadro
<b>2008</b>			
Cananvalle	40	Calendario de nuestra comunidad de Cananvalle: fiestas, tiempo y clima	15
		Plantas medicinales en Cananvalle: sembríos, enfermedades ancestrales y curanderos	16
		El tiempo del embarazo: plantas medicinales y alimentos utilizados durante y después del parto	
		Medicina natural y química en Cananvalle: plantas medicinales, enfermedades, curanderos y medicina occidental	17
Cubinche	27	Paraíso de Cubinche: territorio, naturaleza y comunidades	18
		Buena nutrición consumiendo alimentos sanos en Cubinche: reservorio de agua y sembríos	19
		Relación de la familia y la salud: plantas medicinales y para qué sirven	
		Salud y alimentación para la madre y el guagua de Cubinche: parteras, alimentos y cuidados	20
		Rescatando la medicina natural en Cubinche: lugares pesados, animales silvestres y sembríos	21
<b>2009</b>			
Cochasquí	33	Enfermedades ancestrales en Cochasquí: plantas medicinales, enfermedades calientes y frías, y curanderos	22
		Plantas y parteras de la comunidad de Cochasquí: nombre de plantas medicinales, parteras y parteros	
		Fechas de siembra: valores la salud y las plantas medicinales	
Malchinguí	22	Medicina natural en Malchinguí: curanderos y plantas medicinales	23
Tupigachi	6	Plantas medicinales en Tupigachi: nombres	24
		Enfermedades ancestrales en Tupigachi: nombres y plantas medicinales	
Total	128		

Fuente: Cartografía social (2008, 2009).  
Elaboración propia.

### 1.3. Grupos focales

La técnica de grupos focales posibilita un ambiente de interacción, un espacio de opinión que permite recabar datos cualitativos sobre los conocimientos y experiencias, es decir, el sentir, pensar y vivir de los participantes. Como plantean Hamui y Varela (2012, 57), a partir de protocolos de investigación con objetivos claros, una guía de preguntas sobre temáticas específicas y la logística (lugar de reunión, elección de los participantes, programación de las sesiones, materiales y equipos para el registro de la información) resuelta para su ejecución, se realizan diálogos y discusiones activas sobre temas sensibles, “lo que permite generar una gran riqueza de testimonios” (56).

Se llevaron a cabo cinco grupos focales para la recuperación de la memoria ancestral de adultos mayores que asistían a los Centros de Cuidado Diario del Adulto Mayor (CECUIDA) en la parroquia de Tocachi, 15 participantes (Tocachi, 10, y Cochasquí, 5) y en Malchinguí, 37 participantes (Malchinguí, 9; Pichincha, 18, y San Juan, 10). En el mapa 4 se ubican los lugares en los que se realizaron los grupos focales.



Mapa 4. Comunidades en donde se realizaron los grupos focales. Elaboración propia.

En estos grupos focales, mediante preguntas clave motivadoras, se trataron los temas: conocimientos de medicina ancestral y occidental; utilización de plantas medicinales, y, en acuerdo con la Mancomunidad de Gobiernos Autónomos Descentralizados Parroquiales del Norte, se incluyeron preguntas sobre cuentos, juegos, mitos, leyendas e historia de cada una de las parroquias para recuperar la memoria

colectiva. Para la presente tesis únicamente se sistematizó la información referente a los dos primeros temas.

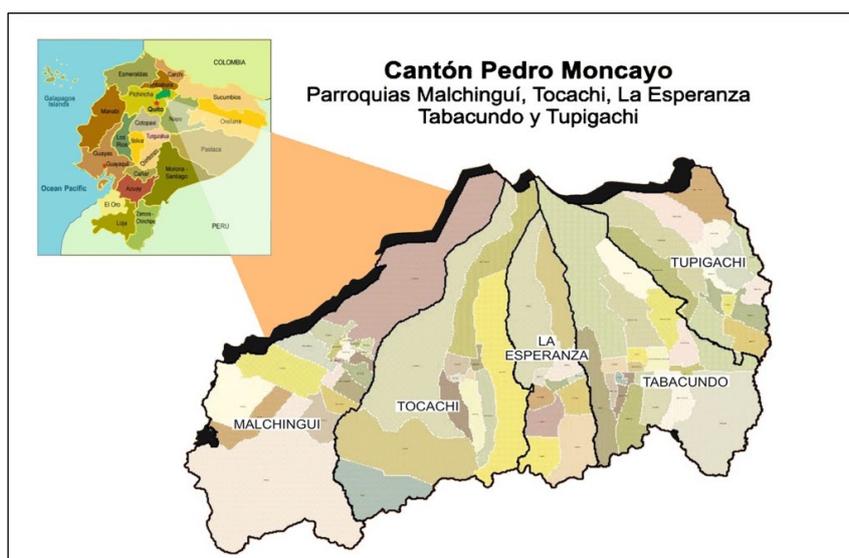
## 1.4. Encuestas

La encuesta es un método de investigación para obtener información de personas sobre diversos temas mediante el uso de procedimientos estandarizados que tienen como finalidad que cada persona encuestada responda a preguntas de un cuestionario en igualdad de condiciones (QuestionPro 2020, párr. 3-5).

Para lograr el objetivo de esta investigación, se aplicó una encuesta comunitaria orientada a obtener información sobre medicina ancestral con preguntas sobre conocimientos y prácticas de salud. 3.380 jefes de familia (2.548 hombres y 832 mujeres) respondieron al cuestionario que se incluyó como sección IV: Identificación de médicos, enfermedades y prácticas ancestrales en el Censo Demográfico y de Salud (FCE 2009) y fue realizado a de Malchinguí, Tocachi, La Esperanza y Tabacundo y, luego, actualizado en el Censo Integral Local Comunitario (FCE 2017) en el que se encuestó a 4.261 jefes de familia (3.137 hombres y 1.124 mujeres).<sup>27</sup>

## 2. Contexto geográfico e histórico del cantón Pedro Moncayo

### 2.1. Ubicación geográfica



Mapa 5. Ubicación geográfica del cantón Pedro Moncayo. Elaboración propia.

<sup>27</sup> Sobre estos censos que forman parte del *SILC* (FCE 2007) ver la nota 8 en el capítulo primero. Los formularios de los dos censos constan como anexos 8 y 9, respectivamente.

Como se ha señalado, el estudio se realizó en el período comprendido entre 2008 y 2014 en las parroquias de Malchinguí, Tocachi, La Esperanza, Tabacundo y Tupigachi del cantón Pedro Moncayo, ubicado a 50 km de Quito, al norte de la provincia de Pichincha (ver mapa 5). Pedro Moncayo se asienta sobre el nudo de Mojanda Cajas en la cuenca hidrográfica del río Esmeraldas, conformada por los ríos Guayllabamba, San Pedro, Pita, Pisque y Blanco, que desemboca en el océano Pacífico. Su altitud fluctúa entre los 1.730 m.s.n.m. en el río Pisque y los 4.275 de la cumbre del Fuya-Fuya, cima más alta del macizo volcánico Mojanda.

Cubre una superficie total de 337,80 km<sup>2</sup>. Los centros poblados están ubicados en las laderas medias del Mojanda entre las cotas de los 2.848 a los 2.952 metros sobre el nivel del mar (EC CPM 2000, 16). Su clima fluctúa entre los 3 °C en las cumbres del Fuya-Fuya y los 18 °C de las poblaciones de Jerusalén y Tanda, mientras que el de los centros poblados promedia los 13 °C (16).

## 2.2. Síntesis histórica



Foto 1. Nudo de Mojanda Cajas. Archivo propio, 2014.

Pedro Moncayo fue un territorio precolonial en donde se asentaron pueblos ancestrales como los cochasquíes y cayambis de los que se mantiene el complejo de tolas de Cochasquí, antes “Cochisquí” (Espinosa 1985, 17-9), que integran construcciones monumentales de la cultura Quito-Cara constituidas por 15 pirámides y 21 montículos funerarios o tumbas. Posiblemente cumplieron funciones primordialmente religiosas,

astronómicas y militares. Como señala Ramón (1987, 64), “Cochasquí fue un importante centro desde el siglo X, para 1480 continuaba como uno de los centros político-militares del área. Las menciones históricas de Cochasquí para estos años, aluden principalmente a su papel en la resistencia a los incas”. También Larraín (1980a, 173) menciona que: “Cochisqui se encontraba a la vera del Q”apaq Ñan incaico y que era jornada obligada. Por ello, deducimos que Cochisqui –como lo afirma Guamán Poma de Ayala– era un tambo”.



Foto 2. Parque arqueológico Cochasquí (Museos de Quito 2019).

En la época de la invasión española fue un asentamiento perteneciente al “Corregimiento de Otavalo, creado en el año de 1563 por el virrey de Lima, teniendo como límites por el norte hasta el río Carchi y por el sur hasta el río Guayllabamba, de ahí que entre otros de los pueblos de esta jurisdicción estaban Tulcán, Lita, Pimampiro, Huaca, Tabacundo y Cayambe” (Espinosa 2010, 20). Cieza de León (2005 [1533], 112), en su *Crónica del Perú*, menciona que: “De los aposentos de Otavalo se va a los de Cochesquí; Y para ir a estos aposentos se pasa un puerto de nieve [...]. Por los caminos que van por estos aposentos hay algunos ríos, y todos tienen sus puentes [...] y hay grandes edificios y muchas cosas que ver”.

Según Espinosa (1985, 19) los cochasquíes, conjuntamente con los cayambis, otavalos y caranquis, comandados por la princesa Quilago, presentaron fuerte resistencia frente a la invasión de los incas liderados por Huayna Cápac.

Es importante señalar que las tolas o pirámides de Cochasquí no fueron destruidas a pesar de las disposiciones del Concilio Provincial de Lima de 1552, que, según lo cita Dussel (1979, 205; énfasis del autor), señalaba: “mandamos... que les enseñen (a los indios) *una misma* doctrina... (Constitución de los naturales, Const. 1; I, p. 7). Indica luego cómo se harán las Iglesias y dónde (Const. 2-3); sobre todo deberán reemplazarse las antiguas *guacas* con templos cristianos”. Sin embargo, volviendo a Espinosa (2010, 21-2), la “despoblación de Cochasquí tuvo el evidente propósito de alejar a los indios de su principal centro de celebraciones; y lo mismo podría decirse sobre la despoblación de ‘Chimburlo’, ‘Guaraquí’ y ‘Mojanda’, con sus propias edificaciones, tolas y huacas, que pasaron a constituirse en haciendas, que hasta la actualidad conservan los mismos nombres”.

Las tolas de Cochasquí fueron estudiadas por Jacinto Jijón y Caamaño a inicios de siglo XX, a partir de 1932 por Max Uhle, Udo Oberem, en la década de 1960, y numerosos investigadores y arqueólogos ecuatorianos, quienes han considerado que es un complejo arquitectónico ceremonial en el que existieron templos al Sol o a la Luna, y un sitio de sacrificios o simplemente un santuario (Puga 1996, 124).

Con el establecimiento del sistema de la hacienda en la región andina durante la Colonia, como se indicó en el capítulo primero, se dieron cambios en la forma de producir de las poblaciones prehispánicas, que antes de la invasión española desarrollaron técnicas de control vertical del suelo para la producción agrícola en múltiples ecosistemas que posibilitaban el acceso a variedad de productos (Murra 1995, 185-6). Con la imposición de la producción horizontal en las haciendas, la población de la zona andina perdió la posibilidad de una alimentación equilibrada y una limitada disponibilidad de yodo en el agua y los alimentos por las características geológicas de este territorio. Por lo tanto, la zona norandina de la provincia de Pichincha, objeto de este estudio, al igual que el resto de la Sierra del país, se vieron afectadas por enfermedades como el bocio<sup>28</sup> y el cretinismo endémicos.

Las poblaciones andinas, antes de la invasión al Abya Yala, ya conocían el bocio con el nombre de cotto o coto, lo que demuestra que la enfermedad ya existía antes de la venida de los españoles (León 1959, 7, 10), como también lo demuestran en esculturas

<sup>28</sup> El bocio y cretinismo endémicos constituyen patologías vinculadas a la deficiencia de yodo en la alimentación y agua de consumo humano que se asocian a cuadros de hipotiroidismo endémicos, con deficiencias en la producción de la hormona tiroidea, que produce importantes afectaciones en el funcionamiento metabólico y en el desarrollo neuromotor e intelectual de niños afectados por estas patologías y que se manifiesta en retardo mental severo e irreversible y enanismo.

antropomorfas de algunas culturas preincásicas y de la época colonial, sin que representaran endemias (Paredes 2001, 125).

El sistema de hacienda se mantuvo hasta la mitad del siglo XX y, en consecuencia, los graves problemas nutricionales y de salud derivados de la carencia crónica de yodo y del limitado acceso a una alimentación variada se agudizaron afectando a la población en porcentajes que superaban el 10% en la zona altoandina (Fierro Benítez 1994, 73).

El cantón Pedro Moncayo fue creado por Decreto Legislativo el 26 de septiembre de 1911, con Tabacundo como su cabecera cantonal y con Malchinguí, Tocachi, La Esperanza, Atahualpa y San José de Minas como parroquias rurales. Posteriormente, se separan las parroquias de Atahualpa y San José de Minas –convirtiéndose en parroquias rurales del cantón Quito– y el 15 de mayo de 1947 se constituye Tupigachi como nueva parroquia del cantón Pedro Moncayo (EC CPM 2000, 17).

### **2.3. Inicio de la medicina occidental en el cantón Pedro Moncayo**



Foto 3. Parque de Tocachi. Archivo propio, 1976.

En las zonas rurales del cantón Pedro Moncayo la medicina occidental se implementa e impone como política de Estado en los últimos 70 años. El hospital de Cayambe fue fundado en 1950 y el Centro de Salud Hospital de Tabacundo en 1966. En el mismo año, en las parroquias rurales Tocachi y La Esperanza se establecen centros de salud implementados por un equipo de investigación sobre prevención del bocio y cretinismo endémico, seis años antes de que se inauguraran los subcentros de salud de

Malchinguí y Tupigachi creados en el marco del Plan Nacional de Salud Rural de 1972. En 2014 se construye el Centro de Salud Tipo C de Tabacundo como parte de los hospitales del milenio establecidos por el gobierno nacional.



Foto 4. Inicio de la medicina occidental en Tocachi. Elaboración propia a partir de fotos de archivo de 1969.

## 2.4. Desarrollo económico del cantón

En cuanto a la economía del cantón, se han identificado tres etapas en el siglo XX (EC CMPM 2000):

- a) La de la producción de sombreros de paja toquilla, desde el inicio hasta la mitad del siglo XX, cuando declinó por los altos costos de la materia prima, afectando la economía del cantón y generando procesos de emigración, con tasas muy bajas de crecimiento hasta 1982 (26).
- b) La de la producción de piretro, que generó una revitalización temporal de la economía hacia 1960; luego, a inicios de la década de 1970, su declinación acentuó los procesos migratorios (26-7). Sobre este tema cabe hacer referencia a que la hacienda Cochasquí, en la parroquia de Tocachi, se constituyó en la principal productora de los cultivos de piretro:

En la reforma agraria tuvieron que dar las tierras de las haciendas formando cooperativas para la gente trabajadora y para la gente pobre. Se podía también comprar un poco. Y entonces estas dos haciendas, Santo Domingo y Chimburlo, fue por medio de la

cooperativa Cochasquí. En vista de que la reforma agraria se iba a realizar, el dueño hizo de arreglar. A su gente, a los huasipungueros, a ellos le dio la tierra, y a los que le faltó para completar, a ellos les dio en plata. Entonces, les entregó y les mandó a cada uno a que vayan a sus tierras, a sus posesiones. Cuando se pactó la reforma agraria, en el año de 1963 se firmó, ya estaba arreglado. Los señores Calisto ya habían arreglado. Ellos ya no tuvieron problema con nadie, arreglaron a su gusto, a su conciencia y se quedaron libres de gravámenes (Criollo 2010, entrevista).<sup>29</sup>

- c) La de la producción intensiva de flores para la exportación, que reactivó la economía local a partir de 1980, generó empleo con salarios ligeramente más altos y estimuló actividades comerciales secundarias por las tasas altas de inversión. Actividad que hasta la actualidad registra un crecimiento sostenido (EC CMPM 2000, 27).

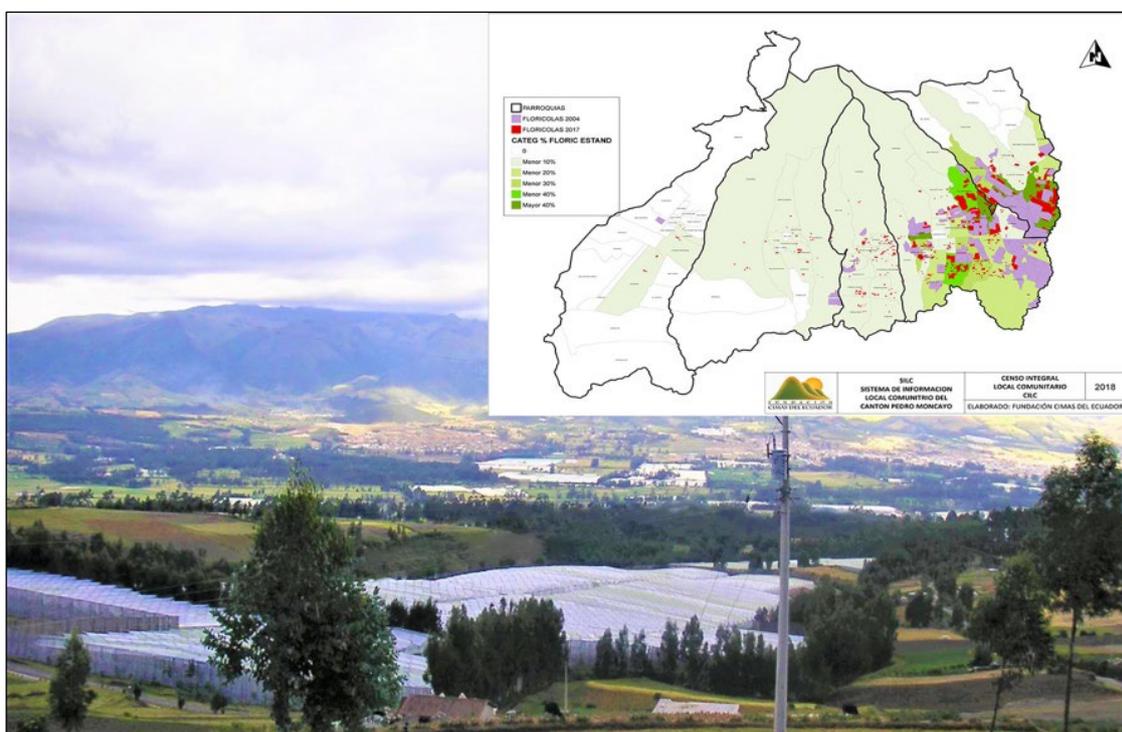
A partir de 1985 la expansión de la producción florícola determinó un rápido crecimiento demográfico asociado a movimientos inmigratorios para responder a la oferta de fuentes de trabajo. Esta nueva orientación productiva generó importantes procesos de arribo de gente de todo el país e incluso, en años más recientes, de Perú, Colombia y Venezuela, con una tasa de crecimiento poblacional de 4,4%, que casi triplica a la nacional de 1,5% (EC INEC 2001).

Los cambios en la orientación productiva de este territorio de 337,80 km<sup>2</sup> (33.780 ha), en el que, al momento de la realización de esta investigación, se habían orientado alrededor de 1.000 ha a la producción, en invernadero, de flores para la exportación – especialmente en las parroquias de Tabacundo y Tupigachi–, tuvo efectos negativos en la salud, la economía, la cultura, el medioambiente y la organización social de la población. La floricultura ha utilizado las mejores tierras –fundamentalmente, las más planas, que cuentan con riego y tienen acceso a vías de comunicación– y las ha convertido en proveedoras de productos agroindustriales para el mercado internacional, poniendo en riesgo la seguridad alimentaria de las comunidades ubicadas en este territorio. Esto es todavía más grave cuando se sabe que el cantón Pedro Moncayo fue considerado el granero de la provincia de Pichincha –donde se encuentra la capital del Ecuador– y se caracterizó por la producción de alimentos para la autosubsistencia y el mercado local.

De acuerdo a Korovkin (2004, 117), la producción florícola deterioró las relaciones comunitarias por la desarticulación de las redes familiares debido a las “largas jornadas de trabajo, especialmente durante las épocas de altos niveles de producción”, así

<sup>29</sup> En esta investigación, como se ha señalado, se busca visibilizar y dar voz a los actores locales que son los que viven y construyen la historia de sus territorios. Por considerarlos una fuente primordial de información, las referencias a sus testimonios, obtenidos en entrevistas, grupos focales y talleres de cartografía social, se hace entre paréntesis –con el apellido (o nombre) y el año, incluyendo el tipo de herramienta metodológica que permitió obtener la información– tal como se citan a los demás autores.

como la salud de la población por el alto uso de plaguicidas que se torna intensivo en épocas que coinciden con el Día de San Valentín y el Día de la Madre. De igual manera, se afectaron las técnicas de cultivo ancestrales, como la asociación de productos que posibilitaba el acceso a diversidad de alimentos y el control biológico de plagas. Además, el monocultivo de flores incidió negativamente en la soberanía y seguridad alimentarias de las comunidades. Las prácticas ancestrales, como la minga, se vieron violentadas por cuanto la población asalariada florícola dejó de participar en los trabajos comunitarios al preferir vender su fuerza de trabajo. Con el desarrollo de la floricultura, como se aprecia en el mapa 6, el paisaje de Pedro Moncayo cambió su fisonomía convirtiéndose en un territorio emplastificado debido a los invernaderos en los que se cultivan las flores para responder a las demandas del mercado internacional.



Mapa 6. Territorio emplastificado: ubicación de plantaciones florícolas en Pedro Moncayo. Elaboración propia.

La agroindustria de las flores ha generado fuentes de trabajo y nuevos asentamientos poblacionales, pero, al mismo tiempo, ha conllevado problemas ambientales, por el alto uso de plaguicidas (93), y sociales, culturales, de género y generacionales (101). Según Newman, Larreamendy y Maldonado (2002, 29), también se han producido cambios en la organización de lo rural y urbano.

La producción de flores para el mercado global tiene impactos significativos en lo local. Cabe señalar, en primer lugar, que la incorporación de la fuerza de trabajo femenina bajo relaciones salariales cambió las relaciones familiares y comunitarias (Korovkin 2004, 84-5) que históricamente tenían fuertes rasgos patriarcales (102).



Foto 5. Trabajo femenino poscosecha de rosas. Elaboración propia a partir de fotos de archivo, 2017.

En segundo lugar, se afectó la salud de la población con incrementos importantes de tasas de mortalidad por enfermedades crónico-degenerativas, presencia de malformaciones genéticas, así como afectaciones en el desarrollo neuromotor e intelectual de los niños, en los que también se manifiestan ansiedad y depresión por la exposición secundaria a los plaguicidas con cuyos residuos llegan en la ropa los padres trabajadores florícolas a sus hogares (Suárez et al. 2013, 619-23).

En tercer lugar, la floricultura generó altas tasas de empleo, especialmente en mujeres jóvenes, además de procesos migratorios de diversas partes del país y de los países vecinos al cantón Pedro Moncayo. El incremento poblacional en el período 1990-2010 fue de 110%, llegando a tener el cantón 33.172 habitantes en ese lapso. En este período la tasa de crecimiento fue de 3,6 que, comparada con la del Ecuador, que fue de 1,9, es significativamente más alta. La cabecera cantonal, Tabacundo, es la más grande con 16.403 habitantes, seguida por Tupigachi con 6.174, Malchinguí con 4.624, La Esperanza con 3.986 y Tocachi con 1.985 (EC INEC 2010). En la tabla 7 se presenta los datos de la población del cantón por grupos etarios.

Tabla 6  
Población de Pedro Moncayo por parroquias y grupos etarios

Parroquia	Menores de 15 años		16-45 años		46-65 años		Mayores de 66 años		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Tabacundo	6.164	37,6	7.926	48,3	1.617	9,9	696	4,2	16.403	49,4
La Esperanza	1.513	38,0	1.783	44,7	461	11,6	229	5,7	3.986	12,0
Malchinguí	1.519	32,9	2.035	44,0	637	13,8	433	9,4	4.624	13,9
Tocachi	670	33,8	810	40,8	275	13,9	230	11,6	1.985	6,0
Tupigachi	2.493	40,4	2.725	44,1	647	10,5	309	5,0	6.174	18,6
Total	12.359	37,3	15.279	46,1	3.637	11,0	1.897	5,7	33.172	100,0

Fuente: EC INEC (2010).  
Elaboración propia.

Este crecimiento se mantuvo hasta alcanzar, en 2014, según proyecciones del INEC (EC INEC 2019), los 37.802 habitantes. La distribución etaria, según el Censo Integral Local Comunitario (FCE 2017),<sup>30</sup> nos permite ver que son poblaciones jóvenes: el 29,4% son menores de 15 años y, únicamente, el 8,6% son mayores de 65. La población menor de 15 años es algo mayor en La Esperanza y Tupigachi.

La población de las comunidades de Pedro Moncayo se identificó como mestiza (76,8%) e indígena (22,5%), y en porcentajes inferiores a 1% como afroecuatoriana, mulata o blanca. Sin embargo, el reconocimiento como indígena es significativamente más alto en Tupigachi (60,4%), y es menor en La Esperanza (9,1%) y Tabacundo (7,8%) (ver tabla 7). Se considera que Tocachi fue utilizado también por los españoles como un tambo,<sup>31</sup> de allí que la gente mencionara que era descendiente directa de españoles –lo que se manifiesta en sus apellidos y en sus rasgos físicos–. Y, cuando se refería a las pocas familias con apellidos indígenas, lo hacía despectivamente como “puendos”.

Tabla 7  
Población del cantón Pedro Moncayo por identificación étnica

Parroquia	Indígena		Mestizo/a		Afroecuatoriano/a		Mulato/a		Blanco/a		Otro		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Tabacundo	117	7,8	1.357	90,9	3	0,2	3	0,2	11	0,7	2	0,1	1.493	100,0
La Esperanza	262	9,1	2.586	90,0	5	0,2	5	0,2	11	0,4	4	0,1	2.873	100,0

<sup>30</sup> Ver nota 8 en el capítulo primero.

<sup>31</sup> En el siglo XIX tanto en Malchinguí como en Tocachi se crearon tambos para el alojamiento de viajeros provenientes del sur y norte del país, lo que permitió el intercambio y trueque de productos y mercaderías (GAD Malchinguí 2010, 3). Hacia 1850 se afincan en la zona ciudadanos de varias nacionalidades: española, inglesa, italiana, francesa (3).

Malchinguí	39	1,3	2.964	98,0	1	0,0	11	0,4	8	0,3	2	0,1	3.025	100,0
Tocachi	11	0,9	1.174	98,2	0	0,0	3	0,3	4	0,3	3	0,3	1.195	100,0
Tupigachi	2.397	60,4	1.556	39,2	6	0,2	5	0,1	3	0,1	3	0,1	3.970	100,0
Total	2.826	22,5	9.637	76,8	15	0,1	27	0,2	37	0,3	14	0,1	12.556	100,0

Fuente: FCE (2017).  
Elaboración propia.

## 2.5. Historia de la participación social en el cantón Pedro Moncayo

El cantón ha tenido una historia importante de participación social que ha buscado construir sus propias políticas públicas desde 1995, cuando se realizó el primer Plan de Desarrollo Cantonal 1996-2000 y se consolidaron instancias de coordinación como el Consejo Interinstitucional e Intersectorial de Pedro Moncayo (EC CPM 2003, art. 2), estamento ejecutivo de concertación y planificación participativa, basado en principios de respeto, solidaridad, diversidad pluricultural y multiétnica, control, coordinación y veeduría social de la Asamblea Cantonal, reconocido mediante Ordenanza Municipal de julio de 2003; el Consejo Cantonal de Salud, conformado mediante Ordenanza Municipal (EC CPM 2002), y el Consejo Cantonal de la Niñez y la Adolescencia, creado mediante Ordenanza Municipal en 2006. Constituyéndose en uno de los primeros cantones del país que desarrolló procesos participativos y de control social como política pública local, reconocidos mediante ordenanzas municipales, antes de que la participación social fuera reconocida en la Constitución de 2008.

Desde el año 2000, en el cantón Pedro Moncayo ha tenido lugar la construcción de una propuesta participativa de desarrollo y de políticas públicas que vengan desde abajo. Con la *Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud 2002-2008*, que avala la creación de los consejos cantonales de salud (EC 2002, cap. V, art. 23 y 24) y promueve la representación paritaria del Estado y de la sociedad civil, se creó el Consejo Cantonal de Salud, que estuvo compuesto por representantes de organizaciones de la sociedad civil, como las organizaciones de segundo grado TURUJTA y UCCOPEM y de ONG que trabajan en la zona; autoridades del Estado, como alcaldes, concejales, presidentes y miembros de las juntas parroquiales; funcionarios municipales y empleados de los centros y subcentros de salud del MSP. El propósito de este consejo fue articular en los ámbitos interinstitucional e intersectorial el funcionamiento del sistema nacional de salud, en forma participativa (EC CPM 2002, 2).

En el período 2001-2009, el CCSPM, como un espacio de participación, posibilitó la articulación interinstitucional de organizaciones del Estado y la sociedad civil buscando el fortalecimiento de la promoción de la salud y el mejoramiento de los

servicios de salud en el cantón. Para ello, se desarrollaron varias actividades que se incluyeron en el “Informe de la Coordinación del Consejo Cantonal de Salud 2001-2009” (EC CMPM-CCCS 2009, 10-1) (ver anexo 11):

- Formulación del Plan Cantonal de Salud 2003-2007.
- Inclusión de la construcción del Área de Atención Materna y Emergencias en el Centro de Salud en el Programa de Modernización de los Servicios de Salud.
- Hermanamiento con el municipio de Caibarién, Cuba.
- Construcción del Centro Alternativo de Promoción de Salud y Desarrollo (CAPSYD).
- Gestión de donaciones del Club Rotario para el equipamiento tecnológico y de mobiliario para la iniciativa de las Escuelas Promotoras de Salud (EPS) de las parroquias del cantón.
- Institucionalización del mes de abril como Mes de la Salud en el cantón.
- Desarrollo del *Sistema de Información Local Comunitario (SILC)*.
- I Curso: Círculo Intercultural para el Fortalecimiento de las Sabidurías en las Medicinas Ancestrales (ver anexo 12).

Como se puede evidenciar, entre las acciones realizadas se incluyó el tema de la salud intercultural, siendo un hito el desarrollo del curso señalado al final de la enumeración, que fue organizado por el CCSPM, en coordinación con la Dirección Provincial de Salud de Pichincha-Salud Intercultural y los Consejos Cantonales de Salud de Cayambe y Pedro Moncayo. Este curso se llevó a cabo en Tabacundo entre agosto y septiembre de 2007 y fue impartido por médicos ancestrales y filósofos expertos en cosmovisión andina. Estuvo orientado al personal de las Áreas de Salud N.º 12, Cayambe, y N.º 13, Pedro Moncayo. Y en él se presentaron las experiencias de salud intercultural realizadas en Loreto, Guamaní, Otavalo (Jambi Huasi), Riobamba (Hospital) y Cotacachi (Jambi Mascaric).

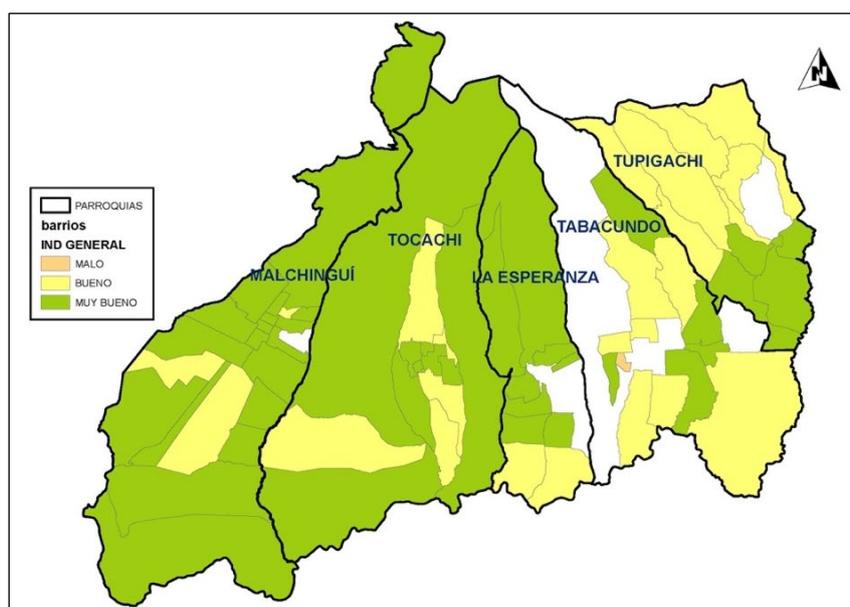
En 2011 se constituyó la Mancomunidad de Gobiernos Autónomos Descentralizados Parroquiales del Norte, conformada por las parroquias rurales de Malchinguí, Tocachi, La Esperanza y Tupigachi (EC MGADPRN 2012), para que la gestión de los gobiernos locales fuera más efectiva y se lograra un desarrollo equitativo mediante el trabajo conjunto en beneficio de la gente de las comunidades.

En la población de Pedro Moncayo existen altos niveles de pobreza, de acuerdo a las cifras del INEC (2010): la pobreza por necesidades básicas insatisfechas alcanza al 72% de la población y la extrema pobreza al 30%. El 13,6% de los hogares en Pedro

Moncayo presenta niveles de hacinamiento crítico. La tasa de analfabetismo del cantón es 10,2%, siendo mayor en las mujeres (13,4%) que en los hombres (6,8%). De cada 100 mujeres, apenas 5 terminan la educación secundaria (bachillerato) y 3 acceden a la universidad.

Dentro del *SILC* (FCE 2017) se construyó un índice de educación que combina variables relacionadas con los niveles de instrucción de los miembros de la familia –que incluyó variables como niveles de educación alcanzado por los padres y madres, el número de analfabetos existentes en el hogar, el número de niños de 5 a 14 años que asisten a la escuela–, que permitió categorizar a las familias, las comunidades y las parroquias según niveles de educación. El índice de educación malo y muy malo alcanzó 11,1% en el ámbito cantonal, siendo mayor en las parroquias de Tupigachi (21,8%) y Malchinguí (12,5%) (ver anexo 12).

El mapa 7 grafica el índice general de desarrollo parroquial y comunitario elaborado integrando un conjunto de variables correspondientes a la producción agrícola y pecuaria (extensión de propiedad agrícola, principales productos, utilización de mano de obra, sistemas de riego y animales de crianza), así como los índices de educación, salud y vivienda. En él se puede observar que este índice es menor en las parroquias de Tupigachi y Tabacundo, donde se encuentran las plantaciones florícolas y existe mayor proporción de población indígena. Esto permite concluir que el modelo de desarrollo orientado a la agroexportación no ha mejorado las condiciones de vida de los grupos poblacionales.



Mapa 7. Índice general de desarrollo por parroquias. Elaboración propia.

### **3. Conocimientos, prácticas y percepciones sobre salud**

En esta sección se presentan los resultados del trabajo de campo, realizado con la participación de la población de las parroquias del cantón Pedro Moncayo, a fin de identificar las percepciones, conocimientos y prácticas que la gente tiene sobre la medicina ancestral y la occidental, y la posibilidad de una relación intercultural entre las dos. Igualmente, se obtuvo información sobre cómo entendían la interculturalidad en salud las personas que participaron en la investigación.

La información, como se ha indicado, fue obtenida mediante: entrevistas a actores sociales; grupos focales con adultos mayores; cartografía social en el ámbito comunitario, en cada una de las parroquias, y dos encuestas sobre conocimientos y prácticas en salud aplicada a las familias del cantón como parte del Censo Demográfico y de Salud y del Censo Integral Local Comunitario. Igualmente, en este capítulo se presentan las percepciones que los actores sociales y de los servicios de salud tienen sobre medicina ancestral y occidental, y la posibilidad de interculturalizar la salud.

Como se ha analizado en el capítulo primero, el pensamiento occidental ha sido impuesto en los territorios desde la época colonial, invisibilizando los conocimientos y prácticas de salud ancestrales, marginando y desconociendo la posibilidad de que sean incluidos en las discusiones “oficiales” de salud, a pesar de que se han mantenido vigentes y en resistencia, y son utilizados por la población de las comunidades rurales del cantón Pedro Moncayo –y, presumiblemente, de las demás poblaciones andinas del país– en su vida cotidiana, como se demostrará en las siguientes secciones.

#### **3.1. Conocimientos en salud**

Esta sección busca exponer los conocimientos de salud ancestrales, así como los de la salud occidental que se obtuvieron directamente de la gente de las comunidades del cantón Pedro Moncayo. A partir de sus propias voces y su realidad, aquí se muestran sus historias y experiencias.

En la concepción andina del mundo, el individuo, la comunidad y el territorio no están separados, existe una visión relacional de la persona con la comunidad que es diferente a la de la modernidad. En los conocimientos y prácticas de salud ancestrales intervienen factores ambientales, sociales, económicos, culturales y espirituales que contribuyen a determinar las condiciones de salud y bienestar de la población. Cachiguango (2009, 36) señala que la persona que se enferma no tiene una parte enferma,

sino que es su totalidad –“su integridad corporal, emocional mental y espiritual” (36)– la que se siente mal. Y agrega: “Para que el runa tenga salud, también tienen que tener salud las divinidades, la naturaleza y los ancestros y todos los seres que tienen que ver con el *sumak kawsay*. [...] Cuando una de las familias (divina, humana, naturaleza y ancestros) llegan al desequilibrio o rompen la armonía, allí es cuando aparece la enfermedad, allí aparece la muerte” (42).

Las políticas de salud han sido desarrolladas desde la visión científica de la medicina occidental. El MSP es el ente rector de la salud y el encargado de ejecutarlas y de proporcionar los servicios de salud “oficiales”, de acuerdo a la Constitución de 2008 (EC 2008, art. 361). La atención que los profesionales de medicina ofrecen a la población en los centros de salud está mediatizada por un lenguaje científico que aleja al paciente del médico. Sus conocimientos se sustentan, entre otros, en fundamentos anatómicos, fisiológicos, patológicos, farmacológicos y terapéuticos, y en exámenes de laboratorio e imagen, lo que lleva a que la población cuando habla de las enfermedades mencionadas por los médicos no tenga una comprensión de lo que le pasa en su cuerpo.

En la investigación de campo se encontró que los conocimientos y prácticas de salud ancestrales se han mantenido y están presentes en la vida cotidiana de la gente a pesar de la imposición de la visión eurocéntrica de la medicina occidental desde la invasión al *Abya Yala* hasta los momentos actuales. Estos conocimientos han sido mantenidos y transmitidos oralmente de generación en generación tanto por los curanderos, hierbateros y *yachak* como por la propia población, especialmente, las mujeres.

Las personas de las comunidades de Pedro Moncayo, en las entrevistas, grupos focales y talleres de cartografía social efectuados, compartieron sus conocimientos sobre la medicina ancestral y las diferentes prácticas de salud, al tiempo que ubicaron y dibujaron los lugares en donde, en sus territorios, se encontraban las plantas medicinales para curar las diferentes enfermedades. A partir de aquí se recogen las voces expresadas en estas actividades.

La población define la salud como armonía, como el concepto básico de relación con la naturaleza, con otros seres humanos, con los ancestros y los espíritus:

Estar saludable es poder salir al campo a trabajar, a caminar, a vivir. Estar sano es lo mejor que se tiene: es vivir sano. Pero, así enfermo, siempre el dolor en silencio, sin estar juntos, para mí no es vida, es muerte. Pero, dando gracias a Dios, estamos vivos y con aliento de hablar y comer. Tenemos el aliento de vivir (G. F. 5 2010).

Desde la medicina ancestral, cuando la relación armónica se pierde, las personas se enferman. Como se mencionó en un grupo focal: “Hay lugares sagrados y aquellos por los que no se debe pasar porque son pesados, con malas energías y provocan mal aire” (G. F. 5 2010). Mientras que en un taller de cartografía social se indicó: “Hay lugares que son pesados, como los poggios y socavones (M. Chorlango 2008, cartografía social).

Para uno de los entrevistados, estar enfermo:

depende de todo, o sea, es algo integral, no es así nomás de una cosa, como los técnicos especifican. No es así, es una cosa integral: si la tierra se enferma, uno también se enferma, porque la tierra es la que nos da de comer; entonces, si la tierra está muerta, nosotros nos enfermamos a nosotros mismos. Porque si yo me como lo que sale de la tierra enferma, siempre voy a estar mal (Caluguillín 2009, entrevista).

Otro entrevistado señaló:

La enfermedad puede ser causada por otros factores, como el frío, la falta de prevención, el exceso de trabajo, las malas energías, la baja de defensas, el estrés, la falta de agua potable. Es un desequilibrio entre el medioambiente, Dios y uno mismo. Como un desequilibrio de la energía. Hemos visto que los cambios climáticos han sido muy fuertes y eso causa problemas en la salud y también el tipo de alimentación (Pulamarín 2009, entrevista).

### **3.2. Médicos ancestrales: prácticas de salud**

La percepción sobre medicina ancestral de los actores sociales entrevistados está asociada a un conjunto de creencias, costumbres y saberes de antes, resultado de largos años de experimentar por parte de los médicos ancestrales a quienes se les ha dado el don de curar.

Como Velasco (2010, 50) lo recoge del promotor de salud Zenón Apaza de la comunidad Crucero Sur de Potosí: “Los sabios de la antigüedad eran los que se llamaban yachaj<sup>32</sup>... Seguramente ellos pensaban de otra manera, no sé... para aprender tanto... [...] [N]uestros abuelos, incluso antes que llegaran los españoles, sabían mirar las estrellas y sabían sus nombres y de verlas con atención sabían cómo iba a ser el tiempo”. Pilatuña (2009, 85), por su parte, indica que: “[y]achak [es el] hombre o mujer que sabe o conoce”. Mientras que Kowii (2013, 32) señala que eran considerados por las comunidades andinas como sus máximas autoridades desde la Colonia.

<sup>32</sup> El autor lo escribe así, pero en este texto se utiliza “yachak”. Ver definición en la nota 25 en este mismo capítulo.

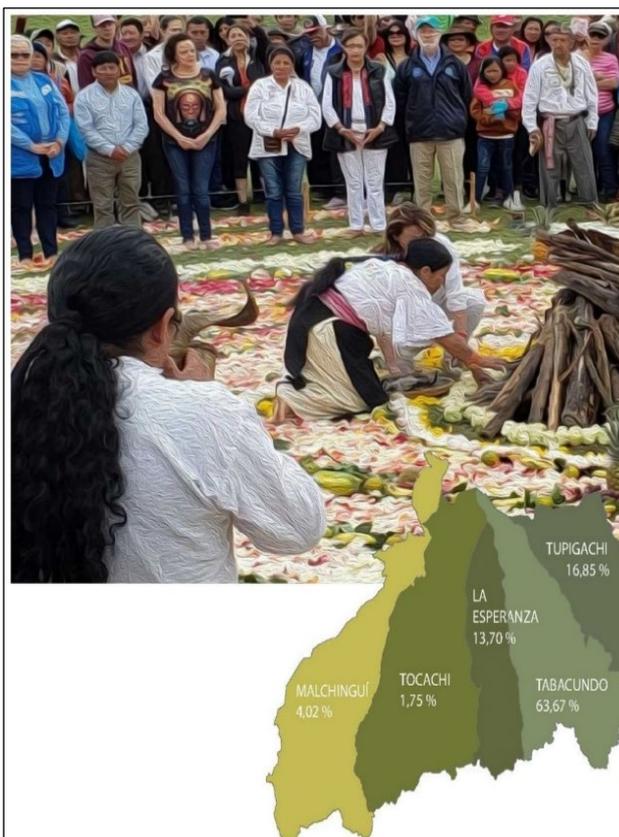
En el trabajo de campo, las personas indicaron que en el cantón Pedro Moncayo se conocen a curanderos, parteras y fregadores. En el recuadro 2 se recogen sus testimonios junto a los de médicos ancestrales de la zona. Leonardo Arias se identifica como un curandero que nació con el don para curar; Luis Enrique Cachiguango se autodefine como caminante-itinerante que ayuda a la gente a curar el espíritu; Ángel María Cacuangó señala que la suya es una profesión de ayuda a personas, y no un trabajo. Santos Pila, mientras tanto, enfatiza que curandero es la persona que cura honestamente. Doña Petrona concuerda con los criterios anteriores y agrega que realiza curaciones con la utilización de plantas medicinales. Rosita, por su parte, señala que su accionar se orienta a curar torceduras. Y doña Esperanza, finalmente, cuenta que cura el espanto y el mal aire.

### Recuadro 2 Médicos y medicina ancestrales en Pedro Moncayo

La salud son los efectos del trato que uno le ha dado al cuerpo. Más antes, toda la gente, para un dolor de la barriga, tal remedio... tal yerbita... tal cosa le preparaban... Ahora no, es fácil ir a la farmacia... (Pila 2008, entrevista).

Una cosa es mi trabajo y otra cosa es mi profesión. Esto [el conocimiento ancestral] es casi como una parte social de ayuda a muchas personas. Esto –que me reconozcan como un curandero– viene de una parte ancestral (Cacuangó 2008, entrevista).

Yo vivía en Urcuquí, en un sitio que se llamaba San Alfonso de Irumincho. Aprendí a curar el espanto y mal aire, porque mi suegra sabía eso (Doña Esperanza 2008, entrevista).



Mapa 8. Porcentajes de personas que declararon conocer a médicos ancestrales, por parroquias (FCE 2009).  
Elaboración propia.

La medicina tradicional\* es infinita. Yo me considero siempre como curandero, porque lo que hago es curar. Yo nací, con el conocimiento, porque todos los seres nacemos con un don, pidiendo permiso al espíritu del ser humano y, pidiendo permiso al padre creador del cielo y de la tierra, procedo a curar (Arias 2009, entrevista).

\* Como se indicó en la nota al pie 1, en el capítulo primero, la mayoría de los entrevistados en el cantón Pedro Moncayo utilizan este término para referirse a la medicina ancestral.



Yo soy un caminante que trato de ayudar a la gente y a la comunidad en curar las enfermedades del alma y la espiritualidad. Soy de la comunidad de Antonio Ante y nací en Natabuela. Aprendí de mi abuelo y de mi padre que enseñaron a curar las enfermedades del espíritu, y utilizo lo que la naturaleza nos da (Cachiguango 2014, entrevista).

Si se quebraban una pierna, un brazo, iban donde unos fregadores que habían entonces. Lo colocaban la quebradura solo tanteando (Túquerez 2010, entrevista).

Para lesiones, sí había personas que sabía fregar cuando uno se lisiaba los dedos, los brazos o cuando se está caminando y se troza el pie... Sí había alguien que atinaba a curar... La gente ya sabía que ellos sabían curar. A veces corríamos a hacer curar; ahí amarraban con hoja de ocal [eucalipto] para que no entre el frío por lo que se había lisiado. Así hemos vivido, las parteras mismo les curaban... sí sabían curar (G. F. 2 2010).

Mi mamá siempre curaba con plantas medicinales para todo. Igual yo a mis hijos he seguido curando como mi mamá hacía (Doña Petrona 2008, entrevista).

Había una señora morena que se llamaba Rosario, pero no era de aquí, donde ella nos íbamos a que nos de remedios. Una señora que se llamaba Inés, ella hacía dar a luz, con ella dábamos a luz... ahí no había doctores, nada (G. F. 4 2010).

La partera –que decían– nos veía la barriga, la rabadilla, y nos decía: “Ya es hora, ya es hora...” y ahí nos ayudaba... no necesitábamos de los doctores.

Mis hijos han nacido así. Yo he tenido once hijos y no he ocupado doctores (G. F. 5 2010).



Las personas que participaron en la investigación de campo, como se presenta en el recuadro 3, señalaron que la medicina ancestral está vinculada a su cultura como parte de su visión de armonía con la naturaleza. Las terapias naturales que practicaban sus

ancestros para curar las enfermedades –y que se las mantiene hasta la actualidad– se basaban en la utilización de plantas medicinales fácilmente disponibles en el campo y cercanas a la gente. También refirieron que, lamentablemente, las nuevas generaciones no dan toda la importancia a la medicina ancestral y con frecuencia la desvalorizan a pesar de que es de muy bajo costo.

### Recuadro 3 Percepciones sobre medicina ancestral



En las comunidades había personas a las que Dios les había dado el don de curar, otras que hacían dar a luz (G. F. 1 2010).

La medicina tradicional es la que está al servicio de la gente en forma tradicional, que es de la que se puede echar mano, la que está más cercana a la gente (J. Jaramillo 2009, entrevista).

La medicina tradicional es la medicina que practicaban nuestros ancestros, esa que se basa fundamentalmente en la curación de las dolencias con cosas que están en la naturaleza, con los animales, con alguna comida, con calditos o con las plantas (Jarrín 2009, entrevista).

Es una medicina natural, no es de químicos, no es nada de eso, sino fácil de conseguir en la casa (Chicaiza 2014, entrevista).



Lo que veo en mi mamá es a diario... porque ella limpia con el cuy a los niños que se caen y se asustan, que se llama espanto... en el cuy sale todo prácticamente como una radiografía (Adelinda 2009, cartografía social).



La medicina tradicional es la medicina que tenemos en el campo que nosotros mismo le cultivamos (J. Catucuago 2009, entrevista).

Utilizo lo que nuestros mayores han sabido utilizar, las hierbas medicinales mismo... hierbas que le desparasitan al cuerpo humano... con pepas de zapallo, pepas de papaya... entonces, han sabido hacer un brebaje... entonces, está completamente desparasitada la persona. Eso es en forma tradicional (Marroquín 2014, entrevista).

La medicina tradicional, para mí, es algo que ha venido existiendo desde antes, se la está viviendo hoy en la actualidad y ha servido y sirve de mucho (C. Espinosa 2014, entrevista).

Para mí la medicina tradicional es algo que nos puede ayudar en caso de emergencia... que no se tenga a la mano medicamento tecnológico... es algo que está más cerca de nosotros (X. Catucuago 2014, entrevista).

### 3.3. Enfermedades identificadas

La enfermedad es comprendida por las poblaciones indígenas en el entramado del medio natural, del tiempo y las relaciones sociales. Lugares físicos como las rocas, las lomas, las fuentes de agua, así como el anochecer, el amanecer, los cambios diurnos y nocturnos, la exposición al frío y al calor, a la lluvia, al Sol o al arcoíris constituyen factores causantes de enfermedad (Velasco 2010, 89).

En cuanto a las enfermedades que afectan a la población, los médicos ancestrales participantes en esta investigación identificaron un conjunto de enfermedades que son curadas con plantas medicinales, animales y tratamientos que se sintetizan en la tabla 9. En las entrevistas realizadas a curanderos y fregadores de las parroquias Tabacundo y La Esperanza, se destacó que los conocimientos sobre los tratamientos son transmitidos de generación en generación mediante relaciones familiares, de amistad y compadrazgo. Mientras que Enrique Cachiguango (2014, entrevista) –quien se autodenomina “caminante-itinerante”– indicó que:

En los Andes, la enfermedad se genera desde adentro: nacemos con defensas; la manera en que vivimos, nos alimentamos y actuamos en nuestra vida cotidiana va a influenciar directamente para que nuestro sistema interno de defensas se mantenga equilibrado. Cuando se desequilibra esa armonía interna en el cuerpo es cuando se producen las enfermedades. Entonces, para poder curarse es importante encontrar esos equilibrios ya que el ser humano en sí es naturaleza, no es parte de la naturaleza. Si es que el ser humano se sale de las leyes de la naturaleza, entra en desequilibrios y se produce la enfermedad.

Tabla 8

#### Enfermedades, remedios y tratamientos según los médicos ancestrales consultados

Enfermedades	Remedios	Tratamientos
<b>Curandero (Cacuango 2008, entrevista)</b>		<b>Obtuvo los conocimientos de su madre, abuelos maternos y bisabuelos maternos</b>
Espanto, mal viento, mal blanco, fiebres	Manzanilla, ruda, santa María	Para curarles utilizo la manzanilla, la ruda y la santa María con un poco de licor (puntas) y con eso les frotó energéticamente.
Partos	Plantas medicinales*	Se hace vaporizaciones vaginales sobre leche. También se hace partos sobre agua caliente.

Enfermedades naturales que Dios nos envía, que nos vienen como un mal viento, un espanto, una caída, mal de ojo o lo que llaman brujería	Vela, huevo y cuy	La vela, para ver la energía de la persona. La vela es energía. Energéticamente veo cómo está usted, cómo se siente, cómo es su forma de comportamiento, en qué falla... El huevo es para ver los sectores que nosotros decimos que son pesados, bravos; si ha cruzado por un río, un zanjón o por una quebrada que son sitios pesados. En el huevo veo y le digo: “usted ha cruzado por tal parte, o en tal sitio ha habido tal cosa, allá ha llegado usted”. El cuy es para lo interno.
Infecciones al útero	Sábila, linaza cruda y tostada, chuzo, planta para purgas, sangre de drago y resina	Para cicatrizar llagas internas en el útero hay que dar sábila con la linaza cruda y tostada, y unas plantas que se llama chuzo, y las plantas que sirven para purgar. También para ayudar a cicatrizar se manda a que tomen sangre de drago con resina.
Enfermedades del hígado	Plantas medicinales**	Cuando se enferman del hígado les mando a consumir mucha agüita para que se vaya limpiando, purificando, porque muchas veces tienen colesterol. El hígado no asimila bien los ácidos úricos, entonces, les mando plantas medicinales y agüitas. Y, para poder protegerles, les subo las defensas con vitaminas y con una dieta.
Problemas en los huesos	Pomadas naturales	Primeramente, veo si los problemas son por caídas o por malos esfuerzos. Entonces, hay que ver si están bien las coyunturas, los brazos, la columna... y de acuerdo a eso le veo si están bien las vértebras porque puede haber hernias discales... Veo como están, y de acuerdo a eso les mando cuál medicación o pomada utilizar. Les pido una bufanda para sujetar el sector donde está desviado o abierto, y los sujeto. Les hago una terapia pequeña, veo si requiere tratamiento de unos cuatro o cinco días, y les hago masajes con pomadas naturales.
<b>Curandera (Doña Esperanza 2008, entrevista)</b>		<b>Obtuvo los conocimientos de su madre</b>
Mal aire, mal viento	Tabaco y huevo	Yo soplo al huevo y digo: “Padre, Hijo y Espíritu Santo...”, de ahí le curo. Donde el huevo suena, es que es; donde el huevo no suena, es que no es. Claro, es como chulo: de una hace chul, chul, chul, suena y, de repente, explosiona el huevo porque está como lleno de puro aire, como decir ya está demasiado. Por eso, yo con un huevo no soluciono; les pido dos huevos, el uno recibe y el otro termina... Eso es para el mal aire.
Mal aire, espanto, cuychi (arcoiris)	Marco, chilca, ramas de ocal tierno [eucalipto], huevo, tabaco, trago	La colonia yo les pongo con algodón; por ejemplo, aquí debajo [coyunturas]. Cada persona tiene que traer su colonia. Y sí se sana. Se puede curar con chilca, puede ser con ramas de ocal tierno [eucalipto] o puede ser con marco que se cogen de la mata. Y, ya después que le paso el huevo, le soplo el trago, le soplo el tabaco y le doy. Si trae el trago, también con el trago le doy, pero siempre le tapo con una cosa en la cara para que el trago no vaya a los ojos.

Tos apelmazada, resfríos	Miel de abeja, limón y manteca de chanco, manteca de cacao	Se debe tomar unas dos cucharadas de miel de abeja para una tos que está apelmazada. La manteca de cacao, un poco de limón y una media cucharada de manteca de chanco se mezclan y se va tomando poquito a poquito.
<b>Curandero (Arias 2009, entrevista)</b>		<b>Obtuvo los conocimientos de amigos y vecinos</b>
Espanto	Ortiga, huevo	Puede haber diferentes formas de curar el espanto de acuerdo a la parte energética del paciente: solamente le puedo hacer un rezo o limpiar con ortiga o le puedo limpiar solo con un huevo... depende de lo que necesite la parte energética de la persona.
Malas energías	Cuy, huevo, vela	Se inicia pidiendo permiso y con la oración. Después, [la persona debe] sobarse con la vela para que la vela siga absorbiendo las malas energías. La vela tiene la potestad de absorber la energía, como el huevo tiene la de ver... si no lograría absorber, no lograríamos ver nada. Y, luego, se enciende la vela y se leen los símbolos en la flama, porque lo que hacemos nosotros es leer la simbología. Con el cuy se le limpia, se ve la posición, todo pidiendo permiso al espíritu del cuy y al espíritu de la persona para pasarle el cuy a la persona. El cuy se lo va pasando detenidamente, para que tenga tiempo de ir absorbiendo, para que vibracionalmente pase la enfermedad del paciente hacia el cuy. Con el huevo, no es igual: hay que ver y leer la simbología que da el huevo. Después de limpiar pasando por todo el cuerpo, se le pone [al huevo] en una lavacara con agua, y se le abre (a veces, no se le puede abrir) y se puede ver en el huevo lo que tiene.
Problemas estomacales, intestinales	Plantas medicinales**	Aguas de plantas medicinales y emplastos.
Parásitos	Paico, boldo hierbabuena, semillas de papaya	Curamos los parásitos con remedios caseros, como: paico, hierba buena, semillas de papaya, boldo.
<b>Fregadora (R. Cabascango 2008, entrevista)</b>		<b>Obtuvo los conocimientos de vecinos</b>
Huesos, torceduras y lisiados	Agüita de romero, matico cocinado con sal	Lavar y sobar con el agua de hierbas indicada el área afectada.
Caídas	Hierba mora, matico, romero, sal, pomada	El agua que acostumbro es la agüita de hierba mora, matico, romerito y sal para que les endure breve. Con eso les lavo hasta unas dos veces, de ahí les friego, les pongo la pomada, les friego y les estiro.
Inflamado de frío	Manteca de cacao	Sobar con la manteca.
Reumatismo	Abejas	Hacerse picar de las abejas.
Melladuras	Sinchigua, pomada de leche	Sobar con la pomada de leche y lavar con agua de sinchigua.
<b>Curandero (Pila 2008, entrevista)</b>		<b>Obtuvo los conocimientos de otros curanderos</b>

Espanto	Cuy, huevo, vela	Se hace un diagnóstico de la persona pasando el cuy –o el huevo–. Es decir, se limpia y se le abre al cuy y ahí se mira lo que usted tiene. Se pasa por todo el cuerpo al cuy vivo –pequeñito, para que pueda manipularle fácilmente–. Simplemente, se le limpia y, en el proceso, que va limpiando se muere el cuy. Luego se lo abre y se ve la parte espiritual y la parte física, y se les dice: “Sus pulmones están mal” o “Sus riñones están mal”... o si está hecho un mal blanco que le ha hecho la gente. Con el huevo, igual, se les limpia, se les pasa todito y, de ahí, se le parte al huevo en el agua y se les dice a la persona: “Usted está espantada”. Igual con la vela: se les limpia con la vela, de ahí se le pide el nombre, se enciende la vela y, en la llama, se ve qué tiene la persona.
Tos, gripe	Mishqui (savia) del penco	Tomar caliente.
Heridas y desinflamación	Chinchín	El chinchín es una planta (matorral grande) parecido a la del chocho, con flor amarilla, lo que es el fruto es idéntico a los chochos. Ese se machaca o se golpea y con la flor y las hojas se hace un emplasto para aplicar en el lugar que está la herida. Entonces, eso le extrae lo de adentro. Eso se hace durante nueve días. Le ayuda porque la herida de la operación es adentro. Les digo que tienen que, conjuntamente, tomarse esa agüita preparada y aplicar el emplasto.
Sangrados vaginales	Uña de gato de la Sierra	Haciendo agüita de la uña de gato de la Sierra en infusión. La raíz tiene mayor concentración y propiedades, y la flor se le puede sacar y se le pone.
Artritis	Mashua	La mashua es un tubérculo comestible, como la oca –más larguito–, se la pone en el sol, se endulza y sirve para las artritis de las coyunturas, esas partes se les va desfigurando; entonces, consumir la mashua y hacerse los emplastos, calma el dolor. Cocinadita, preparadita con panela y leche es mucho mejor. Se pone el emplasto para que calme los dolores y no le deje avanzar.
Problemas en el útero y de quistes	Mashua	Consumir la mashua con leche.
Sobrepeso	Mishqui, mashua	Consumir dulce de penco y mashua.
<b>Curandera (Doña Petrona 2008, entrevista)</b>		<b>Obtuvo los conocimientos de su madre</b>
Espanto		Se pone un rosario justo en la salida de la puerta porque por ahí sale y entra gente. Se pone el rosario, ahí y se amarca al guagua y se dice: “Shungo, shungo, levanta... –y el nombre–. ¡Venga, venga, tome teta –o tome naranja o tome pan–!...”. Algo se pone ahí junto al rosario. Después, el guagua ya se quiere levantar y coger lo que pusimos. Entonces, ahí ya regresa el espíritu del guagua.

Dolor de oído	Lana de borrego	Para dolor de oído, se pone lana de borrego negro. La lana se saca de donde está más sucio –por ejemplo, cerca de los brazos y las piernas hay unos sudores donde sabe estar sucia la lana– y eso se pone calentando en el oído. A más de eso, se envuelve con una caquita de cuy y, calentando, se mete en el oído. Por el resfrío, ese sucio viene a alimentarse, y así hay que dormir puesto eso hasta el otro día.
Fiebre	Verbena	Hay diferentes hierbas para la fiebre que son frescas, por ejemplo, la verbena. Eso se machaca bien, se amarra en un trapito con un poquito de agua y se exprime desde la cabeza y todito se frota... Y, asimismo, se exprime, y la agüita se da de tomar y es bien amarga, y con eso pasa.
Dolor de estómago, cólicos	Manzanilla	Agua de manzanilla.
<b>Caminante-itinerante (Cachiguango 2014, entrevista)</b>		<b>Obtuvo los conocimientos de su abuelo y de su padre</b>
Enfermedades del espíritu, angustia, miedo, dolor	Plantas medicinales**	Aguas de plantas medicinales.
Circulación de la sangre	Ortiga	Usted coge una telita o un pedacito de toalla mojada y se frota duro en su piel, y su piel se hace roja; entonces, cuando está roja la piel, se ducha con agua fría y, de nuevo, repite este proceso por tres o cuatro días. También se puede utilizar ortiga para bañarse con agua fría y después ortigarse de nuevo. La ortiga es lo que le hace roja a la piel y es lo que le activa la circulación. Es lo que le hace falta muchas veces a su cuerpo.
Desequilibrios de energías y enfermedades del alma	Plantas medicinales**	Veo el iris del ojo para detectar algún mal y aplico las plantas medicinales. Yo utilizo lo que la naturaleza nos da. No utilizo algo que no sea de la naturaleza. Incluso, para casi todos los problemas se utiliza el lavado de la sangre y de la descongestión del calor interno que tiene cada persona.

\* En los talleres de cartografía social (2008, 2009) y en los grupos focales (G. F. 1-6 2010), los participantes señalaron que pueden ser: mata de zapallo, valeriana, horchata de morocho, cebada de perro, agua de melloco con comino, manzanilla, eneldo, cedrón, caballo chupa, linaza, llantén, toronjil, mishqui de penco, anís, ashnayuyo, orégano y hierbaluisa.

\*\* No especificadas por los entrevistados, presumiblemente, para resguardar sus conocimientos.

Fuentes: indicadas en la tabla.

Elaboración propia.

### 3.3.1. Enfermedades ancestrales identificadas en las conversaciones con los participantes

Las enfermedades ancestrales que, no solamente se mencionaron más en los grupos focales, la cartografía social, las entrevistas y la encuesta realizada, sino que siguen estando presentes en la vida cotidiana de la población del cantón Pedro Moncayo son: el mal de ojo (recuadro 4), el mal aire, mal viento (recuadro 5), el espanto, susto

(recuadro 6), la brujería (recuadro 7) y el cuychi –arcoiris– (recuadro 8). En cada uno de los recuadros que se presentan a continuación se incluye un mapa que da cuenta de los porcentajes de personas que conocen sobre cada una de las enfermedades en cada parroquia del cantón, de acuerdo a la encuesta realizada.

Los participantes en el trabajo de campo, cuyos testimonios se recogen en los recuadros señalados, indicaron que las enfermedades ancestrales son causadas por la exposición a malas energías y a lugares pesados que provocan desequilibrios en las personas.

En el recuadro 4 se compendian los testimonios más significativos sobre el mal aire. Respecto a esta enfermedad, Velasco (2010, 208) menciona: el “mal de ojo, *wila ñawi*, ojo colorado” es causado “por el reflejo del sol en una mala hora”. Estrella (1977, 131-2), por su parte, indica que el mal de ojo es provocado por la acción dañina de la mirada de una persona con poderes negativos.

#### Recuadro 4 Mal de ojo

El mal de ojo sería igual que el dolor de cabeza. También se pasa igual. También sería como cuando dicen que duelen los huesos (S. Cabascango 2009, entrevista).

Una última hijita que tengo, que tuvo una guagua, y de recién nacida, la guagua seguía solo con el ojito lagrimeando. Yo le decía [a mi marido]: “Julio, que tuviéramos plata para hacerle ver con el doctor en Tocachi para ya hacerle operar a la guagua”. Pero seguía mal con el ojo. Antes, dando gracias a Dios, ¡nada!, solamente mi cuñada me dio curando del ojito: le llevó a la guagua a Tocachi a pie –se andaba a pie más antes–; entonces, por ahí sería que como que le han hecho asustar a la guagua –el maligno ha de haber sido–. Entonces, esa finada Rosa, ella nos dio curando y, ahí sí, nos dijo: “Esto quiere que le llame. Esto está en el espíritu. Está asustada”. Entonces, nos dijo que con una mantillita mismo de ella –como era guaguüita, con la mantilla que se le ponía en la cabeza–, con eso dijo que le haga como muñequita... De ahí, a mi hija le dijo que era



Mapa 9. Porcentajes de personas que declararon saber sobre el mal de ojo, por parroquias (FCE 2009). Elaboración propia.

envolviendo a la muñequita: “Aquí le ha de poner”, dijo. “Ya le llamé, aquí le ha de poner a la muñeca para que esté cargada la guagua”... Yo le veía rezar a ella que decía: “Vení, vení. ¿Por qué te has quedado ahí?”. Y así se sanó, vea. Ahí se sanó el ojito... Lo que también le hacía es baños. Ella me decía que muela ajo, canela, ishpingo, agua bendita, un poco de orina... Eso molido, le unía y le apegaba en el cuerpo, y así se sanó (G. F. 2 2010).

El mal aire o mal viento fue otra de las enfermedades reconocidas en las conversaciones realizadas en las comunidades del cantón Pedro Moncayo (ver recuadro 5). Al respecto, Velasco (2010, 146; énfasis del autor) explica que el:

Aire, golpe de aire, mal de aire, mal aire, viento, mal viento, *sajra huayra* se da por el encuentro de [una persona] con una corriente de aire malo o maldito [...] transportador de espíritus diabólicos. [El mal aire puede surgir al] [...] dar la vuelta por una esquina y encontrarse con un *sajra wayra* o mal viento, [o c]aminar en una mala hora (en ese momento de la entrada del sol cuando no es día ni noche, cuando salen los *sajras* o vientos malignos que recorren el campo).

#### Recuadro 5 Mal aire, mal viento



Mapa 10. Porcentajes de personas que declararon conocer sobre el mal aire/mal viento, por parroquia (FCE 2009).  
Elaboración propia.

Cuando yo era chiquita siempre tenía esos malestares del dolor de cabeza, vómito; por más que me ponía medicación, no me paraba... Yo sí iba a uno de esos señores médicos ancestrales que oraban por mí, me mandaban un baño de agua de rosas y tanta cosa, y sí mejoraba. Por eso, sí creo en el mal aire y el mal viento (Lincango 2009, entrevista).

Para el frío se ha visto que usan los mayores las hojas de eucalipto, la ortiga... Sea por el frío o por golpe, la ortiga era bueno... Cuando los guaguas están espantados, les coge el mal viento, y se les lleva para que los curanderos les quiten... Mandan a traer unas hojitas de marco y ruda, y con eso les limpian; de ahí, cogen un cigarrillo y, ya con el trago, también se limpia el mal viento (G. F. 2 2010).

Salió a las cinco. Antes, nosotros vivíamos acá abajo y teníamos leche. Salíamos a dejar al Luis de la señora Petrona que nos dé llevando. A las cinco en punto salía a dejar la leche, cuando, de pronto, pasando la zanja, ahí desque le ha hecho, como que le da comezón el ojo y, ya cuando regresó, ya vino lagrimeando el ojo: que le pica, que le molesta, que le arde, en fin... Así, como casi él no creía, no tomamos atención. De ahí se fue al ganado, para arriba, y, ya cuando bajó, ya bajó hinchado y borrado todito el ojo y la lágrima se le iba... Le puse

Visina, o algo así, y nada, no le llegaba. Y, justo, ha estado viniendo mi Alcides. Ya le ve así y dice: “¿Desde qué hora está así mi papá?” Entonces, él le dijo: “desde las cinco, cuando me fui saliendo a dejar la leche arriba, como que me dio un piquete... Desde ahí estoy así”. Y yo le dije: “Ahorita le estamos alistando para llevarle a Cayambe donde un doctor de eso”. Y el Alcides dice: “¿De repente, no le daría el mal viento?”. De ahí, conversando, decimos a lo mejor es eso. Entonces, nos llevó y nos fue a dejar –como tenía el carrito– donde vivía el que le iba a curar. De ahí, llegando, le limpió. Al otro día vino también a limpiarle, asimismo, con la ortiga, con el marco, y con eso nomás se mejoró bien...  
Con dos limpiezas le puso bien. Le quitó eso y se sanó de lo que el ojo estaba borradito.  
La Visina no le hizo nada... más bien, peor creo que le hizo (G. F. 2 2010).



El mal aire se sosegaba rápido con una ramita de ortiga. Así se fregaba o sosegaba rápido... Esa sabía ser la vida de antes. (G. F. 5 2010).

Yo sí creo en el mal aire, mal de ojo... alguien que está con mala energía (A. Morocho 2008, entrevista).

El mal viento –el mal aire– son energías del cuerpo que a veces se decaen. Entonces, la medicina tradicional, con esto de las limpiezas, nos ayuda a liberarnos de todo eso. Por ejemplo, la limpia del mal viento sirve para las molestias estomacales, dolores de cabeza, el estrés, el cansancio... Pues, sabemos que es efectivo y bueno ir donde un curandero. Con lo poco que se sabe, se ha curado más en la casa. Ya sea uno de nosotros, ya sea mi mamá o mis hermanos, somos los que utilizamos... Se cura con agüitas dependiendo de lo que sea... Mal aire, mal viento se limpia con la ortiga y con la chilca (Vinueza 2009, entrevista).

Cuando le pega por la cara, por los brazos o por las piernas, ya se va sintiendo el dolor que le ha pegado... Eso dicen que es mal aire (Díaz 2008, entrevista).

Hay que curar el mal aire en caso del dolor del estómago, en caso de diarreas, en caso del espanto de los niños y cuando, a veces, alguien está con dolor del cuerpo (Jarrín 2009, entrevista).

Las personas de Pedro Moncayo también mencionaron al espanto o susto como una enfermedad (ver recuadro 6) que, como indica Estrella (1977, 111), es considerada como la pérdida “del espíritu por una emoción fuerte, ‘susto’, o por la ruptura de un tabú”. O, como plantea Velasco (2010, 11), recogiendo las expresiones de campesinos, promotores de salud y médicos ancestrales “que en sus propios términos describieron su saber” así:

- Un algo sorprendente que sobresalta a la persona, como un sonido fuerte, un derrumbe, reñirse o discusión con otra persona. Quedar en oscuridad total en un mal lugar a una mala hora.
- Puede dar a cualquier edad, pero los casos más notorios pueden darse en niños.
- Encontrarse en el camino de un mal espíritu a la hora que este va pasando.
- Es el secuestro del alma, sale el *Ánimo*, sale el *Ajayu*<sup>33</sup> por espíritus malignos. [...]
- Cuando se duerme junto a lugares malignos que pueden ser rocas, árboles o lugares desconocidos, donde la gente casi no llega (220; énfasis del autor, viñetas propias).

### Recuadro 6 Espanto, susto

El espanto es un choque energético, un choque nervioso donde que se cae y se asusta (Arias 2009, entrevista).

El espanto a veces se produce por el desequilibrio de energías en la gente... Por ejemplo, un cólico estomacal fuerte.

Por ejemplo, en la comida mismo hay alimentos fríos y hay alimentos calientes. En el mundo andino está clasificado de esta manera.

Entonces, usted hace una mala combinación: un alimento frío y un caliente, eso le da un cólico.

Enfermedades que igual son energéticas: nosotros somos seres energéticos que estamos propensos a una mala energía. Si, de pronto, pasamos por un sitio donde hay una mala energía y nuestra energía está

baja, ¡pac!, nos abraza esa mala energía. Ninguna pastilla le va a curar eso, a menos que sea

una persona que canalice su energía. Aquí le dicen espanto en los niños... y en las personas mayores también (H. Morocho 2009, entrevista).



Mapa 11. Porcentajes de personas que declararon conocer sobre el espanto, por parroquias (FCE 2009). Elaboración propia.

Pueden ser una comadrona o un yachak los que curan los espantos. Yo creo en los espantos porque es algo evidente: con una limpia ya se sanan (Valencia 2009, entrevista).

Para curar el espanto, les ponían las hojitas haciendo cruz en los lugares: en el pechito, en la espalda, cruzando los dedos y diciendo: “Shungo, shungo...”. Ahí se mejoraban (G. F. 5 2010).

<sup>33</sup> “El *ajayu* es comprendido en el mundo andino como la fuerza que contiene a los sentimientos y la razón, también es entendido como el centro de un ser que siente y piensa; es la energía cósmica que genera y otorga el movimiento de la vida” (Conde Villarreal 2020, párr. 1).



Mi hijo, el de 5 años, empezó a bajar de peso. Estaba con el pediatra, con el tratamiento, y nada. Y mi suegra le ve y dice: “El chiquito está con espanto”. Ese rato mi suegra fue, cogió huevos, cogió unas hierbas moradas que ha tenido ahí en el jardín, le cogió, le desvistió a mi hijo y le hizo no sé qué... Dijo que tres días le iba a hacer... Yo, a ratos confiaba y a ratos desconfiaba... pero sí resultó (Cuamacás 2009, entrevista).

Un niño, cuando esta espantado, tiene los ojitos hacia adentro, no come, cuando está durmiendo salta así asustado, y tiene bastante sed. Con el mal aire se siente malestar en todo el cuerpo. Eso sí, si lleva donde el médico, le da una inyección o una pastilla que más le hace daño. En cambio, en la casa se da agüitas frescas y pasa (Doña Petrona 2008, entrevista).

Tiene espanto porque el niño comienza a tener mucha sed y comienza a palidecerse y todo eso... Y los médicos dicen: “No tiene fiebre”, le hacen el examen de sangre, y todo está bien... Es algo que ellos no pueden diagnosticar. Ya le digo, es asintomático, pero, en cambio, el curandero sabe. Y, bueno, ahí aplica su ritual, sus remedios naturales, todo eso... Y, a veces, con unas dos sesiones de una limpia o curada del espanto se va la enfermedad (Z. Espinosa 2009, entrevista).



La gente de las comunidades también se refirió a la brujería como algo que afecta a las personas (ver recuadro 7). A decir de Estrella (1977, 140-1), la brujería es generada por la intervención de un brujo –en forma directa o simbólica– por pedido de una persona con envidia o rencor que desea provocar una enfermedad grave –que puede conducir a la muerte–. El autor continúa: “El tratamiento consiste en provocar un contrahechizo mediante acciones mágicas y terapéuticas [...] que ‘limpian’ y ‘devuelven’ el espíritu” (140). En cuanto al diagnóstico, Estrella plantea que: “se hace dando importancia a los antecedentes del paciente, a la interpretación de los sueños, a la relación de sus síntomas actuales, a esto se añade un procedimiento ritual [...] basado en la limpieza del cuerpo

(con tabaco, [licor,] vela, huevo, cuy [y] hierbas)”, en el que la subjetividad de este es primordial (145).

### Recuadro 7 Brujería

Antes había brujería, pero era muy diferente. Antes los curanderos eran más fuertes a esas cosas, ellos curaban la brujería porque eso sí había. Más antes, la brujería hacían por los terrenos: veían que tenía algo, y le brujearon... Antes, la gente, más sincera, le decía de frente lo que le quería hacer... Hoy en día no lo dicen...

Para curar la brujería, primero veo de qué color están las auras porque, cuando una persona cierra los ojos, se ve las auras de la persona...

Si está bien, le digo que está bien.

Si está fuerte, a veces, le digo que no me quiero hacer cargo

–hay personas que pueden fallecer–, es que son choques... es como un campo

de guerra: usted tiene su energía positiva, se junta con

una persona de energía negativa, ¿cómo se sentiría?...

porque cuando una persona está en eso, se da cuenta muy rápido...

Cuando está sentado de frente, yo comienzo ya a

tener un malestar, comienzo a sentir como sueño, cansancio

y trato, mejor, de despacharlo rápido. Yo me protejo con la

energía de uno mismo antes de topar a la persona... de ahí comienzo. Yo estoy curando

energéticamente, las plantas medicinales les doy para

brebajes (Cacuango 2008, entrevista).



Mapa 12. Porcentajes de personas que declararon conocer sobre brujería, por parroquias (FCE 2009). Elaboración propia.

Las enfermedades son difíciles cuando, realmente, es brujería. A un joven le llevaron a la clínica con problemas de dolores que no aguantaba en todo su cuerpo, no específicamente en un solo lado... Le hicieron radiografías y exámenes, y no tenía nada. En el momento que le inyectaron perdió la voz, y los familiares se asustaron y me llamaron. Ese joven estaba bien destrozado, estaba sin habla, sin poder mover piernas y brazos, estaba en un estado crítico, estaba poseído por un espíritu malo... Con mi conocimiento de veinte años que llevo curando, algo pude hacer... Me demoré unas tres horas aproximadamente, pero ya regresó su voz, no a su normalidad todavía, pero ya regresó...

El tratamiento es eliminar toda esa energía negativa. Hay que volver sus órganos a que regresen a su normalidad... dependiendo qué órganos: dándole aguas a beber...

Emplastos, si hay alguna infección... Baños. Dependiendo todo como estese afectado físicamente (Arias 2009, entrevista).

El curandero es la persona que cura sanamente, honestamente... El brujo es el que hace maldad... aparentemente que cura, pero esa persona, para mi concepto, no tiene el corazón sano. El curandero sí, porque dice la verdad (Pila 2008, entrevista).

También los participantes en la investigación de campo incluyeron al *cuychi* –arcoiris– como otro elemento de la naturaleza que es importante en la vida de los seres humanos (ver recuadro 8). De acuerdo a Velasco (2010, 57), el arcoiris “es un signo de alegría, pues sale después de la tormenta y avisa que el mal tiempo terminó. Las madres tienen muy presente al arcoiris, y se lo enseñan a sus niños, eso sí, sin señalarlo con el dedo, pues se tiene la creencia que ‘el dedo se pudre’”. Mientras que, para Rodríguez (2010, 45), el arcoiris blanco –*cuychi* o *yuruj cuychi*– es también considerado como un elemento que puede desencadenar enfermedades. Estrella agrega (1977, 152) que: “[u]n trastorno que aparece como consecuencia de la acción del arcoiris[,] [...] [e]n el caso de atacar a mujeres jóvenes[, es el] [...] nacimiento de niños muertos o con malformaciones”.

#### Recuadro 8 **Cuychi (arcoiris)**

Los mayores, más antes, tenían la costumbre de hablar que le ha comido el cuychi...  
(G. F. 1 2010).



Foto: Vargas (2020).

El mal blanco es una enfermedad que puede ser en el agua o, más, en el agua en sitios empozados, o en sitios sucios que nosotros llamamos... Sabe haber un brillito en el agua, eso nosotros llamamos el cuychi, que también es el mal blanco; entonces el mal blanco es una enfermedad que

le golpea por un arcoiris, pero es blanco... El arcoiris de colores bota, así, unos granitos... le comienza a perforar en cualquier sitio, comienza como a podrirse... ese es el arcoiris de colores (Cacuango 2008, entrevista).

A mí sí me ha pasado, sí me ha cogido porque yo andaba solo por las quebradas con los chivos pastando... Ahí habían unas cochas grandes resbalosas y yo no me daba cuenta que eran pesadas esas cosas... Y yo, cuando llegué a tener una guagua, sufrí mucho...

Quando me sentí embarazada, la barriga era como una llaga... hasta los vestidos me estorbaban... Y había sido, francamente, el cuychi. Cuando nació la guagüita, la cabecita era todo hecho una sola llaga, solo habían unos puestitos con pelitos... de ahí, de la nuquita que se dice, de atrás, hasta donde se dice la columna, el espinacito,

francamente, era como callambas blancas [hongos] la espaldita de mi guambrita...  
Nació y a media horita se acabó... (G. F. 1 2010).

Es un desequilibrio de la energía,  
y ese desequilibrio puede llevarle  
a la muerte...

Yo así le entiendo ahora que uno  
también va un poco conociendo...

Los españoles nos metieron  
en la cabeza que eso era brujería...

Mientras que para nuestros  
antepasados era un desequilibrio  
de energía

(H. Morocho 2009, entrevista).



Foto: Quinteros (2018).

Nota: En este recuadro no se incluye un mapa porque la información se obtuvo en entrevistas y grupos focales.

### 3.4. Conocimientos sobre alimentos saludables y plantas medicinales

Durante la investigación también se pudo recoger información sobre percepciones y conocimientos relacionados con alimentación y plantas medicinales utilizados en el cantón Pedro Moncayo (ver recuadro 9). Cabe señalar que muchas de las plantas identificadas fueron mencionadas ya por los Cronistas de Indias en sus escritos y su uso se ha mantenido vigente hasta la actualidad. Las personas que participaron en las entrevistas, la cartografía social y la encuesta comunitaria –de manera especial, las mujeres–, tienen conocimiento de plantas medicinales con las que se curan y curan a los demás. Desde limpias con ortiga a infusiones de manzanilla, orégano y varias otras plantas que siembran junto a la casa o intercambian con los vecinos.

#### Recuadro 9

#### La alimentación en las comunidades del cantón Pedro Moncayo

Nosotros somos lo que comemos, y actualmente nos alimentamos mal... si tuviéramos una alimentación correcta y sana no tendríamos tantas enfermedades (Jarrín 2009, entrevista).



En la ciudad, la alimentación  
no es saludable como es aquí  
en el campo, que es distinta...  
La alimentación de aquí es más  
buena que la de la ciudad.  
La de allá es puro químico:  
el tomate, la lechuga salen con  
el sabor a los químicos.  
Eso ya no es bueno  
(G. F. 1 2010).



No estamos alimentándonos adecuadamente, con nuestros alimentos, con lo que se cultiva aquí en el campo... Ahora nos hemos dado a consumir la comida chatarra que está basada solamente en una basura que nosotros le estamos metiendo a nuestro organismo. No estamos alimentándonos como debería ser. En las épocas de nuestros abuelitos, por ejemplo, la comida era más natural y por eso es que la gente era resistente a las enfermedades, pero ahora nuestro organismo cada vez está menos resistente, estamos más delicados, nuestro organismo no tiene defensas... A nosotros nuestros papás nos daban, en el desayuno, la máchica con agua de panela o, sino, el agua de panela con tortilla hecha en tiesto.

Eso era nuestro desayuno preferido.



Una papa con cáscara y tostado era un almuerzo. Igualmente, la merienda era una sopa de cualquiera de los granos, pero ya centrado en los granos de nosotros, natural... Hace poco tiempo, que uno fue a trabajar en Quito, ya siguió costumbre de consumir lo más rápido: el aceite, por ejemplo... En la época de nosotros no consumíamos el aceite ni el arroz, nuestro desayuno era netamente el agüita de panela con máchica... Nosotros no conocíamos el azúcar, igual el pan no conocíamos porque nos daban las tortillas de tiesto. Nuestras mamás nos hacían las tortillas de maíz con huevo y con leche en tiesto (D. Cabascango 2009, cartografía social).



Decían que, para dar a luz, cuando ya se está acercando el día que va a nacer la criatura, le den el agüita de flor de alfalfa... Antes, había casas de paja, entonces, decían que saque de las cuatro esquinas –poquito, poquito– un poco de paja, y que haga humear para una estar ya preparada para los próximos dolores

y se caliente la vagina. Hacían abrir las piernas y calentar con la paja... Así me hizo la finada señora Consuelo. Luego ya di a luz y ella le cogió al guagua, le cortó el ombligo, todo... y ya una se quedaba desocupada... Pero, si quedaba la sangre de la barriga de una a lo que nacía el guagua, así me aplastaba, así, con un chorro de agua, y decía: “No te desmandarás, cuidaraste...”. Y, de ahí, pelaban un cuycito y me daban caldo de cuy (G. F. 2 2010).

Para la salud se utilizan plantas medicinales como: borraja, llantén, manzanilla, allpaquinua, ortiga, escancel y caballo chupa. También para curar las enfermedades, como los espantos y el mal aire, utilizan las gallinas, los cuyes y los huevos (Chorlango 2009, cartografía social).

Con las diferentes técnicas de investigación realizadas (grupos focales, cartografía social, encuestas y entrevistas) para esta tesis, la población identificó 185 plantas y frutos medicinales que son utilizados en todo el cantón. Estas plantas tienen una presencia generalizada en las huertas familiares y se emplean con regularidad en la vida cotidiana de la población de Pedro Moncayo. En el mapa 13 se incluyen las plantas medicinales más comunes en cada una de las cinco parroquias. Mientras que en la tabla 9 se recopila la información sobre plantas y frutos medicinales que se ocupan en todo el cantón.



Mapa 13. Plantas y frutos medicinales en Pedro Moncayo (FCE 2009; cartografía social 2008, 2009). Elaboración propia.

Tabla 9  
Plantas y frutos medicinales utilizados en Pedro Moncayo

Acacia	Cerote	Hemorragia de sangre	Menta	Raíz de cebada
Achicoria	Chamana	Hierba amarga	Miltan	Raíz de cebolla
Achira	Chancapiedra	Hierba del dedo	Mishqui	Remolacha
Aguacate	Chigchigua	Hierba lobera	Morocho	Ripachocho
Aguacate negro	Chilca/marucha	Hierba mora	Mortiño	Romero
Ajenjo	Chilca blanca	Hierba perro	Mostaza	Sábila
Ají	Chimbul	Hierbabuena	Muérdago	Salvia real
Ajo	Chinchín	Hierbaluisa	Musgo	Sambo
Albahaca	Chuiragua	Hoja de aguacate	Nabo	Sangre de drago
Alfalfa	Chuzo	Hoja de higo	Naranja	Santa María
Algarrobo	Ciprés	Hoja de taxo	Nigua	Sauco
Aliso	Clavel	Hoja de uvilla	Nogal	Sauco negro
Alpachocho	Coco	Hoja de sambo	Ñachag	Soroyuyo
Allpaquina	Cola de caballo	Huagracallo	Orégano	Sinchigua
Amapola	Comino	Huevos	Ortiga	Sunfo
Ambo	Congona			

Anís	Crespo	Ibilán	Ortiga amarillenta	Taraxaco/ diente de león
Apio	Cuchipapa	Izo	Ortiga negra	
Arrayán	Culantrillo	Jícama	Pacunga	Té negro
Ashnayuyo	Culantro	Laurel	Paico	Tilo
Ataco	Curapango	Lengua de vaca	Papa	Tipo
Atopucha	Eneldo	Limón	Pata de gallina	Tipo blanco
Berro	Escancel	Linaza	Pelo de choclo	Tomate de árbol
Boldo	Escobilla	Llantén	Penco	Toronjil
Borojó	Eucalipto tierno	Máchica	Penco verde	Trigo
Borraja	Flor de alfalfa	Madreselva	Pepa de chirimoya	Trinitaria
Bromelia	Flor de ceniza	Majagua	Pepa de limón	Uña de gato
Caballo chupa	Flor de María	Malva	Pepas de papaya	Uyanguilla
Cacao	Flor de pitahaya	Malva blanca	Pepas de zapallo	Uvilla
Café	Fréjol	Malva violeta	Perejil	Valeriana
Canela	Geranio	Mandarina	Perejil chino	Verbena
Capulí	Girilla	Manzanilla	Pino	Verdolaga
Cebada	Granadilla	Marco	Piña	Yanachaqui
Cebada de perro	Guallua	Mashua	Piquiyuyo	Yuyo
Cebolla blanca	Guanto	Matico	Pito	Zanahoria blanca
Cebolla paitaña	Guarango	Maygua	Quinua	Zapallo
Cedrón	Haba	Melloco	Rábano	Zaragoza

Fuente: FCE (2009).  
Elaboración propia.

En la tabla 10 se presentan los remedios más utilizados en el territorio.

Tabla 10  
**Remedios más utilizados en Pedro Moncayo**

Aceite de almendras	Cebolla y ajo	Limón y tela de huevo	Raíz de cebada con anís
Agua con limón	Cebolla y comino	Limón y agua mineral	Raíz de cebolla
Agua de purgas	Cebolla y mandarina	Malva y matico	Raíz de cebolla chica
Ajo molido con leche	Chilca y cebada	Manteca de asno	Rodajas de papa
Albahaca y bicarbonato	Clara de huevo	Manteca de cacao	Savlón
Bicarbonato	Cuchipapa y llantén	Manteca de chanco	Sulfá
Caca de cuy	Culantro y cebolla	Miel de abeja con limón	Trago
Caldo de cuy	Flores de nabo y melloco	Musgo y alcohol	Trago alcanforado
Capulí y limón	Gotas de limón	Orina	Trago quemado
Cáscara de huevo	Horchata de morocho	Orina del chanco	Trago y limón
Cáscara de naranja	Lana de borrego	Picadura de abeja	Vinagre
Cáscara de papa	Leche con ajo	Polen	Vinagre con alcanfor
Cebada y manzanilla	Limón con sal y alcohol	Propóleo	

Fuente: FCE (2009).  
Elaboración propia.

En la tabla 11 se incluyen las enfermedades que son tratadas tanto con la medicina occidental como con la medicina ancestral.

Tabla 11

**Enfermedades y tratamientos ancestrales y occidentales usados en Pedro Moncayo**

<b>Enfermedad</b>	<b>Tratamiento Ancestral</b>	<b>Tratamiento Occidental</b>
Cólicos menstruales	Hoja de higo Manzanilla Orégano Ruda	Femen Pastillas
Dolor de barriga	Manzanilla Orégano Cebolla Menta Raíz de la cebolla	Buscapina Pastillas
Dolor de cabeza	Manzanilla Orégano Ortiga Quinua Verbena	Aspirina Apronax Comtrex Finalín Pastillas
Dolores musculares	Manzanilla Ortiga	Apronax Linimento Mentol Pastillas Pomadas Voltarén
Fiebre	Limón Paños de agua fría Rodajas de papa Verbena	Pastillas Tempra
Gripe	Eucalipto Limón Limonada caliente Naranjas Manzanilla Tilo	Comtrex Lemonflu Pastillas
Hemorragia	Aguas aromáticas Geranio Limón Sábila	Inyecciones Pastillas Tratamiento médico
Heridas	Cáscara de huevo Llantén Manzanilla Matico Sangre de drago Hierba mora	Agua oxigenada Alcohol Curitas Pastillas
Infecciones urinarias	Manzanilla Linaza Llantén Orégano	Pastillas
Neumonía	Agua de tilo y borraja Ajo Miel de abeja Tilo	Antibióticos Jarabes Pastillas

\* Algunas de las plantas que aquí se mencionan fueron traídas al Abya Yala por los colonizadores, sin embargo, los médicos ancestrales las incorporaron en sus prácticas curativas por las cualidades que estas poseen.

Fuente: FCE (2009). Elaboración propia.

Los participantes en la investigación también identificaron algunas enfermedades de la medicina occidental que se presentan en la tabla 12.

Tabla 12  
**Principales enfermedades en Pedro Moncayo**

Alergia	Dolor de pies	Heridas	Pasionados
Anemia	Dolores musculares	Hígado	Posparto
Artritis	Embarazo	Holanda	Páncreas
Circulación de sangre	Espanto	Infecciones urinarias	Paperas
Cogido el cuychi	Estrés	Intoxicación	Preparto
Colerín	Fiebre	Iras	Resfrío
Cólicos menstruales	Flema	Lisiado de huesos	Reumatismo
Diarrea	Gastritis	Lombrices	Riñones
Dolor de cabeza	Golpes	Mal aire/mal viento	Sarampión
Dolor de corazón	Granos	Mala memoria	Sed
Dolor de estómago	Gripe	Malas energías	Tos
Dolor de garganta	Guaguas llorones	Nervios	Varicela
Dolor de huesos	Habla de niños	Neumonía	Várices
Dolor de muela	Hemorragia	Ovarios	Viruela
Dolor de ojos	Hepatitis	Parto	

Fuente: FCE (2009).  
Elaboración propia.

Las reuniones de los grupos focales se convirtieron en un valioso espacio para que los abuelos compartieran sus conocimientos sobre medicina ancestral y los transmitieran a las personas de las nuevas generaciones (ver recuadro 10). A la vez, posibilitaron obtener información sobre las plantas medicinales que crecen en el cantón y su utilización.

### Recuadro 10 Lo que contaron los abuelos



Antes se curaba solo con hierbas. Había unas personas hierbateras. Se usaba la ortiga, el llantén, el toronjil, el orégano... la agüita de manzanilla para el estómago. La ortiga para ortigarse y también es para el castigo... La achicoria, el llantén... Si hay un averiado, se coge la purga, se pone esa lagrimita... ¡qué lindo remedio!, es buenísima, es un gran remedio. El piquiyuyo se le hacía con morocho y tostado, eso se hacía con agua y se tomaba. Para bañarse, agua de uyanguilla y sauco. El sambo tierno nos quitaba la fiebre. El pelo de choclo se hace hervir en agüita y se toma con limón, eso para todo es bueno... Para la gripe usamos el limón con la miel de abeja y el tilo, la hoja del tilo hay que hacerle hervir 5 minutos y ponerle miel de abeja y, con una buena taza de esa agua, acabada la gripe ¡y sanados! También para la gripe usamos la linaza y la flor de la malva. Para la inflamación, la hierba mora le puede aplacar cuando se

esté yendo a reventar el tumor que decimos nosotros. A la hierba mora se le muele un tanto y se le escurre en un cedazo, pero no con mucha agua, solo para que pueda disolverse, le pone donde esta hinchado y ¡acabada la hinchazón! Es buenísima la hierba mora (G. F. 3 2010).

Aquí, como plantas medicinales, utilizábamos: la verbena, el escancel, la verdolaga... Se utilizaban el saúco y la hierba mora para fiebres, para algo que nos daba de calor. Para el frío, en cambio, se utilizaban hierbas con las que se hacían aguas, por ejemplo, el orégano, el anís... Para la tos utilizábamos la hoja y la flor de capulí, la flor de izo, la borraja, el ajo con leche, así, entre otros que a veces ya se olvida, entonces, eso es lo que se utilizaba antes. El llantén para el riñón y el caballo chupa para



el hígado... utilizábamos también los berros. La manzanilla utilizaban como para el dolor de estómago, cólico o algo similar. La linaza usaban con la malva para sacar el resfrío... Cuando sudábamos puro frío, daba la gripe, entonces, se le hacía de cocinar el eucalipto y se evaporaba. A base de ese vapor se sudaba e iba quitando el resfrío que uno tenía en los pulmones y la fiebre que daba. A mí me quemaba el corazón y con el toronjil y las hojitas de ortiga con tres veces que me tomé, me quitó. Cuando me duele algo, me hago la agüita de llantén de malva, de linaza... A mí, cuando me sabe doler la cabeza, me amarro [en la cabeza] hojitas de ortiga, de eucalipto... eso me ha curado. La agüita de linaza con la hojita de ortiga me hice cuatro veces y eso me rebajó lo que estaba así, hinchada, la barriga (G. F. 4 2010).

Cuando está pasado el frío, las piernas hay que fregar con ortiga las piernas porque la ortiga quita el frío... Con la ortiga nos hemos fregado donde duele, así: en la mano, en el estómago, en la espalda... por donde sea... ¡es un gran remedio! A pesar de que nos vamos donde el médico, nos curamos con el remedio de las hierbitas de campo mismo... El mejor remedio para los huesos, para todo, es el jugo de penco negro. Cuando me duele la barriga me tomo el agua del ajo y ¡adiós al dolor!... hasta la diarrea me quita... por eso me gusta usar el ajo. Pasarse el aguacate criollo negro chiquito por los huesos, en pleno solazo para que se derrita, eso sí le pasa le alivia, le quita el dolor. Agüitas con las hierbitas les ponía en el estomaguito: la hojita del zambo, la hojita de manzanilla, todo eso, cuando tenía infección... Con hojitas de uvilla junto con manteca se le ponía en el estomaguito y se mejoraban. La fiebre les curaba con vinagre con alcanfor, con eso les bañaba, les ponía en la cabecita y, así, yo de joven hacía de curar. Para las irritaciones y dolores usábamos la miel de abeja... La hierba mora, para las cosas hinchadas, para eso bueno, es desinflamatoria (G. F. 5 2010).



La flor de tilo es buena para la tos, para la gripe. A veces nos da gripe con tos, entonces, para suspender esa gripe, las flores de tilo. Las flores de borraja, las flores de sauco, las flores de pacunga, hasta las flores de rosas son remedio. Para los cólicos es el eneldo. La trinitaria es buena hasta para la disentería. Para la gripe nos íbamos breve a buscar las verbenas. La linaza y la quinua de castilla no dan sobrepardo con orégano, toronjil, hierbabuena. Para las bilis, el orégano, el caballo chupa... El taraxaco, para el hígado. La agüita de manzanilla, para el dolor de la barriga, también es un remedio eficaz para los cólicos (G. F. 6 2010).

Una vez que se han visibilizado las percepciones y conocimientos de la población de Pedro Moncayo sobre medicina y médicos ancestrales, uso de plantas medicinales y tratamientos, al igual que sobre la utilización de la medicina occidental en el territorio, es preciso presentar, a continuación, las percepciones de la gente sobre el uso de las dos medicinas.

### 3.5. Percepciones sobre utilización de las dos medicinas

En general, las distintas personas de las comunidades participantes en las entrevistas, grupos focales y talleres de cartografía social reconocen la presencia de la medicina ancestral en su vida cotidiana y consideran que sería mejor si se combinaran las

dos medicinas. En el recuadro 11 se recogen algunas de las percepciones de los miembros del CCSPM entrevistados en cuanto a la combinación de medicina occidental y medicina ancestral.

**Recuadro 11**  
**Utilización de las dos medicinas según los miembros del CCSPM**

Sí es posible combinar la medicina tradicional con la medicina occidental. Cuando nuestros hijos tienen vómito y diarrea, yo no acudo de una al doctor, yo le hago aquí el agüita de orégano con sal y limón, y eso le pasa... A veces, cuando está con algún dolor, una agüita de manzanilla le doy, eso le pasa al rato... A veces, alguien está con dolor del cuerpo y curarle el mal aire no nos quita nada... y le pasa el dolor (Jarrín 2009, entrevista).



En el Ministerio de Salud se está ofreciendo las dos medicinas para que muchos campesinos acudan al hospital porque, a veces, por la desconfianza que tienen con el médico, no lo hacen, sino que acuden a la persona que ellos conocen... puede ser una comadrona, un curandero o los que curan los espantos.

Yo sí creo en los espantos porque es algo evidente: con una limpia, ya se sanan, por eso yo sí creo. Por ejemplo, las comadronas han hecho un buen papel para la atención del parto... Antes de que exista el centro de salud, quien atendía era una partera, una comadrona... Ellos [los médicos ancestrales] saben con exactitud lo que están haciendo... pero, también, se deben combinar las dos medicinas para no dejar de lado ninguna (Valencia 2009, entrevista).

Yo creo que sí es posible combinar la medicina ancestral con la medicina occidental. Nosotros, verídicamente, en los partos, cuando ya les vemos que están cerca les decimos: “Tómese esta agüita, pero vaya al centro de salud que allá le van a atender”... Los niños cuando nos vienen con unas diarreas terribles y ya se les ha dado todo: “sabe que parece que está espantado, siempre es bueno, límpiele o haga que le limpien”, y si nos ha dado resultado... La verdad es que sí (Almeida 2009, entrevista).

En la vida diaria tranquilamente se combina la medicina tradicional con la medicina occidental mucho más razón porque la atención en salud lo que busca es llegar a un bienestar de la persona, un equilibrio en su salud... entonces, las dos buscan lo mismo, con diferentes procedimientos diferentes procesos pero, al final, el objetivo es el mismo (Vallejo 2009, entrevista).

Claro que sí es posible combinar la medicina tradicional con la medicina occidental: eso va de la mano, eso siempre ha ido de la mano. Yo no sé por qué ahora se habla de este tema... Aquí, al menos, hay gente que conoce, y de ellos aprendemos... Dicen: “Con la agüita de menta...”, por decirle, “Con la agüita de manzanilla tomo la pastilla, con esa agüita me hace bien...”. Les digo: “Claro, le va hacer muy bien...”. Ellos tienen eso... (Pullas 2009, entrevista).

Yo creo que es necesario combinar las dos medicinas porque mucha gente pide eso (Lincango 2009, entrevista).

Básicamente, sí es posible combinar la medicina tradicional con la medicina occidental, por la experiencia que hemos tenido aquí en el hospital de Cayambe, sí. Porque las parteras trabajan con las embarazadas en donde ellas quieren dar a luz... Son parteras capacitadas que básicamente ven hasta dónde pueden llegar, y ellas saben cuándo se va a complicar. Cuando es así, ellas les bajan acá al hospital y tienen un lugar donde cocinan las plantitas y todo para que les den en el momento de parto que ellas saben y atiendan el parto... Nosotros solo estamos pendientes en caso se le complique la labor de parto (Coyago 2009, entrevista).



Yo creo que sí es posible combinar la medicina tradicional con la medicina occidental. Siempre se ha venido trabajando en eso... El mismo hecho que aquí en el sector hay gente indígena que, primero va al yachak, al curandero... por ejemplo, cuando está el niño con vómito o diarrea, primero, le llevan para allá, y después va donde el médico. A veces los médicos del área 13 sí les dice a las compañeras de las comunidades: “Sabe que su guagua no es de medicación, sino que vaya hacerle curar del espanto –o del mal

aire... entonces, van para allá... Entonces, sí hay aceptación de eso... Incluso yo mismo hago eso, por ejemplo, le veo a mi hijo que está enfermo, le llevo al pediatra, le da medicación y si, al quinto día de medicación, de tratamiento con antibiótico, no veo que mejora, ahí le llevo al curandero... Pero empiezo por el médico [occidental]. En las comunidades, a veces, empiezan, primero, por el curandero, el yachak, y, después, van donde el médico [occidental] (Cuamacás 2009, entrevista).

Por supuesto que es posible combinar la medicina tradicional con la medicina occidental. Muchos extractos que hoy se venden como comprimidos, como pastillas, son sacados de nuestras hierbas... Es también fundamental tener conocimiento que uno no puede abusar de una hierba, por ejemplo, hacer infusiones y estar tomando esas aguas, puede causar daño si su uso es excesivo (H. Morocho 2009, entrevista).

Sí creo que es posible combinar las dos medicinas. Las personas son escépticas, en cambio, para mí, que vengo de participar, de trabajar con elementos que hagan bien a mi cuerpo, que no me perjudiquen a otros órganos –porque eso es lo que pasa con la medicina occidental: te ataca solamente el dolor superficialmente– me parece que la tradicional hace una cuestión preventiva, es como más sana, entonces, me parece que, combinada con la cuestión nutricional, sí sería una buena combinación que en los estamentos públicos se den estas alternativas y estas oportunidad a la gente de optar (Aldaz 2009, entrevista).

Obviamente, es posible combinar la medicina tradicional con la medicina occidental, de hecho que tiene que combinarse, más que todo, tiene que empezar a respetarse porque hay muchos médicos que dicen bueno no comparto pero si es así pues háganlo, entonces, es importante que vayan compaginándose las dos medicinas, en el caso de tratamientos (Cuascota 2009, entrevista).

Yo pienso que, combinar las dos medicinas, es la manera más adecuada... por ejemplo, que las curaciones de un médico ancestral se complementen con una terapia de la medicina occidental... No es que la una le contrapona a la otra, sino que, más bien, se ayudan mutuamente porque las dos pretenden conseguir el equilibrio y la armonía de la persona (Z. Espinosa 2009, entrevista).

Claro, ¿por qué no se supone que estamos avanzando?... ya sería lógico que eso se diera aquí y seríamos los pioneros y sería importante si se hiciera eso (Moreno 2009, entrevista).

En el recuadro 12 se exponen los testimonios más relevantes recogidos en las conversaciones realizadas con los adultos mayores en los grupos focales sobre la forma en que se curan y se curaban antes.

#### Recuadro 12 Con qué se curan los abuelos

Todavía usamos hierbitas, y cuando ya no nos llega con las hierbas, ahí sí, por ejemplo, para la gripe nos tomamos un Apranax con una agüita de flor de izo o de tilo, si ya no nos llega mismo, a pesar de que sí nos mejora... Cuando estamos con la tos, el agua de tilo y flores de izo en leche, que ahora se ha perdido, eso se tomaba al acostarse... De repente, el ajo con la leche... A todas esas cosas nos acostumbramos aquí en el campo. Nos hemos acostumbrado a usar, así, las hierbitas del campo mismo: una agua fresca, que dicen, para el riñón, para el hígado que dicen...



Nosotros nos acostumbramos a las agüitas frescas: la linaza, el pelo de choclo, llantén, todas esas cosas, la malva alta grande... todas esas agüitas nos hemos acostumbrado... hasta ahora mismo... De repente, la agüita del melloco también sabe ser una gran cosa...

Cuando es grave mismo, vamos al doctor, y más ahora, que nos exigen que nos vayamos donde el doctor para presentar en algo algún certificado, tenemos que irnos... pero, a veces, nos hacen bien los medicamentos y, a veces, no. Por ejemplo, las pastillas casi muy poco nos hacen bien... (G. F. 1 2010).



A veces, sí nos alivian las plantitas, a veces, los médicos... sino que, a veces, algunas personas que les resulta algo de operación, eso sí ya no se sana...

Por ejemplo, mi marido ya no se ha sanado ni con aguas ni con ninguna cosa, eso sí, ya tuvo que irse a operación... Tiene dos operaciones (G. F. 1 2010).

Ahorita, lo que nos persigue de repente usamos pastillas... Por ejemplo, mi muspita\* estaba el otro día con una temperatura que dije: ¿¡y ahora qué hago!? ¿Qué hice yo? Le metí en el agua unos trapitos viejitos y le puse en la barriguita y en la frente. Y como estaba mi nuera, me dijo que compre unas pastillas, a tiempo que era de irse a Tabacundo, de esas solo dos tomó... así le alivié... Ahorita lo que de repente nos persigue es la gripe... de ahí, dando gracias a diosito, no pasamos por una enfermedad grave (G. F. 2 2010).



\* Proviene de la voz kichwa *muspag* = bobalicón, pobre de espíritu; por ende, se llama así a la persona con deficiencia mental debida al cretinismo endémico producido por la falta de yodo en la zona.



Cuando uno ya se toma, con una o dos pastillas ya se siente bien, pero, cuando uno toma y toma y no le hace nada, entonces, uno ya se deja de tomar, se cambia a otra, se va vuelta donde el doctor (G. F. 4 2010).

De manera semejante, la mayor parte de actores sociales entrevistados considera que los saberes tradicionales son válidos, pues son parte de la naturaleza, y porque se los practicaba desde hace mucho tiempo. Recordaron el taller sobre salud intercultural orientado al personal de los servicios de salud de Cayambe y Pedro Moncayo – desarrollado por el Concejo Cantonal de Salud dentro del Mes de la Salud en el año 2007–

como de extrema importancia porque fue el primer encuentro que se realizó sobre salud intercultural en los dos cantones. Se consideró que deberían hacerse nuevos talleres de capacitación dirigidos al personal de los servicios de salud e incluir este tema en la formación de los médicos en las universidades. Manifestaron que, cuando existía el Concejo Cantonal de Salud, se discutía mucho sobre temas de interculturalidad. Indicaron, sin embargo, que, por conflictos políticos del gobierno municipal, en marzo 2008, se removió del cargo al alcalde, que a la vez era presidente del CCSPM, con lo que el espacio de coordinación terminó por desaparecer. Cabe señalar aquí que el CCSPM fue un importante espacio de participación ciudadana, concertación sectorial y articulación interinstitucional e intercultural.

Los funcionarios entrevistados del MSP que forman parte del personal de los centros y subcentros de salud expresan que lo primero que hacen es automedicarse basándose en sus conocimientos, y que, dependiendo de la gravedad de la enfermedad, acuden al médico y toman medicación. Algunos de ellos creen en la medicina ancestral, y mencionan haber utilizado limpias, plantas medicinales y tratamientos ancestrales en sus familias, pero esta apreciación se encuentra presente solo parcialmente entre el personal de salud.

La presencia de la medicina ancestral es altamente reconocida por la población de Pedro Moncayo. Los diversos grupos entrevistados reconocen su presencia en la zona y que esta ha sanado a mucha gente; de manera especial esto fue mencionado por los empleados municipales que provienen de diversas comunidades locales. En las entrevistas a los miembros del CCSPM se manifiesta que los conocimientos de la medicina ancestral, lamentablemente, se pierden con la muerte de los médicos ancestrales, a menos que estos hayan logrado transmitir su sabiduría a sus descendientes, pues este tipo de conocimientos no es integrado dentro del sistema educativo, por ejemplo, en las escuelas.

Muchos de los funcionarios de los servicios de salud se abstuvieron de responder a la pregunta sobre la utilización de las dos medicinas. Aquellos que lo hicieron, reconocen el gran conocimiento de los médicos ancestrales sobre el uso de plantas medicinales, por su efectividad y por la gran confianza que les tiene la gente. Y consideraron que es necesario diferenciarlos a aquellos de los charlatanes. Pero otros todavía tienen desconocimiento y desconfianza sobre la medicina ancestral y no le asignan importancia cultural o científica. Consideran que las plantas son más lentas para actuar que los medicamentos occidentales.

Algunas funcionarias mencionaron que llevan ocasionalmente a sus hijos para que les limpie el médico ancestral:

Como soy licenciada en enfermería, primero, sinceramente, voy al médico en el sector que yo trabajo. Pero, si mi hijo está enfermo, y como estamos en contacto con compañeros de la comunidad, me dicen: “Vaya a hacerle ver, debe estar con mal aire”, y digo cierto ha de ser... también porque mi suegra cree bastante en el mal aire, el mal de ojo, el espanto (Cuamacás 2009, entrevista).

Las personas participantes en el estudio refieren que utilizan las dos medicinas comenzando por la medicina ancestral. Refieren que, en un primer momento, se curan en casa y toman agüitas, y, dependiendo de la enfermedad, después buscan a la medicina occidental. En el recuadro 13 se presentan los testimonios sobre qué es lo primero que hacen los miembros del CCSPM y los funcionarios del personal del Área de Salud N.º 13 cuando se enferman

### Recuadro 13 Qué hacen los miembros del CCSPM cuando se enferman

	<p>Lo que hago es acudir, si es que no es muy grave, a cierto conocimiento de la medicina ancestral, y si es que veo que es un poco más grave voy a la medicina occidental (J. Jaramillo 2009, entrevista).</p>
<p>Me curo buscando un remedio natural, primero, para ver si es que con eso nomás me pasa. Pero, cuando ya no me pasa, yo acudo siempre a las terapias alternativas, casi no voy donde el médico occidental (Z. Espinosa 2009, entrevista).</p>	<p>Depende del caso para acudir al médico o ir al yachak (Inlago 2009, entrevista).</p>
<p>Depende de la enfermedad... para un cólico, un dolor de cabeza, yo sí tengo todavía mis plantas, por decir la agüita de manzanilla, la agüita de hierbaluisa... Cuando es algo más complicado voy al médico (Pullas 2014, entrevista).</p>	

Lo que uno hace es, inmediatamente, ir al remedio tradicional. Cuando yo estoy con gripe, depende cómo esté, si es por resfriado, me aplico cosas calientes, como es la hoja de eucalipto, la hoja de higo, la hoja del aliso –que es muy caliente– con mentol, como emplastos para dormir. Y, al día siguiente, uno amanece ya sano... Pero ya cuando es una gripe viral está la borraja, el tipo, el izo hecho con ajo hervido en leche, se lo toma y nos quita la tos, nos quita la carraspera.



La garganta, por ejemplo, miel con limón en dos partes iguales: en un medio vaso de miel póngale medio vaso de jugo de limón, y eso mezclado se lo toma, y ¡se acabó! Entonces, son cuestiones así que uno se va aprendiendo y, ya prácticamente, yo son tres años que no he probado una inyección (H. Morocho 2009, entrevista).



Dependiendo de qué sea, de dónde me duela o lo que sienta, lo primero que hago es hacer una agüita de hierbas... Si es que con eso no me pasa, entonces, ahí sí acudo a un centro de salud o al hospital (Vinueza 2009, entrevista).

Cuando yo estoy enfermo lo primero que hago es curarme con las medicinas que hay en mi casa. Después, si no me puedo curar mismo, me voy donde el médico... Como estoy al momento con mi garganta...

es preferible curarme con lo de la casa mismo. Por ejemplo, me cojo un limón, le mezclo con sal y los bato, lo hago hervir, lo tomo en la noche... Y, al otro día, como que me voy recuperando (Cuascota 2009, entrevista).



Generalmente yo primero el agüita de hierbas, agüita de viejas, primero echamos mano con la medicina casera,



para ver qué mismo pasa, igual si les duele el

estómago a mis hijos, primero el agüita de manzanilla, sino el agua de orégano, o si está la garganta inflamada, agua de manzanilla con limón, así primero echamos mano de la medicina casera (Almeida 2009, entrevista).

En el recuadro 14 se reúnen las respuestas a la misma pregunta realizada a los jóvenes representantes de las parroquias entrevistados en las que también se reconoce a la medicina ancestral como primer recurso.

### Recuadro 14

#### Qué hacen los jóvenes cuando se enferman



Depende de la enfermedad para ir al doctor o al médico ancestral (A. Morocho 2014, entrevista).



Primero voy donde el médico, y si las pastillas o las tabletas que me dieron no me sirven, me tomo agüita de manzanilla a ver si me calma... a mí sí me ha funcionado (J. D. Sánchez 2014, entrevista).



Lo primero que hago es acudir donde mi mamá. Es una persona que sabe mucho de la medicina ancestral tradicional. Me cura el espanto, el mal aire... Ella sabe cómo curarme (Perugachi 2014, entrevista).

Voy al médico y si no hay curación me dan agüitas (Maila 2014 entrevista).

Lo primero, aviso a mis padres... Depende, si es un dolor de cabeza, un dolor de estómago, una tos, una gripe, ellos mismo me dan el eucalipto, el limón... y, si es más complicado, como la fiebre, o, si no nos pasa con la medicina natural, ahí si nos llevan donde el médico [occidental] (De la Cruz 2014, entrevista).

Yo tengo entendido que un dolor de barriga se puede curar con agüita de manzanilla o una agüita de raíz de cebolla (Moreno 2014, entrevista).



### **3.6. Territorio: espacio mágico vivido en donde se tejen los conocimientos y prácticas de salud ancestrales**

En esta investigación se considera el “lugar” como Escobar (2000, 113) lo plantea: como un territorio, un espacio vivido conectado con la vida diaria que genera sentimientos de pertenencia, en el que las personas se reconocen y sus conocimientos son el producto de procesos históricos que están conectados con el mundo mediante relaciones de poder (2005, 177).

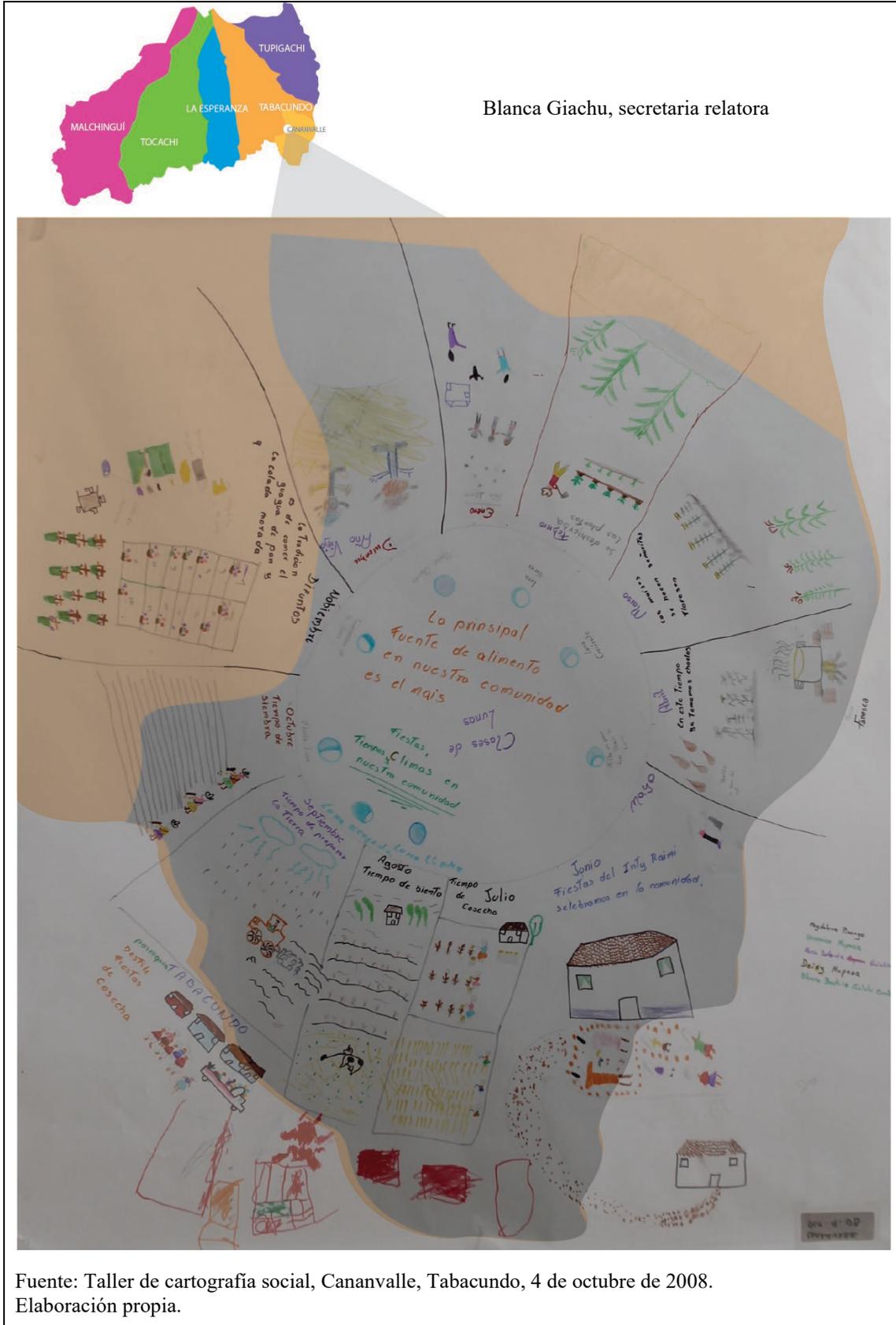
La cartografía social permitió que se obtenga información sobre las prácticas de salud y medicina ancestrales en el “lugar”, en el territorio de Pedro Moncayo, de forma participativa, y que las personas de la comunidad compartan sus conocimientos relacionándolos con su realidad territorial. Con el fin de recabar la información, se elaboró una guía (ver anexo 13) para la realización de talleres y grupos de discusión que tenían como centro de motivación el dibujo de mapas de los respectivos lugares en los que habitaban los participantes, quienes tuvieron la posibilidad de departir, dibujar y visualizar en forma gráfica e integral los conocimientos y prácticas de salud ancestrales.

Como se ha indicado, la invitación para participar en los talleres se realizó por medio de los presidentes de las juntas parroquiales y de las lideresas y líderes comunitarios de Malchinguí, Cochasquí, Cananvalle, Tupigachi y Cubinche. De acuerdo al número de participantes, se los dividió en grupos que elaboraron diferentes mapas temáticos –que se presentan en los recuadros del 15 al 24–. Las edades de los participantes fluctuaban entre 12 y 56 años. Luego de la realización del mapa, el grupo eligió a uno de los participantes para que narrara la información dibujada en el mismo.

Fue una oportunidad de transmisión intergeneracional de conocimientos: los abuelos y abuelas contaron sus experiencias, saberes y anécdotas a sus hijas, hijos, nietas y nietos. Con la narración, reactualizaron, reconstruyeron y valoraron su memoria individual y colectiva (Castro Jaramillo 2016, 31) posibilitando la recuperación del conocimiento de forma gráfica, lo que se refleja en la riqueza de los mapas dibujados conjuntamente y a mano alzada.

En los mapas se puede observar la relación del ser humano con la naturaleza y la comunidad. Se evidencia que las diferentes prácticas y conocimientos sobre la medicina ancestral responden a la realidad de su territorio y reflejan la visión del mundo andino. Se manifiesta la concepción de la salud como algo integral que se entrelaza en el territorio en su totalidad, como un hermoso tapiz en donde se plasman con mágicos colores las relaciones entre la gente que lo habita, las plantas, los animales y la naturaleza, sobre el cual el ser humano teje la trama de su vida (Carvajal 2004, 327).

### Recuadro 15 Mapa Calendario de nuestra comunidad de Cananvalle Fiestas, tiempo y clima



Fuente: Taller de cartografía social, Cananvalle, Tabacundo, 4 de octubre de 2008.  
Elaboración propia.

### Explicación del mapa Calendario de nuestra comunidad de Cananvalle realizada por los participantes

En marzo estoy dibujando cuando ya está yendo a producir la mata...

Y en abril ya hay los choclos.

Acá está el San Pedro que se celebra en la comunidad, en junio.



Julio es el tiempo de cosecha.

En septiembre comienza a llover, es tiempo de arada...

Dicen que nunca llueve cuando es luna llena, dicen que llueve en luna tierna y cuando está creciendo.

Octubre es tiempo de siembra: aquí están las palondras y los guachitos, el maíz, los cutzunes.\*

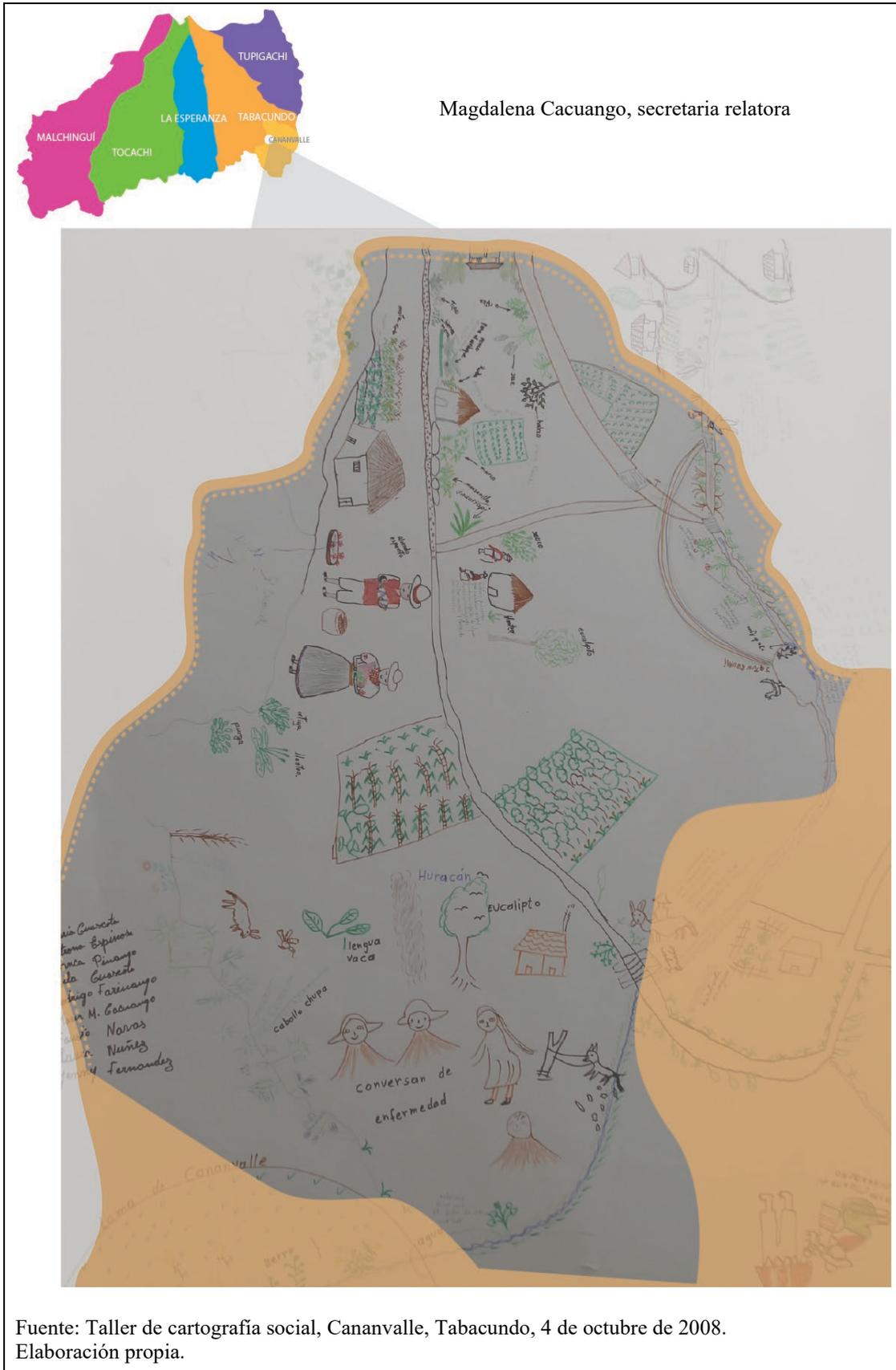
\* Cutzunes son los recipientes en los que se cargan las semillas al momento de siembra.



En noviembre es el día de los difuntos. El 2 de noviembre se celebra así: cada uno sale al cementerio a rezar y lleva comida... papas, colada morada, pan de trigo... se hacen caballitos de pan...

En diciembre es viejos.

Recuadro 16  
**Mapa Plantas medicinales en Cananvalle**  
Sembríos, enfermedades ancestrales y curanderos

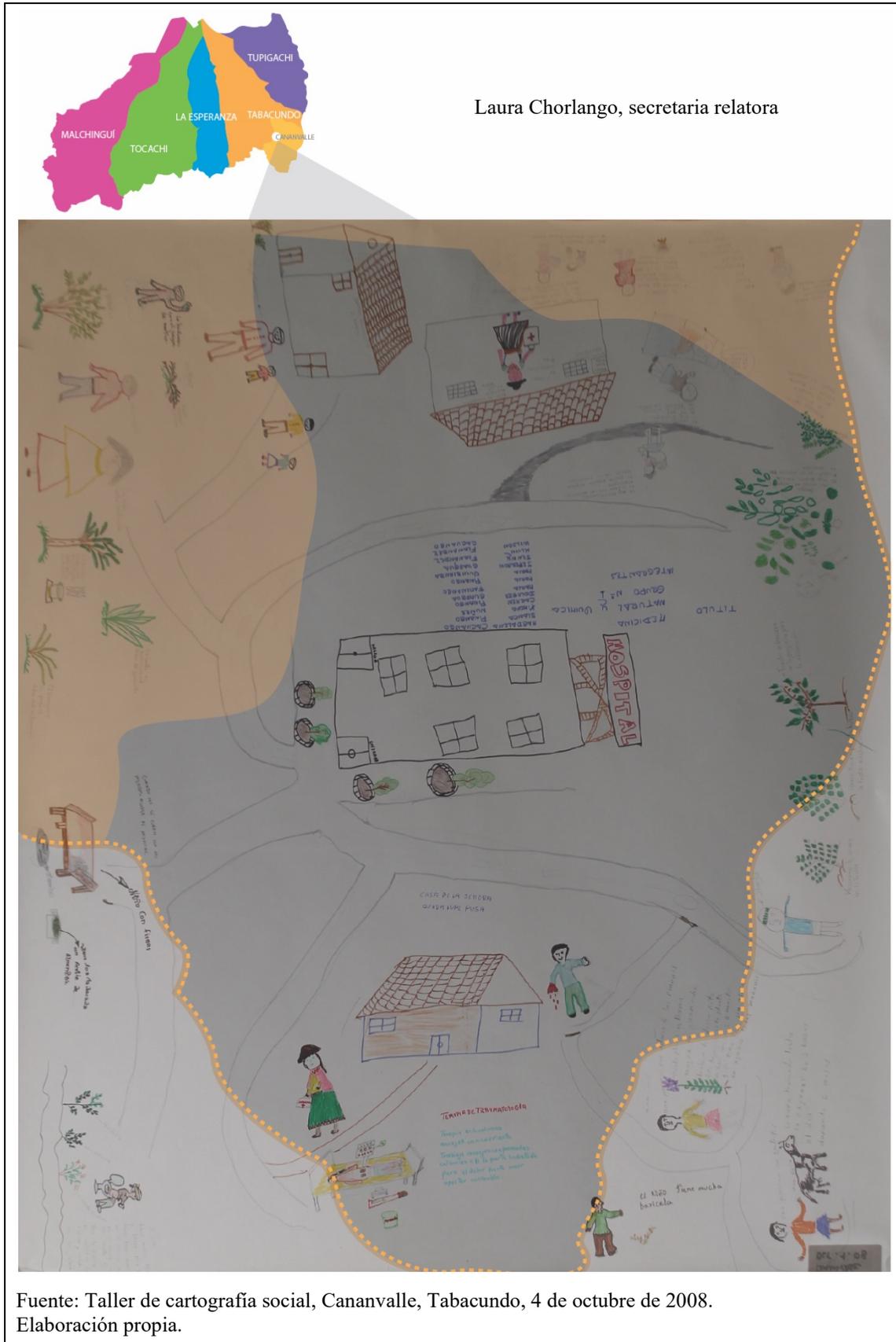


**Listado de plantas medicinales para el mapa  
Plantas medicinales en Cananvalle  
realizado por los participantes**



Planta	Enfermedades
Achira	Con clara de huevo para fiebre
Aliso	Saca el frío; cura los huesos de lisiados, torceduras, desgarres y calambres
Anís de campo	Dolor de estómago
Ashnayuyo	Dar a luz
Caballo chupa	Hígado; labios secos
Chilca blanca	Torceduras; resfriados
Congona	Dolor de cabeza
Diente de león	Riñones
Flor de María	Espanto
Flor de tilo	Tos
Huagracayo	Fiebre; alivia los golpes
Huevo	Limpia el mal aire
Ibilán	Holanda: las pepas se frotan en los dientes y las encías de los guaguas
Izo	Tos
Eneldo	Cólicos; dolor de barriga
Lana de borrego	Alivia el dolor de los oídos
Lengua de vaca	Baja la fiebre
Llantén	Lavar heridas; dolor de muela; riñones
Manzanilla	Lavar heridas; dolor del estómago
Menta	Agua aromática para el estómago
Marco	Limpia el mal aire
Ortiga	Limpieza del mal aire; resfrío; cabello; alergias
Ortiga negra	Resfriados; reumatismo; golpes; ayuda a circular la sangre
Paico	Resfriados; inteligencia; lombrices
Perejil chino	Para las iras
Quinua	Circular la sangre; colerín; se frota en la cabeza para punzadas; agüitas frescas para bajar la fiebre
Rábano	Fiebre
Ruda	Limpiar el mal viento; arrojar el embarazo
Sábila	Antiséptico para heridas
Sambo	Fiebre; con aceite de almendras para el estómago
Saúco negro	Para bañar cuando están con granos
Trinitaria	Alzar el espanto; hacer agüita para guaguas pasionados
Uvilla	Calentando en la candela para guagüitos que no pueden pronunciar las palabras
Verbena	Fiebre
Hierba mora	Lavar los golpes; para golpes

Recuadro 17  
**Mapa Medicina natural y química en Cananvalle**  
Plantas medicinales, enfermedades, curanderos y medicina occidental



Fuente: Taller de cartografía social, Cananvalle, Tabacundo, 4 de octubre de 2008.  
Elaboración propia.

### Explicación del mapa Medicina natural y química en Cananvalle realizada por los participantes



Ahora las enfermedades que están abundando son la apéndice, las úlceras, las hernias...

En la actualidad lo que más buscamos es la alternativa a operarse y, realmente, a ir al médico...

Aparece una persona que tiene gastritis, que se cura con leche fría en ayunas.



Una persona con anemia por falta de nutrición o porque botan sangre por la nariz y la boca, y se cura con inyecciones para que vuelva a tener apetito para comer... Aquí en el campo nos dicen que tomemos alfalfa, remolacha con jugo de naranja, que se coma hígado de pollo, berro para recuperarse.



Yo tuve un guagua enfermo del riñón que tuvo que seguir un tratamiento largo. En los hospitales no le atinaron, ni tampoco en la clínica de Ibarra. En el hospital Baca Ortiz le internaron por quince días. Le hacían exámenes de sangre, de orina, y así fue recuperándose poco a poco. El médico le recomendó consumir líquidos en cantidades. Le di agua de llantén, linaza, diente de león y se recuperó.



A otro guagua que estuvo en el hospital por quince días con oxígeno, que no comía nada –se parecía a un vegetal–, le entregaron para que se acabe en la casa... Entonces, le llevaron al centro naturista y le dijeron que estaba espantado, que eso le estaba consumiendo. El yachak le alzó el espanto haciendo una encomienda a la Virgen y a Dios con flores, con colonia... Le cogió en sus brazos y le llamaba que regrese, que le necesita y que vuelva al cuerpo... Entonces, el niño se recuperó... Le recomendó a la mamá que le bautizara, y desde allí no se ha enfermado.



### Explicación del mapa Paraíso de Cubinche realizada por los participantes



Le pusimos “Paraíso de Cubinche” porque queremos encontrarle como un paraíso en la naturaleza, en la unión con las personas, tanto niños como adultos y jóvenes que nos ayuden a formar un paraíso.

Los exteriores de Cubinche son representados por árboles... y significan esperanza.



Cubinche no es en una población, por eso le pusimos las casas así esparcidas.

El clima es cálido y templado. La parte cálida es la de más abajo, que es la de la playa. Y, arriba, en el municipio, es la parte templada.

Pusimos los animales: una manada de lobos, los chivos, los conejos...

También le pusimos cómo siembran los aguacates, las guabas.

Están las fuentes de recursos hídricos, las vertientes de agua que están en las partes posteriores de Cubinche tanto en Tomalón como la que colinda con Picalquí.

Cubinche es lindo, llegándolo a conocer hay muchas maravillas.





### Explicación del mapa Buena nutrición consumiendo alimentos sanos en Cubinche realizada por los participantes



Aquí están: el maíz, el fréjol, la arveja, el morocho, las papas, los chochos, la cebolla, los sambos, los zapallos, la zanahoria, el trigo, la quinua. Aquí están los pencos, los limones y los productos sanos como la lechuga, el rábano, la col, el fréjol, la cebada, el pepinillo, la quinua, las habitas y el dulce de penco. También están los productos que se compran en la tienda: el arroz, el azúcar, la panela, el tallarín, el canguil, la lenteja, la avena, la carne, el pollo, la sal, la manteca, la harina, el ajo, la savora y el ajinomoto...

Aquí está la forma de cultivo: primero se prepara el suelo, luego se le pone abono orgánico... y que haya agua... Luego se siembra... Y luego cosechamos.

Lo que nos perjudica en la salud son las plantaciones florícolas por los químicos que utilizan para cultivar... También el trabajo de la construcción –que hacen muchas personas–, por el desgaste físico (A. Sánchez 2008, cartografía social).

Los trabajos que realizamos nos perjudican en la salud. Las plantaciones florícolas nos perjudican por los químicos que utilizan para hacerle cultivar.

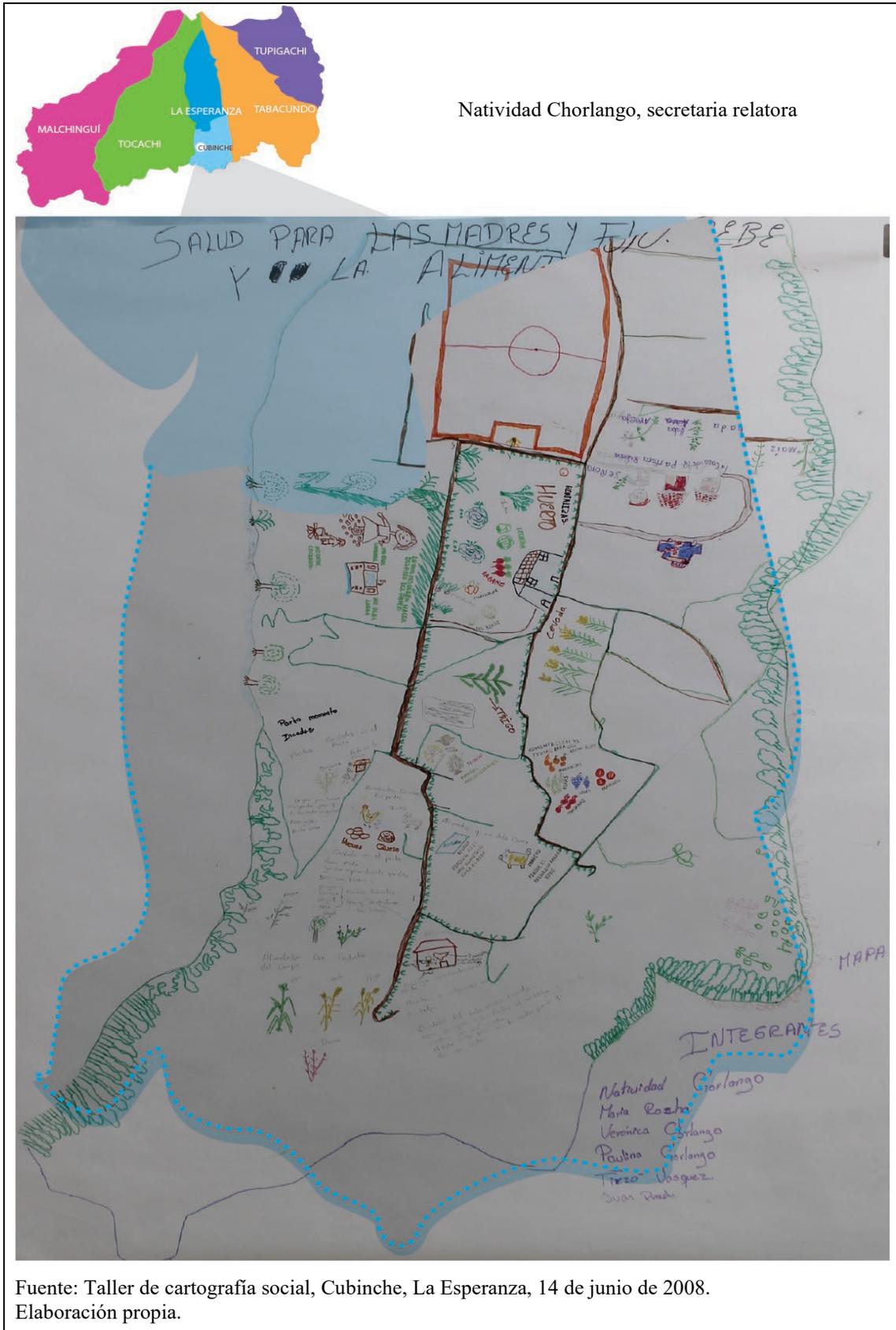
Los productos dañinos que pueden perjudicar en la vida son todas las carnes rojas, el cuero del pollo, la carne de cerdo, los enlatados, las salchichas.



Las comidas especiales que se preparan en las fiestas son el mote, la colada de maíz, la carne de chivo, hornado, pollos, papas, cuyes asados y la chicha de jora de maíz con panela.

Las fiestas de las cosechas se festejan con los carros alegóricos cubiertos de productos naturales como el trigo, la cebada, el maíz y hasta el penco. Y en las comparsas, igual bailan con los productos mismo.

Recuadro 20  
Mapa Salud y alimentación para la madre y el guagua de Cubinche  
Parteras, alimentos y cuidados



Fuente: Taller de cartografía social, Cubinche, La Esperanza, 14 de junio de 2008.  
Elaboración propia.

### Explicación del mapa Salud y alimentación para la madre y el guagua de Cubinche realizada por los participantes



La salud es todo lo que se hacía antiguamente, lo que se trataba a las madres al momento de dar a luz y las aguas que se les daba. En este caso, todo era con las plantas naturales y la alimentación, igualmente.

La señora Olga Guachamín nos comentaba que había dado a luz en la casa de ella, que su parto había sido hincado. Al momento de dar a luz le habían dado agua de orégano que ayuda a calentar el organismo y va sacando fríos y hasta los resfríos. También se le daba lo que es el ashnayuyo y la hierbaluisa que, igual, está para calentar y sacar los fríos. También, cuando ya dan a luz, se les da baños con agua de izo, agua de nogal, agua de arrayán y agua de romero.

Para la mamá y el guagua están las hortalizas de todo: zanahorias, coles, remolachas, rábanos, cebada, trigo. Deben comer manzanas, peras, uvas, hongos y naranjas.

Entre las plantas medicinales: la manzanilla, la hierba luisa y el cedrón.

También los alimentos que no deben comer son los fideos, porque no es tan nutritivo para el bebé. También la carne de cerdo porque es peligroso para el bebé.

Antiguamente, como se daba a luz más en la casa, la placenta se la enterraba en la tupa, en la ceniza, lo mismo los ombligos... decían que si come el perro es malo.



Antes se hacía una dieta de 40 días.

Había un reposo que la madre se tomaba cuando daba a luz a su guagua.

Lo que le han sabido dar en ese caso son las sopas, la carne de chivo, de gallina, huevos y queso.

Lo que no debe hacer una señora que está dada a luz es caminar y tampoco debe lavar.

La alimentación: con granos, harinas, quinua.

Recuadro 21  
**Mapa Rescatando la medicina natural en Cubinche**  
 Lugares pesados, animales silvestres y sembríos



Fuente: Taller de cartografía social, Cubinche, La Esperanza, 14 de junio de 2008.  
 Elaboración propia.

### Explicación del mapa Rescatando la medicina natural en Cubinche realizada por los participantes



Para curar las enfermedades, en los espantos, utilizan las gallinas, los cuyes, los huevos para el mal aire.

También le pusimos los puntos o lugares que son pesados: las partes de atrás que colindan con Tomalón, al igual que los pogyos,\* las pachas, unos socavones.

\* Palabra castellanizada de la voz kichwa *pugyu* que significa fuente, surtidor, pozo de agua.



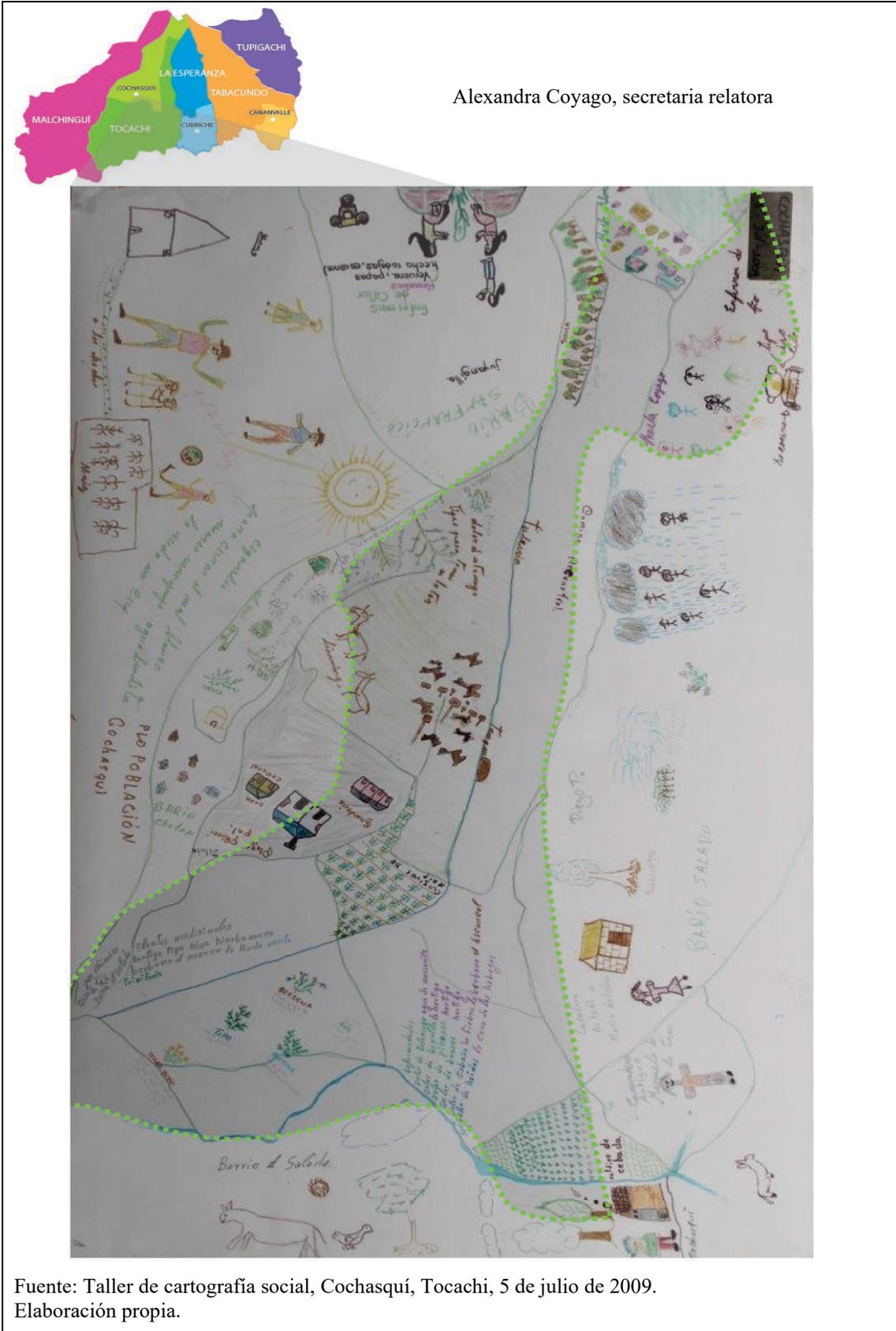
La atención del parto es otra práctica que principalmente se realiza en la casa, utilizando plantas medicinales calientes.

Para un paciente con fiebre hervimos hierba mora machacada con aceite de almendras para frotarle en la frente y en las partes calientes.

El sambo es bueno para el dolor de barriga, y, si tiene diarrea, se cura con valeriana, linaza y cebada.



Recuadro 22  
**Mapa Enfermedades ancestrales en Cochasquí**  
 Plantas medicinales, enfermedades calientes y frías, y curanderos



Fuente: Taller de cartografía social, Cochasquí, Tocachi, 5 de julio de 2009.  
 Elaboración propia.

### Explicación del mapa Enfermedades ancestrales en Cochasquí realizada por los participantes



El cuy sirve para quitar el espanto y para limpiar el mal aire. Cuando está maduro, de unos quince días, de unas tres semanas que esté pegado, ya está bien avanzado, o cuando la persona, asimismo, está bastante enferma, el cuy muere, pero le quita a la persona la enfermedad... Se mejora limpiando con el cuy. Después del cuy se necesita un huevo, después del huevo se necesita el soroyuyo, la chilca, el marco y la ruda.

Las dos curaciones, la del mal aire y del espanto, se hacen soplando agua bendita o una copa de trago. Los días precisos para las curaciones son los martes y los viernes. Se realizan tres curaciones en un día: a las seis de la mañana, a las doce del día y a las seis de la tarde.



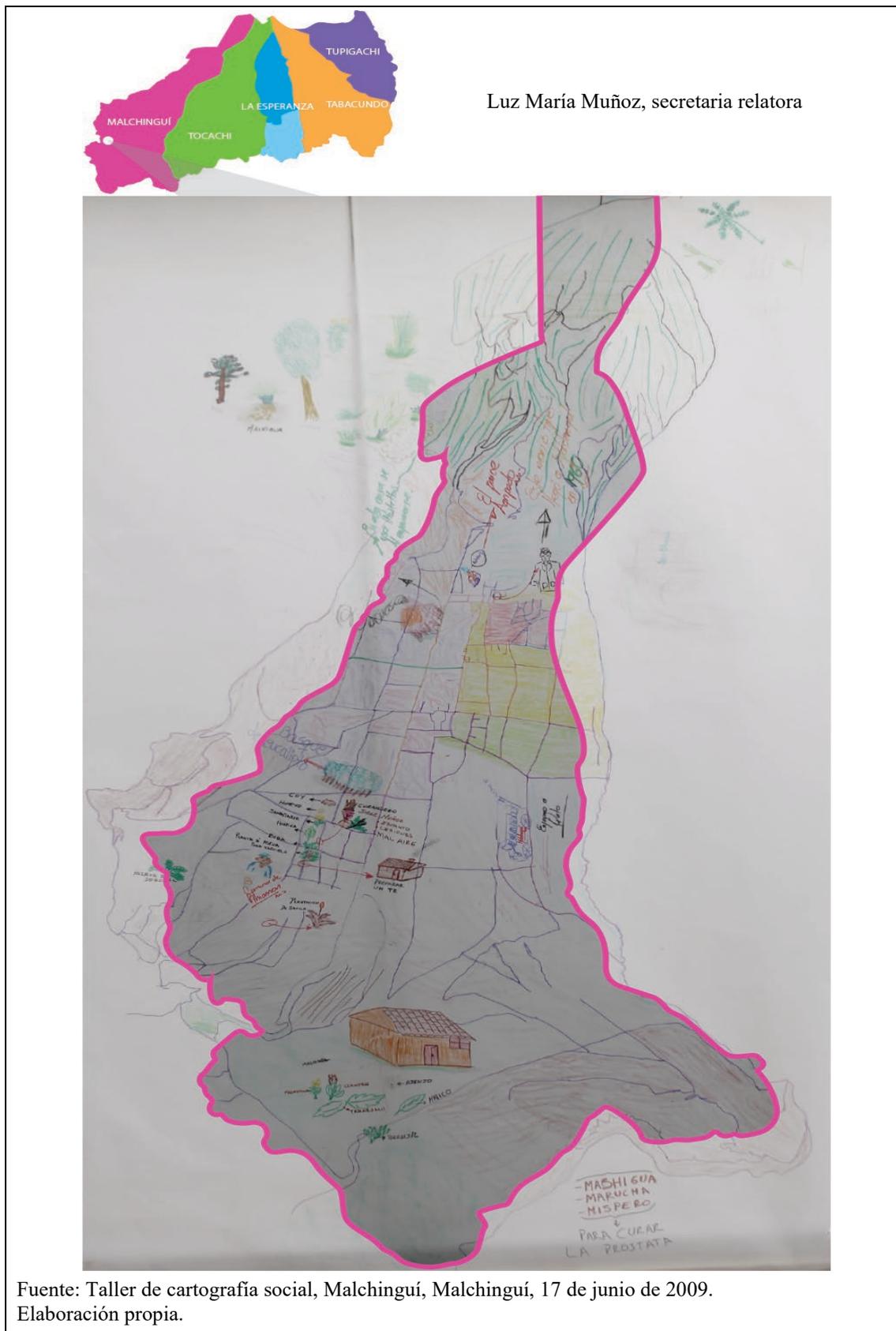
La montaña está arriba y de allí es de donde sale el agua. Aquí están las matas de mortiño, las bromelias, la ortiga, la ruda, la verbena, la chamana, el crespo y el otro árbol grande con las hojas como pata de gallina, el marco, la ruda, la menta, la trinitaria, la mora.

*Verbena, verbenita, que tu amante soy.*



Aquí está el bosque nativo que tiene de todo. Está el orégano... Ahora dibújate acá el aliso... Falta la purga, la hierba buena... Aquí es la quebrada para adentro. Aquí dibujemos la iglesia –la capilla dizque era, más que como quiera, con una cruz para arriba-. Y aquí está de ponerle a la casa principal... Yo no sé leer ni escribir por eso no sé ni dibujar...

Recuadro 23  
**Mapa Medicina natural en Malchinguí**  
 Curanderos y plantas medicinales



**Listado de plantas medicinales para el mapa Medicina natural en Malchinguí  
realizado por los participantes**



Tabla 13

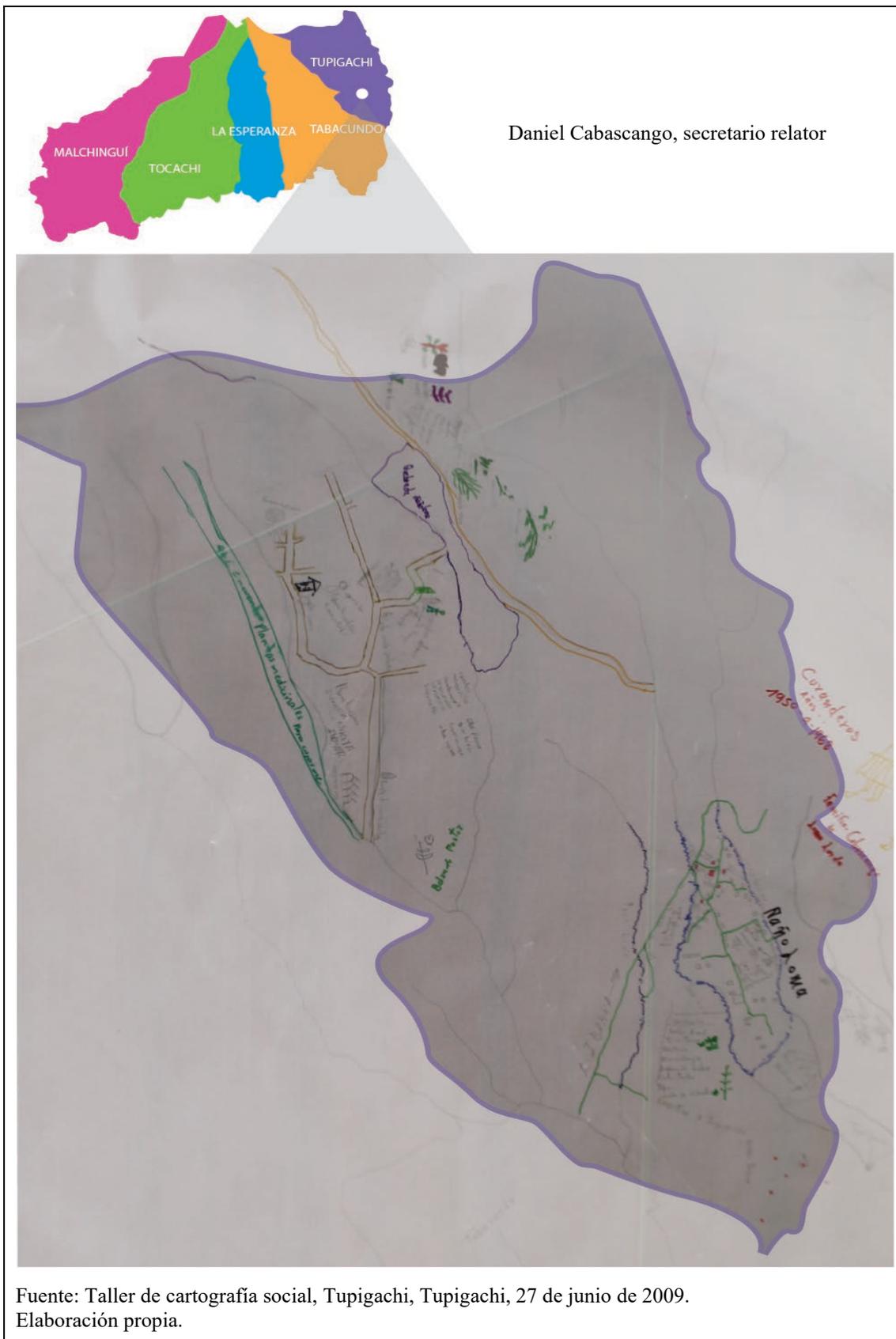
**Plantas medicinales y enfermedades en Malchinguí**

Plantas	Enfermedades
Ajo y anís	Callos
Algarrobo	Tos con flema
Amapola	Vías urinarias; dolor de muela
Ambo	Ojos
Ataco	Tisana con 11 hierbas más para desinflamar todo el cuerpo
Borraja	Tos (haciendo con leche)
Caballo chupa	Riñones
Caldo de cuy	Dar a luz rápido
Cebada de perro	Desinflamatorio de ovarios
Cedrón	Dolor de estómago
Cerote	Dolor de muelas
Chilca	Dolor de pies
Eneldo	Estómago; gases
Escancel	Riñones; fiebre
Escancel y toronjil	Corazón
Flor de la manzanilla con agua sal	Garganta
Guanto	Piernas con artritis
Hierba del dedo	Aguas para señoras que dan a luz
Hierbaluisa	Corazón
Hierba mora	Desinfectar
Hoja de aguacate	Fiebre
Izo	Tos
Limón	Garganta; jugos para fiebre; cicatriza heridas
Llantén y manzanilla	Dolor de los dientes; desintoxicar hígado y páncreas; en agua para paperas, y las hojas con aceite y manteca de cacao o manteca vegetal como emplasto
Matico	Agua para dolor del estómago; baños para dolor de piernas; curar heridas
Menta	Dolor de estómago
Miltan	Dolor de huesos
Ñáchag	Hepatitis
Nigua	Varicela; viruela; sarampión
Orégano	Dolor de barriga; colerín (cuando tienen iras)

Ortiga	Estrés; reumatismo; intoxicación por mariscos; picadura de abejas: paños de agua fría
Ortiga amarillenta	Nervios; reumatismo
Ortiga negra	Nervios
Paico	Lombrices
Pepa de chirimoya	Apura los dolores de parto
Ruda	Cólicos menstruales; malas energías
Sábila	Fiebre; gastritis (licuado con linaza molida, una cucharita de miel); garganta; antiinflamatorio para los riñones; para el cabello (con una clara de huevo); amigdalitis (licuada con miel de abeja)
Taraxaco	Hígado; riñones
Tilo	Tos
Tipo y eucalipto	Hojas calientes para lisiados; vaporaciones para la fiebre; infusiones para los pulmones y para descongestionar
Tomate de árbol	Fiebre
Uyanguilla	Fiebre; dolor de garganta
Valeriana	Corazón



Recuadro 24  
**Plantas medicinales en Tupigachi**  
Nombres



Fuente: Taller de cartografía social, Tupigachi, Tupigachi, 27 de junio de 2009.  
Elaboración propia.

### Explicación del mapa Plantas medicinales en Tupigachi realizada por los participantes



Mi nombre es Daniel Cabascango. Soy conocido por Casa Campesina en Tabacundo, en Centro de Salud en Tupigachi, en todo lado soy conocido. De ascendencia soy de Otavalo, pero por motivos de tierras tuve que venir. En Loma Gorda todas las familias eran curanderas y mis abuelitos eran más. Mi hija no aprende mucho, inclusive es bachiller.

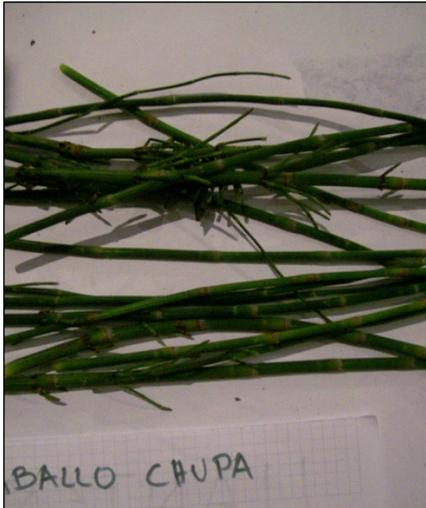
Los curanderos más reconocidos de la comunidad eran mis abuelitos. En Ñaño Loma los curanderos de antepasados que existimos somos la familia Cabascango: mi abuelita, mi papi y yo.

En las quebradas se da el matico y la valeriana –el matico es así, con las hojitas anchas, más o menos como la menta–, la borraja, la menta, la hierba mora, el muérdago –que es bueno para muchas cosas–, el caballo chupa... También uyanguilla, congona, hierbabuena, manzanilla, santa María, verbena... También hay rábano, nabo, uvilla, todo eso es remedio... Aquí están la zanahoria, la lechuga, la col morada...

La ña de gato es de la Costa, pero también hay en Chaupiloma... La ña de gato, justamente, hay acá desde Ishigto hasta las tolas de Tupigachi. La ña de gato es así como raíces, pero tiene espinitos como ña de gato. Pero, en el mercado, cuando venden, venden un medio parecido, pero no es... A mí, justo me encomendaron, me hicieron conocer propiamente, como yo trabajaba en la hacienda Granobles, ahí en la quebrada hay, había en cantidad, casi como planta de rosa... ese había sido el propio. También la salvia real es como flechas, es igual para todo, es una plantita con hojas como flechas, es para pasar fríos. El tipo es para la tos. El matico es para sarna. Hasta la chilca es remedio... Hay una plantita parecida, no me acuerdo, pero es hembra y macho... La cola de caballo, también. Curapango también es remedio. El eucalipto es bueno para la tos... eucalipto aromático, pino, ciprés... El penco para lo que es dolor de piernas, y para vaporizaciones o hacerse bañar también es bueno.

El piquiyuyo también... Igual el nabo ayuda para la fiebre.





A los niños con inicios de tos la mamá les prepara una ramita de izo tendido, de izo de monte, para que se tome caliente. Luego le hace el vapor del mismo contenido y les tapa con una sábana.

A niños que se quejan de dolores de cabeza les soban con el huevo para curarles del mal aire o del mal viento.

A los niños con varicela se les debe bañar con agua de matico, piquiyuyo, y dar en infusión.

En la misma zona existe una señora que limpia los mal aires, atiende a las señoras embarazadas y vive en una casa sencilla.

En la zona también existe un centro naturista que ofrece hierbas curativas, y limpias para niños y adultos.

Para una paciente con dolores de los riñones le dan infusiones de hojas de magua y pito.

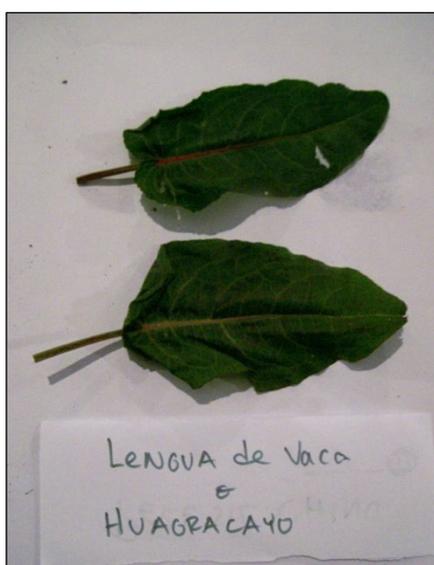
A los niños resfriados se les hacen vapores de eucalipto tierno, y se les da sábila para el dolor de la garganta. En tanto que para el dolor de estómago le dan orégano.



A los niños con fiebre se les cura con verbena machacada y se les amarra la frente con hierba mora, y se les frota en todo el cuerpo.

Para la amigdalitis se asa tomate de árbol en el carbón, se le parte a la mitad y se amarra en la garganta.

Cuando se va a emergencias al hospital toca hacer cola y coger turno. Los médicos son bastante buenos, pero a esos servicios no llega la medicina que nosotros tenemos en el campo.



La elaboración de los mapas, de acuerdo a las temáticas escogidas, fue una experiencia enriquecedora para todos los participantes: permitió la conversación, el diálogo, el intercambio de información y conocimientos entre los vecinos. Abuelas y abuelos, madres y padres, hijas e hijos, nietas y nietos desarrollaron la imaginación con dibujos artísticos de su lugar y compartieron momentos lúdicos en los que recordaron anécdotas y experiencias de la vida recorrida.

La medicina ancestral fue reconocida como importante porque, como enfatizaron todos, los tratamientos proporcionados por los médicos ancestrales son efectivos y más baratos, la atención es más cálida –el médico ancestral conversa sobre la forma de vida y el trabajo, y da confianza–. En definitiva, se reconoce que su trato es más humano, que existe empatía con los médicos ancestrales, y que ellos atienden con respecto y confianza:

Creo que es más cálida la atención con los médicos ancestrales. Creo que se preocupan de conversar un poquito más con el paciente, de cómo son sus hábitos alimenticios, su forma de vida, su trabajo... A veces, el otro doctor solo dice: “¿Qué le duele?”, le receta y ya... Entonces, con tal de apurar atendiendo los turnos –porque está lleno afuera–, cumple solo con ver qué le duele, recetar y ya. En cambio, como que con los otros médicos es más cálido, son más preocupados de la vida normal, de la cotidianidad del paciente (Jarrín 2009, entrevista).

En el recorrido realizado se ha evidenciado la utilización, por parte de la población de Pedro Moncayo, de la medicina ancestral. Los médicos y tratamientos ancestrales y el uso de plantas medicinales no solo se mantienen en la vida cotidiana de las comunidades investigadas, sino que constituyen la primera opción de tratamiento en el cantón.

Sin embargo, la medicina occidental está presente en el territorio de Pedro Moncayo y las comunidades investigadas. En las entrevistas y grupos focales los participantes refirieron que, conjuntamente con la utilización de plantas medicinales, ellos usan remedios proporcionados por los médicos. Los funcionarios municipales señalaron que su decisión de utilización de las medicinas varía de acuerdo a la dolencia: para cosas leves acuden a la medicina ancestral o se automedican, y para cosas graves acuden donde el médico. Pocos respondieron que, primero, van al médico y, si este no le ha curado, va al médico ancestral.

Los funcionarios del MSP, los miembros del CCSPM y los jóvenes entrevistados consideraron que pocos médicos ecuatorianos aceptan las prácticas de salud ancestrales como válidas. Plantearon que sí es posible combinar las dos medicinas. Indicaron que la medicina ancestral consiste en creencias, conocimientos y tratamientos para curar con hierbas. Dijeron que cuando están enfermos también toman aguas medicinales.

Apuntaron que la gente tiene más confianza en el médico ancestral que en el médico occidental.

### **3.7. Lo que la gente contó sobre la salud en su territorio**

La población y actores sociales que fueron parte del presente estudio refirieron que conocen y utilizan, en su mayoría, en los momentos actuales, como primera opción la medicina ancestral, y como segunda opción la medicina occidental. Los participantes reconocieron que en la medicina ancestral hay una relación más humana y de confianza entre yachak y la persona que acude a él o ella. Indicaron que existe la posibilidad de contarle más libremente las dolencias que les aquejan, su forma de vida, su trabajo y sus preocupaciones. Que se desarrolla una relación de empatía entre el médico y la persona enferma que hace posible que los tratamientos proporcionados sean más efectivos, la atención más cálida y respetuosa y a muy bajos costos.

En el territorio, la gente interculturaliza la salud en su vida cotidiana, mientras que los servicios de salud mantienen la visión colonial occidental –impuesta desde el sector salud–, la cual excluye y no reconoce ni valora los conocimientos y prácticas de la medicina ancestral.

Se pudo evidenciar que, a pesar de que la medicina occidental se estableció en las comunidades del cantón Pedro Moncayo con los centros y subcentros de salud del MSP, los conocimientos, prácticas y percepciones de la medicina ancestral, principalmente sobre la utilización de plantas medicinales, manejo de nociones de frío y calor, existencia de energías negativas en lugares específicos y variedad de tratamientos para enfermedades como el mal aire, el mal de ojo o el espanto todavía siguen siendo utilizados por la gente y por los médicos ancestrales a pesar de la imposición del poder colonial.

Los participantes refirieron que, conjuntamente con el manejo de plantas medicinales, utilizaban medicinas proporcionadas por los médicos occidentales. Las autoridades y los funcionarios municipales señalaron que la elección de la atención varía de acuerdo a la dolencia: para cosas leves toman agüitas o se automedican, mientras que para cosas graves acuden a los médicos occidentales. Pocos respondieron que primero van al médico occidental y si este no le ha curado va al médico ancestral.

### **3.8. ¿Qué es la interculturalidad y la salud intercultural en el territorio?**

En las entrevistas que se realizaron a los miembros del CCSPM, entre los que se cuentan funcionarios del MSP, y a jóvenes líderes de las parroquias también se preguntó sobre las percepciones sobre la interculturalidad y las políticas de salud intercultural.

Los entrevistados reconocieron que la interculturalidad es un tema poco conocido y discutido, y al que no se le ha dado prioridad ni en las políticas de sus instituciones ni en los contenidos académicos educativos. Señalaron que es necesario realizar esfuerzos de capacitación sobre la interculturalidad e interculturalidad en salud en todas las instancias que trabajan en el cantón, incluyendo la organización de nuevos talleres, a fin de desarrollar políticas públicas locales que respondan a estos temas. En este sentido, puntualizaron que no se han emitido ordenanzas que incluyan la interculturalidad en el gobierno municipal y que provean de recursos para su real implementación.

En las entrevistas se consideró a la interculturalidad como la relación entre diferentes culturas, pueblos y etnias con sus idiomas, conocimientos, costumbres, medicinas y creencias, lo que a su criterio implica una integración de conocimientos y de sabidurías, y no la marginación de una de ellas. Indicaron que esto significa reconocerse como diversos respetando no solo las prácticas de los pueblos, sino las formas de ser, de pensar y de hacer, considerando a los demás como parte de sí mismos en un sincretismo de varias culturas diferentes.

Plantearon que se trata de la búsqueda de un desarrollo armónico entre distintos grupos humanos basándose en el respeto de los criterios de los otros. De la existencia de variedad de culturas que se entrelazan mancomunadamente y sin inequidades. De la igualdad de las tradiciones, por las que se hace y se vive, superando la xenofobia y la discriminación racial.

Los jóvenes expresaron que hay que poner en valor las prácticas y los conocimientos ancestrales trabajando en conjunto las dos medicinas, aceptándolas como iguales, educarse mutuamente complementando los saberes y reconociendo la validez y efectividad de la medicina ancestral que viene de tiempos milenarios. Los entrevistados añadieron que, para tener una buena salud, no se puede estar ligado a un solo tipo de medicina, sino que estas deben trabajar unidas para que existan varias alternativas en salud. Por lo tanto, no deben estar regidas por un solo sistema de salud, sino que es necesario posibilitar la existencia de varios sistemas de salud entre los que las prácticas y conocimientos ancestrales pertenecientes a las comunidades estén presentes. En el

recuadro 25 se incluyen algunos testimonios significativos sobre qué entienden como interculturalidad los jóvenes entrevistados.

### Recuadro 25 Percepciones de los jóvenes sobre interculturalidad



La interculturalidad es mantener todo en un solo puesto, es decir, deben ir mancomunadamente o conjuntamente tanto la medicina tradicional como la occidental. Deben ir de la mano para brindar una mejor atención al paciente (Perugachi 2014, entrevista).

Yo veo a la interculturalidad como diversidad, como que todos somos diferentes, pero iguales, no dejando de lado de dónde venimos y nuestras raíces que son ancestrales (Moreno 2009, entrevista).

La interculturalidad es la relación entre todos los seres humanos indígenas, mestizos y afro teniendo una buena relación sin discriminar a nadie (A. Morocho 2008, entrevista).



**OBJETIVO**  
Propiciar un acercamiento sociocultural y profesional entre los múltiples conocimientos y prácticas de las Sabidurías Ancestrales y la Medicina Occidental.

**INTERCULTURALIDAD**  
Interculturalidad no es un concepto sino un cambio de actitud, correspondencia y convivencia social y personal de vida que está basada en el respeto al otro, implica el reconocimiento respetuoso entre culturas.

Chikán Chikán Intimashpash  
Nawpa Kaway Yuyaykama Tariyashpa Takiy Runkana  
Tantashunka  
Kawashunka  
El Rescate de Conocimientos de la Vida en la Diversidad de los Pueblos

Organismo:  
Aspición:

AVAL:  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR  
COLEGIO DE MEDICOS DE PICHINCHA  
COLEGIO DE ODONTOLOGOS DE PICHINCHA  
COLEGIO DE OBSTETRICAS DE PICHINCHA  
COLEGIO DE ENFERMERAS DE PICHINCHA

INSCRIPCIÓN: \$15,00  
DIFUSIÓN: \$10,00  
Salud Intercultural  
200909 Est. 3000  
si.pichincha@yaho.com  
Comunicación:  
2000- 185 Est. 3000 Fundación Cimas del Ecuador  
2482200 / 2482209

**CÍRCULO INTERCULTURAL PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS SABIDURÍAS EN LAS MEDICINAS ANCESTRALES**

Fecha: del 17 agosto al 14 septiembre 2007  
Lugar: Centro Alternativo de Promoción de la Salud y Desarrollo (CAPSYD)  
Calle: 26 de Septiembre y Bolívar  
Tabacundo - Ecuador

Que la cultura de cada uno se rescate y que no se vaya perdiendo la cultura que tenían ancestralmente los abuelitos. En cambio, sería bueno que sigan rescatando la medicina natural, todas sus tradiciones, seguir rescatándola para que nunca se pierda lo que empezó desde el principio (De la Cruz 2014, entrevista).

A los miembros del CCSPM entrevistados se les preguntó si conocían sobre las políticas interculturales de salud desarrolladas por el MSP a partir de los mandatos establecidos en la Constitución de 2008. La mayoría de ellos afirmó no conocerlas porque estas no han sido socializadas y, menos aún, consultadas y construidas con la gente de las comunidades que practican y viven la interculturalidad en salud en su vida cotidiana. En el recuadro 26 se recogen las respuestas más significativas sobre este tema.

**Recuadro 26**  
**Conocimiento sobre políticas interculturales de salud**  
**de los miembros del CCSPM**

En políticas interculturales mismo no estamos trabajando, pero sí estamos construyendo políticas públicas sociales del cantón... Yo creo que es un proceso a largo plazo en el que deben participar las autoridades de los diferentes niveles de gobierno. Todo es un proceso... y como yo estoy recién nomás como alcalde, entonces, hay que seguir fortaleciendo este tema (Caluguillín 2009, entrevista).



A ver, exactamente como políticas interculturales, no... Sé que hay gobiernos que están apoyando, pero, si me preguntan en qué institución o en dónde específicamente están las políticas, mentiría, no sé en este momento... Aquí, en el Concejo Municipal, no hay algo específico [sobre políticas interculturales], pero sí se apoya en lo que son las tradiciones, lo que es más cercano, por ejemplo, lo que es la celebración del San Pedro –para la población mestiza–,

en lo que es la fiesta del Inti Raymi –para la población indígena–... A veces hay un poco de dificultad en ponernos de acuerdo en el nombre siendo la misma fiesta, pero viene de la forma en que vivimos y que sentimos esa fiesta: la gente de la ciudad, la gente mestiza, la defiende más como la fiesta del San Pedro, y la gente de las comunidades dicen que es la fiesta del Inti Raymi... Es casi la misma, hay pocas diferencias, pero manejamos la interculturalidad de esta forma (Jarrín 2009, entrevista).

No existe una política hasta donde yo conozco... No ha habido atención de ese tipo, ni nada (Viteri 2009, entrevista).

No se tiene mucho conocimiento sobre cuáles serían las políticas de aquí, del Municipio... la verdad, no (J. Catucago 2009, entrevista).

En relación con políticas de interculturalidad, en el Municipio lo que se hace es prestar servicio a las diferentes comunidades que tiene el cantón a través ya sea del CCSPM, ya sea de infraestructura o de las escuelas tanto bilingües como hispanas... ahí está el enfoque de la interculturalidad.

También está el rescate de las tradiciones y costumbres de nuestros antepasados y, especialmente, de la cultura indígena... Como concejal yo veo que se enfoca el Municipio en ese sentido (Valencia 2009, entrevista). A nivel de municipios no sé qué instituciones pueden estar colaborando, pero la OMS creo que está empujando este tipo de medicina natural... Lo que es aquí,

en el Ecuador, desconozco qué instituciones puedan estar cooperando con los distintos municipios (Valencia 2009, entrevista).



No, la verdad no, aquí más bien no ha habido esa articulación porque políticas existen en la Constitución, también incluso en el Ministerio de Salud algo de la Ley de Medicina Ancestral creo que existe, pero, de ahí exactamente a acá no. En el Patronato, no (Hermosa 2009, entrevista).



En realidad, yo casi no he escuchado nada de eso en el Concejo Municipal, o será que casi poco asisto allá porque estoy más en los centros infantiles... Entonces, casi no he escuchado que están haciendo algún proyecto o algo de esto (Ulcungo 2009, entrevista).

En las entrevistas realizadas, los funcionarios del MSP plantearon que, en su mayoría, no conocían sobre las políticas interculturales de salud de este ministerio, y mencionaron que la salud intercultural está solo enunciada en la nueva *Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud* del Ecuador. Como se ha observado, los miembros del CCSPM señalaron no conocer sobre las políticas interculturales de salud del MSP, pero refirieron que, a través del CCSPM tuvieron conocimiento sobre interculturalidad y la existencia de políticas interculturales en salud porque allí se discutían sobre estos temas. Los jóvenes, por su parte, indicaron no conocer de la existencia de políticas de salud intercultural.

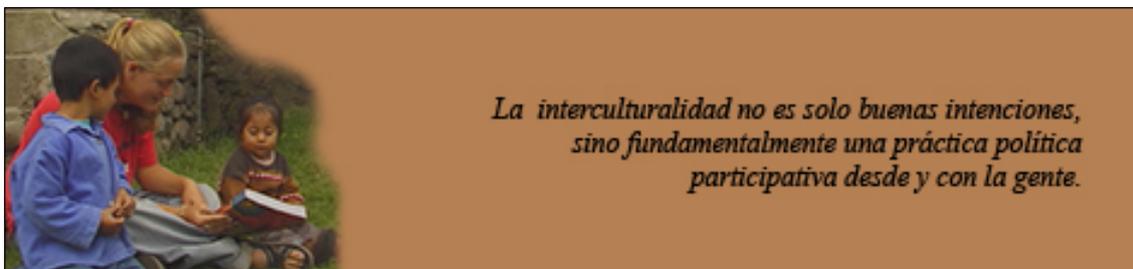
A pesar de que en la Constitución de 1998 se incorporaron los derechos colectivos de los pueblos, y que, en la de 2008, se estableció la interculturalidad y la plurinacionalidad entre otros principios fundamentales del Estado, las relaciones de poder

mantienen la colonialidad del ser, del saber, del poder y la colonialidad cosmológica y de la madre naturaleza. Persiste la lógica occidentalizante en el establecimiento de políticas, leyes y programas que son definidos desde las diferentes dependencias del Estado de forma vertical, sin la participación de la gente, como se ha evidenciado en los testimonios expuestos a lo largo de este capítulo. En la definición de políticas tampoco se dieron procesos participativos como lo establece la Constitución vigente. No se dieron espacios democráticos en los que la población pueda expresar lo que siente en su cuerpo, sus enfermedades y, menos aún, escuchar e integrar los conocimientos y prácticas de salud “otros”. De igual manera, el conocimiento científico en el que se basa la medicina occidental es asumido y naturalizado en los servicios de salud: el médico es el que tiene la verdad y el poder del conocimiento, a lo que se añade el poder sobre la vida de sus pacientes.

La perspectiva de la modernidad/(de)colonialidad ha permitido fundamentar la presente tesis a partir de la “otra” lectura y “otra” comprensión teórica conceptual del mundo y el sistema de poder tanto local como nacional posibilitando mayor atención a la imposición hegemónica de la salud occidental que se naturalizó como el único pensamiento válido y que desvalorizó y persiguió los conocimientos y prácticas de salud ancestrales de los pueblos del Abya Yala.

## Capítulo tercero

### Definiciones, tensiones y perspectivas de la interculturalidad



#### 1. Pensando la interculturalidad

Para pensar la interculturalidad en el campo de la salud es necesario revisar cómo se construye la interculturalidad como categoría a fin de responder a la pregunta del presente estudio de si ¿es posible pensar la salud intercultural en el ámbito local?

En América Latina, la antropología se orientó a identificar “barreras culturales” que devenían de los grupos sociales y étnicos frente a la expansión de la biomedicina. En esta forma se identificó realidades y prácticas culturales que constituían dichas barreras, por lo que el esfuerzo se orientaba a superarlas, atrayendo a los pacientes culturalmente “reacios” a la biomedicina o medicina occidental. Estos enfoques fueron considerados como los pioneros de “salud intercultural” o “medicina intercultural” (Flores 2011, 7). Esta perspectiva, que apareció entre los años 1930 y los 1950, persiste hasta el presente (7).

Pero, como se señaló inicialmente, es preciso detenerse en la categoría de interculturalidad. La discusión sobre esta adquiere vigencia a partir de los años 1980, de acuerdo a Walsh (2010, 80): “en relación con las políticas educativas promovidas por los pueblos indígenas, las ONG y/o el mismo Estado, con la educación intercultural bilingüe (EIB)”, y de manera más clara en los inicios de los años 1990, con el levantamiento que posicionó al movimiento indígena como un actor político nacional y regional (82).

Según Sarango (2016, 651; énfasis del autor):

La interculturalidad, como principio originario reaparece y es reivindicado con el levantamiento indígena de junio del año 1990. Allí aparece también el principio y a la vez reivindicación de: *unidad en la diversidad*, [que] debería ser: unión en la diversidad. Los pueblos originarios quienes han soportado una interculturalidad subordinada y folklórico ridiculizante a lo largo de 523 años, han contribuido a la humanidad, difundiendo por todo el mundo este principio, derecho y a la vez propuesta de convivencia social con equidad, llamada interculturalidad (Sarango 2016, 651; énfasis del autor).

La Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador (CONAIE), en los años 1990, planteó la interculturalidad como principio ideológico y político (Macas 2002, párr. 17-8), y ha presionado en las últimas décadas por el reconocimiento de un Estado plurinacional y de la diversidad social y cultural; la ampliación y profundización de la democracia, y la equidad y la justicia social (párr. 9). La UIAW, en su texto *Aprender en la sabiduría y el buen vivir* (2004, 168), define a la interculturalidad como una responsabilidad compartida hacia la transformación y gestión del desarrollo humano local, nacional e internacional, con el objetivo de alcanzar el buen vivir, con la participación de los actores locales de diversas culturas. Mientras que en el proyecto político de la CONAIE (2012, 13-4), se definió a la interculturalidad de la siguiente manera:

Es el principio político-ideológico de reconocimiento y práctica de las personas, comunidades, pueblos y naciones para crear y vivir en relaciones justas, simétricas, equitativas y armónicas entre los pueblos originarios, afroecuatorianos, montubios y mestizos que nos permita ejercer plenamente los poderes político, económico, social, cultural y espiritual dentro del Estado plurinacional y la sociedad intercultural.

La coexistencia jurídico-política, la promoción y vigencia de la diversidad de los sistemas culturales propios garantiza la unidad y permite la convivencia, e interrelación fraterna y solidaria entre las naciones y pueblos originarios, afroecuatorianos, montubios, mestizos y los otros sectores sociales, en la perspectiva de alcanzar el desarrollo económico, político, social, cultural, científico y tecnológico en un territorio plenamente definido en un marco de mutua cooperación, reciprocidad e igualdad.

No solo implica la convivencia entre diversos/as, y el respeto mutuo, sino diálogo de saberes y deconstruir imaginarios, códigos de colonialidad-subordinación, con la valoración de aportes de los distintos estamentos sociales a nivel de género e intergeneracional. La interculturalidad no puede ser cosmética o funcional al sistema de dominación, sino que se debe construir una interculturalidad crítica que cuestione las relaciones de poder económico, político y cultural. En el Estado plurinacional, las políticas públicas deben ser diseñadas, implementadas y evaluadas con plena participación de los pueblos y naciones originarias considerando las especificidades y diferencias entre pueblos y requerimientos específicos de hombres, mujeres, niños/as, jóvenes y ancianos/as.

Antes, la CONAIE (2001, párr. 39) había propuesto:

El principio de la interculturalidad respeta la diversidad de las nacionalidades y pueblos, del pueblo afroecuatoriano e hispanoecuatoriano y demás sectores sociales ecuatorianos, pero a su vez demanda la unidad de estos, en el campo económico, social, cultural y político, en aras de transformar las actuales estructuras y construir el Nuevo Estado Plurinacional, en un marco de igualdad de derechos, respeto mutuo, paz y armonía entre nacionalidades y los pueblos, conjuntamente con los sectores sociales.

Sarango (2016, 651) plantea que la interculturalidad es la interrelación, existencia, convivencia de individuos y colectivos diferentes en espacios y tiempos (pacha) (645) “de respeto al otro, a lo diverso, pero con equidad” (646). Es una convivencia armónica que se puede observar en la relación con la naturaleza, pero que, lamentablemente, el ser humano se ha alejado de esta lógica. Y propone que:

La interculturalidad es el complemento natural de la plurinacionalidad. No puede haber una interculturalidad convivencial con equidad sin la vigencia plena de la plurinacionalidad. [...] [I]mplica una revolución cultural profunda que dé sentido a la convivencia cultural diversa de Abya Yala y elimine los principios y valores impuestos que han creado una dependencia cultural y epistémica de Euronorteamérica (656).

La interculturalidad busca desarrollar una relación de respeto y horizontalidad, sin que ninguna población y cultura se ponga por encima de las otras, a fin de que se pueda entender según sus propias percepciones de las realidades del mundo y, por lo tanto, promoviendo el enriquecimiento mutuo en estos espacios de relación (Almaguer, Vargas y García 2014, 4).

Según Alavez (2014, 39), la interculturalidad “es una herramienta de emancipación, de lucha por una igualdad real o equidad real, en el sentido no solo cultural [...], sino también material[, rescatando] [...] a las culturas vivas que pueden aportar mucho, mucho más de lo folclórico a nuestras sociedades” (40).

Como reflexiona Walsh, el concepto y entendimiento de la interculturalidad ha venido, por una parte, alimentándose de una manera política, y por otra, se ha ido vaciando de su contenido político transformador, librando una disputa de significados. Por ello, es necesario aclarar los conceptos desde una perspectiva histórica y política. En sus inicios:

Como concepto y práctica, proceso y proyecto, la interculturalidad significa –en su forma más general– el contacto e intercambio *entre culturas* en términos equitativos; en condiciones de igualdad. Tal contacto e intercambio no deben ser pensados simplemente en términos étnicos sino a partir de la relación, comunicación y aprendizaje permanentes entre personas, grupos, conocimientos, valores, tradiciones, lógicas y racionalidades distintas, orientados a generar, construir y propiciar un respeto mutuo [...]. En sí, la interculturalidad intenta romper con la historia hegemónica de una cultura dominante y otras subordinadas y, de esa manera, reforzar las identidades tradicionalmente excluidas para construir, tanto en la vida cotidiana como en las instituciones sociales, un con-vivir de respeto y legitimidad entre todos los grupos de la sociedad (Walsh 2009, 41; énfasis de la autora).

La fundamentación principal es transformar las estructuras y relaciones de poder que mantienen a pueblos y grupos excluidos por la hegemonía colonial, que logra

invisibilizar las diferencias. Sin embargo, hay otras concepciones que reducen la interculturalidad a una simple relación entre culturas diferentes, sin cuestionar las desigualdades generadas por las relaciones de poder que ocultan algunos conceptos de interculturalidad. Así, Austin (2004, 94; énfasis del autor) plantea que:

*La interculturalidad se refiere a la interacción comunicativa que se produce entre dos o más grupos humanos de diferente cultura. Si a uno o varios de los grupos en interacción mutua se les va a llamar etnias, sociedades, culturas o comunidades es más bien materia de preferencias de escuelas de ciencias sociales y en ningún caso se trata de diferencias epistemológicas. Se sugiere que el profesional que esté realizando intervenciones sociales en un ambiente de culturas diversas puede preferir la expresión que más le acomode, siempre que esté bien conceptualizada, excepto el uso de la palabra raza o razas, que está definitivamente obsoleta.*

Siguiendo a Cardona, Rivera y Carmona (2015, 79), cabe señalar que las concepciones de interculturalidad, pluriculturalidad y multiculturalidad tienden a confundirse, por lo que es preciso diferenciarlas. Mientras que la interculturalidad, se refiere a la relación “entre culturas”, en la que “las personas que hacen parte de una comunidad aportan sus modos de pensar y actuar”, la pluriculturalidad considera “la presencia de varias culturas en un lugar específico[,] [...] pero sin relación”, y la multiculturalidad da cuenta de “interacciones hegemónicas”. Y proponen que: “La pretensión de la interculturalidad es el intercambio respetuoso de conocimientos y tradiciones, la complementariedad, el diálogo, la comunicación y el aprendizaje constantes, y la primacía del sujeto sobre las diferencias culturales y sociales” (79).

Se debe reconocer que la interculturalidad no solamente es una voluntad individual respetuosa para establecer diálogos, como señalan Viaña, Claros y Sarzuri (2009, 7; énfasis de los autores):

*La noción conservadora y dominante de interculturalidad, que se entiende más o menos como una interrelación de respeto y diálogo entre diversos para vivir en armonía, hace abstracción de lo que debería explicar, y parte del supuesto implícito de que lo único importante es la voluntad subjetiva de ser respetuosos para establecer “diálogo”. Por eso, lo único que hace, realmente, es dar sermones y exhortaciones de buena voluntad, y con eso resuelve todo el dilema de la interculturalidad.*

A lo señalado, estos autores agregan que todo ello no es suficiente sino se develan las relaciones de poder (económicas, políticas, sociales, cognitivas) que están por debajo de estas buenas voluntades (7).

En tanto que, el multiculturalismo, o la multiculturalidad, es un fenómeno meramente descriptivo de la diversidad cultural (Walsh 2009, 42), y se lo aborda desde

la superficie sin que se cuestionen las relaciones de poder. Pero lo más importante es que esa manera de abordar –administrar– esa diversidad es funcional al sistema de dominación: “el multiculturalismo sustenta la producción y la administración de la diferencia dentro del orden nacional, volviéndola funcional a la expansión del neoliberalismo” (Muyulema 2001, 25).

O, como señalan Almaguer, Vargas y García (2014, 4), haciendo una comparación entre multiculturalidad e interculturalidad:

La interculturalidad implica una relación donde varios grupos de poblaciones culturales diferentes conviven y se relacionan compartiendo espacios territoriales, lingüísticos y jurídicos. Sin embargo, a diferencia de la multiculturalidad, donde un grupo cultural mantiene una hegemonía sobre las demás poblaciones, en las relaciones interculturales existe la disposición del reconocimiento a partir del ejercicio de derechos, no como concesión ni claudicación de los privilegios de un grupo ante otro, sino como el marco para potenciar relaciones hacia la convivencia social.

Volviendo a Walsh (2009, 42), el multiculturalismo se presenta “como un relativismo cultural, es decir, una separación o segregación entre culturas demarcadas y cerradas sobre sí mismas, sin aspecto relacional” y responde a dos contextos políticos muy distintos:

El uno se dirige a las demandas de los grupos culturales subordinados dentro de la sociedad nacional, programas, tratos y derechos especiales en respuesta a su exclusión: un multiculturalismo fundamentado en la búsqueda de algo propio bajo el lema de justicia social e igualdad.

El otro contexto político parte de las bases conceptuales del Estado liberal en el que todos, supuestamente, comparten los mismos derechos: una “ciudadanía multicultural”. En este contexto, la tolerancia al otro –un cambio solo a nivel de las actitudes– es considerada suficiente para permitir que la sociedad nacional (y monocultural) funcione sin mayor conflicto, problema o resistencia (42).

De modo que el concepto de interculturalidad, en el segundo sentido, como indica Ramírez Hita (2011, 105): “emerge como forma de dominación social desde el Estado, a través de un discurso apaciguador y reconocedor de las diferencias” encubriendo las desigualdades de las poblaciones indígenas.

Por su parte, la pluriculturalidad hace referencia a aquellas situaciones en las que las personas de una comunidad aportan con sus modos de pensar y a actuar diferentes (79). Como pluricultural se denomina a la situación de una colectividad o sociedad en cuyo seno coexiste una variedad de culturas (Bernabé Villodre 2012, 69) en la que diferentes grupos poblaciones con diversidad de saberes y lenguas se respetan y toleran,

y el Estado es el encargado de que esta participación e integración armoniosa se lleve a cabo.

Reconocer que la multiculturalidad, la pluriculturalidad y la interculturalidad tienen diferentes connotaciones, aunque, generalmente, sean conceptos utilizados como sinónimos es clave para tener un horizonte de análisis crítico. Los tres términos señalan la presencia de varias culturas de un lugar específico, sin embargo, ocultan las relaciones del poder colonial que sostienen las desigualdades, inequidades y exclusiones, y no todos tocan el tema de la diferencia colonial marcada a partir de la categoría raza, que marginó y excluyó a los pueblos originarios.

Estos conceptos se traducen en prácticas en diversos ámbitos, para el caso de las reformas educativas, Walsh (2010, 83) señala que estas responden a una “onda multiculturalista de corte neoliberal” orientadas a la modernización y el desarrollo, antes que a “refundar o repensar los sistemas educativos”. Esto también se puede aplicar al caso de la salud, lo que plantea la autora es que se intenta, desde las políticas de Estado, sostener los sistemas hegemónicos, tomar los discursos y proyectos de los pueblos y “acomodar un discurso de la diversidad e interculturalidad –entendida como convivencia, tolerancia, respeto y reconocimiento de la diferencia cultural– sin mayor cambio” (83).

En igual sentido, Hale (2007) plantea que:

“los proponentes del multiculturalismo neoliberal son más proclives a suscribir los derechos al ‘reconocimiento’, negados o suprimidos categóricamente debido a que las nociones de ciudadanía, construcción de la nación y desarrollo de la sociedad habían sido desarrolladas sobre la imagen de un sujeto político culturalmente homogéneo”.

De allí que el multiculturalismo neoliberal –según el autor– pueda establecer “cuáles derechos [de los grupos excluidos] y qué formas de acción política son apropiadas para alcanzarlos; e inclusive, [...] [sopesar] las cuestiones básicas de lo que significa ser indígena” (290).

Por lo tanto, cuando se habla de interculturalidad, multiculturalidad o pluriculturalidad en esos términos superlativos hay una clara intención de no develar situaciones de dominación, y continuar con esas relaciones, además de vaciarlas –no abordar– del contenido político que conllevan las relaciones históricas de desigualdad.

Es justamente con esos eufemismos que se ocultan las relaciones de poder que sostienen las desigualdades, inequidades y exclusiones de todas esas otredades. Por lo tanto, si el multiculturalismo se limita a la descripción y relacionamiento de esas diversidades en un plano superficial, la interculturalidad va mucho más allá, visibiliza y confronta esas desigualdades en su interrelacionamiento, pero aún va más allá, y muestra su carácter propositivo al plantear una transformación de esos relacionamientos en

condiciones de igualdad y equidad sin perder esa diversidad. Cuestionar e ir más allá de esos eufemismos es recuperar el sentido político de las propuestas que hacen los pueblos y otros grupos y colectivos que han sido subalternizados por la modernidad.

Es así como Viaña, Claros y Sarzuri (2009, 8) proponen que:

Existe un orden dominante en todos los niveles: por un lado, la modernidad liberal mercantil con sus múltiples formas y matices; y por otro, diversas matrices civilizatorias subordinadas y oprimidas, sobre todo las indígenas y afro. La interculturalidad debe hacer énfasis en esta imposibilidad de construir respeto, diálogo y armonía, mientras subsistan estas relaciones de dominación y absoluta desigualdad. Por lo tanto, se la entiende como una herramienta más de emancipación que visibiliza y denuncia la situación real de desigualdad, de opresión, y aspira a subvertirla en todos sus niveles y formas para crear –al menos como proyecto político de transición– un mínimo de paridad de condiciones entre los hoy subalternos y oprimidos y los dominantes, para abrir la ruta de un nuevo proyecto societal.

La interculturalidad, entendida como interculturalidad crítica –en la que se profundizará al final de este capítulo–, de acuerdo a Walsh (2010, 88), “es una construcción de y desde la gente que ha sufrido un histórico sometimiento y subalternización[,] [...] proyecto acuñado y significado por el movimiento indígena, y principio ideológico de su proyecto político que –desde los 90– ha venido punteando la transformación radical de las estructuras, instituciones y relaciones existentes”.

Continuando con Walsh (2009, 53), la interculturalidad “más que a una relación entre culturas, se refiere a cambios profundos para que todas estas culturas tengan reflejo, representación y articulación en lo económico, social, jurídico y político en los campos del saber y en la construcción de una sociedad (pluri)nacional”. Por lo tanto, la interculturalidad se propone repensar y refundar el Estado.

Esto implica que todas las estructuras del Estado uninacional y monocultural deben transformarse (76) reconociendo las relaciones coloniales de poder (racismo, racialización, desigualdad) que están presentes en sus instituciones sociales y políticas, que niega la posibilidad de la existencia de otras lógicas, racionalidades y experiencias sociopolíticas distintas. La interculturalidad posibilita el desarrollo de la interculturalización: “un proyecto que asume la decolonialidad como requisito y obligación, impulsando un cambio profundo hacia la creación de un Estado y sociedad que operan a partir de las articulaciones, coordinaciones e interrelaciones entre estas lógicas, racionalidades, conceptos, prácticas, pueblos y nacionalidades diferentes” (155).

Como se puede evidenciar, la interculturalidad es un tema complejo que requiere ser tratado como tal ya que engloba varios campos, que van desde lo epistemológico hasta

lo existencial, que se expresan en la vida cotidiana, como bien lo puntualiza Fornet-Betancourt (2009, 9):

Toda propuesta intercultural, justo en tanto que propuesta alternativa, tiene que estar hoy consciente de que su perspectiva se lanza en un contexto epistemológico ocupado, invadido, por la cultura científica dominante, entendiéndose por esta no solamente una constelación abstracta de saberes más o menos relevantes para el ser humano y su estar hoy en el mundo, sino también como un dispositivo de concentración de poder que condiciona e hipoteca la producción misma de conocimiento, así como su transmisión, su administración, su empleo, su organización e institucionalización.

El estudio de la interculturalidad implica reconocer, en el plano epistemológico, las relaciones asimétricas existentes. Estas desigualdades, como se ha demostrado en esta investigación, traspasan las políticas, programas y modelos en el caso de la salud. Esto se evidencia en la visión occidental dominante de los profesionales de la medicina con los enfermos de comunidades ancestrales, que pertenecen a culturas diversas y cuyos conocimientos responden a modos de producir sentido distintos.

En este sentido, Campos (2004, 129) plantea que a la medicina intercultural se la puede definir “como la práctica y el proceso relacional que se establecen entre el personal de salud y los enfermos, donde ambos pertenecen a culturas diferentes, y donde se requiere de un recíproco entendimiento para que los resultados del contacto (consulta, intervención, consejería) sean satisfactorios para las dos partes”. El autor reconoce que:

En la relación se pretende un mutuo entendimiento y comprensión que se basa en el aproximado o pleno respeto a los respectivos saberes, valores y creencias de los actores sociales involucrados. En contextos multiétnicos y pluriculturales, la medicina intercultural se constituye en un proceso permanente de transacciones, en el cual se da una enorme cantidad de adaptaciones, adecuaciones e intercambios a nivel técnico, teórico e ideológico (129).

Implica, como propone Michaux (2004, 115-6), “una relativización de las concepciones, representaciones y prácticas del uno por las del otro, es decir, un proceso consciente de reflexión y análisis. [...] La interculturalización no es un proceso espontáneo ni natural. Requiere de un aprendizaje”.

La propuesta del concepto de interculturalidad del movimiento indígena en Ecuador ha tenido una influencia muy importante en la salud intercultural. Cárdenas, Pesantes y Rodríguez (2017, 165) puntualizan que “la interculturalidad aparece como un proyecto político descolonizador relacionado con la lucha de los pueblos indígenas por construir un proyecto que transforme las estructuras y cree nuevas formas de poder en el área de salud”.

Partiendo de un posicionamiento político y epistémico de la interculturalidad podemos adentrarnos en el campo de la salud intercultural como un requisito de esa “refundación” necesaria de la institucionalidad de la salud. En ese proceso es imprescindible que se plantee la re-institucionalización de la salud que tenga como fundamento la existencia de las diferentes prácticas y conocimientos de salud para que se convierta verdaderamente en intercultural.

Como se ha venido argumentando, hay una coexistencia de las dos medicinas en desigualdad de condiciones por las relaciones de poder coloniales que han determinado que la medicina occidental se imponga hegemónicamente subalternizando a la medicina ancestral, la misma que se ha mantenido en resistencia. En el cantón de Pedro Moncayo la medicina ancestral está presente en la vida cotidiana de los pobladores, como se ha podido constatar en los capítulos anteriores. Igualmente, se han identificado contradicciones y tensiones generadas en la construcción del sistema de salud intercultural en Ecuador.

El propósito de este capítulo, después de haber pensado el tema de la interculturalidad, es poner en evidencia la dificultad de interculturalizar la salud cuando la lógica occidental u occidentalizante persiste en las políticas del Estado. Para ello se hace una revisión de las tensiones coloniales entre la lógica de Occidente y las cosmovisiones ancestrales; las tensiones que se generan: desde los organismos internacionales, tanto los del Sistema de Naciones Unidas como los regionales; desde la Constitución y las leyes; desde el sistema nacional de salud; desde la Dirección Nacional de Salud Intercultural, en que se consideran también la salud intercultural en las provincias y algunos esfuerzos de salud intercultural en el país; desde la comunidad, y desde la propia interculturalización de la salud. Sección en la que se analizan: la salud intercultural como un reto a (de)construir, el camino recorrido por la salud intercultural en América Latina, la interculturalidad crítica, y se reflexiona sobre la interculturalización y la descolonización de la salud.

Hay que reconocer que para que la interculturalización de la salud sea una realidad se requiere enfrentar el reto de las diferencias epistemológicas en la producción de los conocimientos occidentales médicos y los conocimientos de los médicos ancestrales. Por ello es importante revisar las tensiones que se generan cuando se plantea la salud intercultural desde la visión y supuestos de la salud occidental.

## 2. Tensiones coloniales

El colonialismo en América, como señala Lander (2000, 16), lleva adelante la constitución colonial de los saberes, de los lenguajes, de la memoria y del imaginario:

[S]e organiza la totalidad del espacio y del tiempo –todas las culturas, pueblos y territorios del planeta, presentes y pasados– en una gran narrativa universal. En esta narrativa, Europa es –o ha sido siempre– simultáneamente el centro geográfico y la culminación del movimiento temporal.

Las culturas se articulan dentro de una “‘masiva formación discursiva’ de construcción de Europa/Occidente y del otro”(16). El desarrollo y evolución del pensamiento lógico occidental ha jugado un papel determinante en la dominación de las colonias y de los Estados nacionales.

La tensión se originó en la Colonia por la imposición del eurocentrismo en América. Así, la visión y la práctica coloniales desconocieron la salud ancestral y los avances alcanzados por los pueblos indígenas en relación con esta:

[L]a medicina que comúnmente alcanzaron los indios Incas del Perú, que fue usar de yerbas simples y no de medicinas compuestas, y no pasaron adelante; y pues en cosas de tanta importancia como la salud estudiaron y supieron tan poco, de creer es que en cosas que les iba menos, como la Filosofía natural y la Astrología, supieron menos y mucho menos de la Teología porque no supieron levantar entendimiento a cosas invisibles (De la Vega 2009 [1609], 116-7).

No supieron tomar el pulso y menos mirar la orina; la calentura conocían por el demasiado calor del cuerpo. Sus purgas y sangrías más eran en pie que después de caídos. Cuando se habían rendido a la enfermedad no hacían medicamento alguno; dejaban obrar la naturaleza y guardaban su dieta. No alcanzaron el uso común de la medicina que llaman purgadera, que es cristel, ni supieron aplicar emplastos ni unciones, sino muy pocas y de cosas muy comunes. La gente común y pobre se había en sus enfermedades poco menos que bestias. Al frío de la terciana o quartana llaman *chucchu*, que es temblar; a la calentura llaman *rupa*, (*r* sencilla), que es quemarse: temían mucho estas tales enfermedades por los extremos, ya de frío, ya de calor (115; énfasis del autor).

Los médicos europeos recién llegados a los territorios coloniales se encontraron en el desempleo dado que los kallawayas o yungueños (médicos ancestrales) cumplían las funciones de médicos prácticos, al tiempo que eran líderes políticos, religiosos y culturales (Zalles 2009, 175). En este período los médicos ancestrales atendían a los conquistados, es decir, al pueblo y al pobre. El conflicto entre los colonizadores y la población local se extendió a la medicina (176). Según el autor citado:

[E]l médico hispano primero y luego el médico criollo salieron beneficiados en la lucha, mientras que los médicos originarios fueron arrinconados y luego pasaron a la clandestinidad. Los prejuicios crearon un abismo entre estos dos modelos médicos. Según

Louis Girault (1984) incluso el número de los kallawayas, que en el siglo XIX superaba los 500, se redujo a menos de 50 en el siglo XX (176).

La negación de la existencia y conocimientos de las poblaciones “otras” está presente desde la Colonia y se mantiene hasta los momentos actuales. Un claro ejemplo de esa visión colonial es la del ecuatoriano Emilio Bonifaz, quien en la década de 1970 indicaba:

la mente del indígena serrano no es lógica [...] para nosotros, poco menos que inexplicable. [...] El comportamiento general parece ser infantil. ¿Hay lógica en los muchachos de 8 a 10 años? El indio es el más fiel cumplidor de una orden, que bastará que sea dada una sola vez para el resto de su vida. Tratar de cambiarla es cosa difícil. Si se le reprende dirá: “*ulvidé*” y lo repetirá día tras día, durante años de años. Su rutina y falta de coordinación son muy acentuadas. Parecería que no les gustara la responsabilidad de tomar una resolución en cosas nuevas y que esperan que otros la tomen por ellos [...] porque son poco dados a analizar y pensar en el futuro. Su mente parece ser de tipo lineal, sin muchas complicaciones. En el apego a la tierra de los indígenas [...] suelen decir: Aquí nacer, aquí morir. [...] ha sido calificado de casi vegetal (1976, 132-41; énfasis del autor).

En Historia Natural existe una frase, [...] se dice que el ser “ha tornado al medio”. [...] [O] sea, que el medio absorbe, asimila al individuo a que, al adaptarse íntimamente a él, pierde la facultad de adaptarse a otros medios donde pudiera progresar. No solamente se erosiona la tierra, sino también el ser humano, o cualquier otro, que vive donde no debería vivir (138).

Creo posible que partiendo de, por lo menos, cierta tendencia racial hacia el hipotiroidismo (distribución infantil-feminoide del pelo en el cuerpo, braquicefalia, pelo recto y grueso, etc. generales en la raza amarilla) subclínico, adaptativo, el medio muy pobre en yodo, la deficiencia de oxígeno, debido a la altura, y la selección durante 18 generaciones, haya acentuado este carácter en el indígena serrano produciéndose, como consecuencia secundaria, una disminución general del cociente de inteligencia (207).

Los problemas de salud que enfrenta la población de la zona andina no son por una “deficiencia racial” que la hace propensa al hipotiroidismo, sino que es la consecuencia de la imposición de la forma de producción horizontal en la hacienda colonial –que pervive hasta el presente–, que cambió el sistema productivo de control vertical de los pisos ecológicos que tenían las poblaciones andinas. El sistema vertical, como lo han demostrado los diversos autores citados en el capítulo primero, permitía que estos pueblos accedieran a diversidad de productos alimentarios. Y su cambio al sistema horizontal, les dejó expuestos a la muy limitada disponibilidad de yodo en los suelos de las zonas andinas entre los 2.000 y 3.000 metros sobre el nivel del mar, lo que condujo a una alta prevalencia de bocio y cretinismo endémicos, y a un deterioro del estado nutricional de las poblaciones andinas, que se manifiesta actualmente en altos porcentajes de desnutrición crónica acumulada históricamente.

Igualmente, como se explicó en el capítulo primero, la producción de la hacienda tradicional se orientó al cultivo de un reducido número de productos; interrumpió con la rotación de cultivos; reemplazó los alimentos nativos por otros introducidos, y limitó el intercambio de productos, todo lo cual llevó a la pérdida de la seguridad alimentaria, hasta llegar a la modernización agrícola actual. Todo esto ha redundado en tensiones medioambientales, de salud, nutricionales, sociales, culturales, económicas, de género y generacionales.

De esta forma, la visión colonial ignora el conjunto de determinantes antes mencionados en el ámbito de la medicina moderna occidental, basada en el modelo racionalista deductivo, cuyo fundamento son los hechos comprobables y las observaciones suministradas por la ciencia (Paladines 1986, 85), y en la tecnología –que tiene un desarrollo lineal–, a la que se la considera como “fuente de solución a los problemas de la humanidad” (Lander 1992, 15). El conocimiento occidental médico avanza, en tanto que el saber ancestral se mantiene subordinado, sin desarrollarse.

En los momentos actuales surgen varias preocupaciones: ¿hasta qué punto podrán los niveles locales de gobierno redefinir sus propias prioridades y estrategias cuando el discurso hegemónico considera a lo local como “comunidades” carentes de conocimientos? Es necesario insistir en que el poder colonial está inserto por completo en el quehacer de la salud pública en Ecuador. Para muestra de esa hegemonía de la colonialidad del saber, baste señalar la siguiente cita:

la investigación científica, le permite al hombre superar etapas primitivas en las que el conocimiento empírico, en nuestro caso, la Medicina empírica, campea por sus razones y por sus sinrazones. Razones y sinrazones: la cumbre y el abismo de la Medicina tradicional. [...] Las prácticas [de los médicos ancestrales] [...] tienen mucho de mágico [...] [e] irracional [...]. Ante semejantes prácticas qué difícil, sino imposible, que el médico académico se vincule con el tradicional, cuanto más que a éste no le falta personalidad y actúa de buena fe. [...] No es exagerado señalar que en muchos casos la diferencia existente entre la cosmovisión de uno y del otro tiene tanto de diferente y distante como lo que el hombre pensó en el Neolítico y lo que hoy se piensa sobre todos los aspectos que aluden al hombre y a la sociedad. [...] Qué difícil para el médico occidental, ejercer su profesión en una comunidad primitiva. Menos mal que son pocas las que quedan en nuestro país. Irán desapareciendo conforme la educación llegue a todos los rincones del territorio nacional (Fierro Benítez 1995, 52-4).

Queda preguntarse: ¿cómo se puede interculturalizar la salud si se mantiene la lógica de la visión occidental enraizada en el discurso de los investigadores e historiadores que están traspasados por los patrones coloniales del poder, del saber y del ser en los territorios?

### 3. Tensiones desde los organismos internacionales

En esta sección se revisan las propuestas planteadas por los más importantes organismos del sistema de Naciones Unidas y los regionales que han tratado los derechos de los pueblos indígenas, el reconocimiento de la diversidad cultural y los saberes de salud ancestrales, y que han establecido las políticas internacionales a ser implementadas por los países miembros sobre estos temas (ver anexo 14). Una vez finalizada esta revisión, se señalan las tensiones generadas por la implementación vertical de estas políticas y programas.

#### 3.1. Sistema de Naciones Unidas

A finales de la Segunda Guerra Mundial se crea la Organización de las Naciones Unidas (ONU) amparada en la *Carta de las Naciones Unidas* (ONU 1945) que fue redactada con representantes de cincuenta países en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Organización Internacional realizada en San Francisco.<sup>34</sup> Con su apareamiento se desarrolla el sistema de Naciones Unidas que, entre otros asuntos, ha realizado:

esfuerzos para promover y salvaguardar los derechos de los pueblos indígenas. [...] [Así,] se plantearon algunos aspectos que sentaron las bases para que posteriormente se crearan instrumentos legales para promover el derecho de los pueblos indígenas. El Consejo Económico y Social de la ONU constituye, en 1946, la Comisión de Derechos Humanos, con la facultad de crear subcomisiones de protección de minorías y de prevención de discriminación (III 1999, párr. 15-6).

La ONU ha debido dar respuesta a las luchas de los movimientos indígenas que han tenido lugar en diversas partes del mundo y que buscaban el reconocimiento de formas “otras” de ser, de hacer y de dar sentido a la vida, como es el caso de la medicina y prácticas de salud ancestrales.

<sup>34</sup> Cabe señalar, como antecedente, que, a inicios de 1942, en plena guerra, representantes de veintiséis naciones aprobaron la *Declaración de las Naciones Unidas*.



Gráfico 9. Organismos internacionales de Naciones Unidas según Trelles (2014).

Durante la década de los 1990 se desarrollaron numerosas cumbres en las que se abordaron diversas temáticas que fueron incluyendo otras visiones sobre las realidades de los pueblos indígenas. Así, en la Cumbre de la Tierra, celebrada en Río de Janeiro en 1992, se otorga, con la Agenda 21 (ONU 1992), un lugar central a los pueblos indígenas como sujetos fundamentales en la agenda ambientalista. De manera semejante, en la II Cumbre de Jefes de Estado y de Gobierno Iberoamericanos reunida en Madrid en julio de 1992 para la conmemoración del 500 aniversario de la llegada de los españoles a América, y en presencia de representantes de pueblos indígenas de América Latina y el Caribe, se adoptó el *Convenio Constitutivo del Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe* (ONU 1993, 354), el cual sería denominado en adelante Fondo Indígena, que tiene como objetivo principal:

establecer un mecanismo destinado a apoyar los procesos de autodesarrollo de pueblos, comunidades y organizaciones indígenas de la América Latina y del Caribe, en adelante denominados “pueblos indígenas”. Se entenderá por la expresión “pueblos indígenas” a los pueblos indígenas que descienden de poblaciones que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenece el país en la época de la conquista o la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas.

En la *Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas* (UNDRIP, por su sigla en inglés), la ONU (2007, 1) reconoció los derechos de las poblaciones indígenas a ser diferentes y a ser respetadas como tales. “Los derechos reconocidos en [esta] declaración constituyen las normas mínimas para la supervivencia,

la dignidad y bienestar de los pueblos indígenas del mundo” (art. 43). Según este documento, los pueblos indígenas tienen derecho a vivir en libertad, paz y seguridad (art. 7), a practicar sus tradiciones y costumbres culturales (art. 11). Afirma que “los pueblos indígenas son iguales a todos los demás pueblos”, y reconoce que tienen derecho a considerarse a sí mismos diferentes y ha ser respetados como tales (1), con sus culturas y civilizaciones (2), con derecho a construir su desarrollo acorde a sus propias necesidades e intereses (2), y libres de toda forma de discriminación (art. 2).

La creación de varios documentos e instancias internacionales en la primera década del siglo XXI a favor de los pueblos indígenas tuvo una influencia importante en el reconocimiento de sus derechos, y el de sus conocimientos y saberes ancestrales. En el año 2000 se crea el Foro Permanente de las Naciones Unidas para las Cuestiones Indígenas (UNPFII, por su sigla en inglés); en 2001, se estableció la Relatoría Especial sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (UNSR, por su sigla en inglés). En 2007 se estableció el Mecanismo de Expertos sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (EMRIP, por su sigla en inglés).

### **3.1.1. OIT**

La Organización Internacional del Trabajo (OIT), desde sus inicios en 1919, ha reconocido las diferencias de formas de vida y cultura que existen en las poblaciones de los países. Por lo que, en 1957:

se adoptó un primer instrumento internacional vinculante, el Convenio núm. 107 sobre Poblaciones indígenas y tribales en países independientes. En junio de 1989, la Conferencia Internacional del Trabajo de la OIT adoptó en forma tripartita con participación de los gobiernos, organizaciones de empleadores y de trabajadores, el Convenio núm. 169 sobre Pueblos indígenas y tribales en países independientes (OIT 1989, 6-7).

Según la OIT (1989, 8-9), los pueblos indígenas y tribales participaron en la revisión de las premisas básicas sobre las cuales deben interpretarse las disposiciones del Convenio 169 en las que se reconoce:

el derecho de los pueblos indígenas a mantener y fortalecer sus culturas, formas de vida e instituciones propias, y su derecho a participar de manera efectiva en las decisiones que les afectan. [...] [G]arantiza el derecho de los pueblos indígenas y tribales a decidir sus propias prioridades en lo que atañe al proceso de desarrollo, en la medida en que este afecte sus vidas, creencias, instituciones y bienestar espiritual y a las tierras que ocupan o utilizan de alguna manera, y de controlar, en la medida de lo posible, su propio desarrollo económico, social y cultural.

El *Convenio 169*, que, como se ha mencionado, fue suscrito por Ecuador en 1989, en la 76ª Conferencia Internacional del Trabajo realizada en Ginebra, y entró en vigencia el 24 de abril de 1998, cuando se publicó en el Registro Oficial 304, declara en el art. 25 en su Parte Quinta, Seguridad Social y Salud (OIT 1989, 53-4):

1. Los gobiernos deberán velar porque se ponga a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados, o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.
2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.
3. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar preferencia a la formación y empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud.
4. La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país.

Según la OIT (1989, art. 25) los servicios de salud para los pueblos deberán ser organizados a nivel comunitario, planificados y administrados en cooperación con los pueblos bajo su propia responsabilidad y control, incluyendo dentro de los servicios de salud al personal sanitario de la comunidad local.

### **3.1.2. OMS-OPS**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), fundada por la ONU el 7 de abril de 1948, junto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) –cuyos orígenes se remontan a 1902 como Oficina Sanitaria Internacional, órgano creado por la entonces Oficina Internacional de las Repúblicas Americanas (actual Organización de los Estados Americanos)–, en 1992, presenta recomendaciones que se agruparon en la iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas, conocida como SAPIA (OPS y OMS 1993, 3), que se convirtió en referente de la OPS para el trabajo con los pueblos indígenas. La OPS, con este documento, instó a los gobiernos a que “[p]romuevan la transformación de los sistemas de salud y apoyen el desarrollo de modelos alternativos de atención de la población indígena”, dentro de una estrategia que denominó Sistemas Locales de Salud (SILOS) (3).

Cabe enfatizar que, según el documento “Programa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas: Plan de acción 2005-2007” (Rojas 2009, 3), el programa enfatiza la implementación del respeto a la diversidad cultural en la atención de salud:

El Programa se inserta en las fortalezas de los países y pueblos de las Américas y toma en cuenta los enfoques y metodologías que combinan la visión institucional y comunitaria. Tiene como meta contribuir al logro de la equidad en las Américas en un contexto de reconocimiento y respeto de la diversidad cultural de los pueblos y como propósito el fortalecimiento de la capacidad local, nacional, subregional y regional para impulsar el mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas de la región de una manera integral y coordinada en el marco de la interculturalidad y el desarrollo humano.

El Consejo Directivo de la OPS (1997, 1) en su cuadragésima reunión, realizada en Washington en 1997, manifiesta:

Reconociendo [...] las inequidades en el estado de salud y en el acceso a los servicios sanitarios básicos [...] de los indígenas de la región de las Américas, y Considerando los obstáculos económicos, geográficos y culturales que se oponen a la prestación eficiente y eficaz de servicios de salud pública y de atención sanitaria a las personas en zonas rurales aisladas y en las zonas urbanas marginales de la mayoría de los países.

RESUELVE:

[...]

2. Exhortar a los Estados miembros que han iniciado el proceso de reforma del sector sanitario a ser persistentes en los esfuerzos para detectar, vigilar y eliminar las inequidades en el estado de salud y en el acceso a los servicios sanitarios básicos de los grupos vulnerables, en especial los pueblos indígenas.

En lo concerniente a las acciones realizadas por los países con poblaciones indígenas de América, siguiendo las recomendaciones de la SAPIA, el Instituto Interamericano de Derechos Humanos (2006, 68-9) indica:

En el marco de las acciones de apoyo, asesoría y seguimiento del SAPIA desde 1994 a 2006, de 24 países con población indígena firmantes de la Resolución V [de la OPS], en 19 se han establecido políticas públicas que promueven el bienestar de los pueblos indígenas, en 18 se han establecido unidades técnicas de salud sobre los pueblos indígenas en los ministerios de Salud, en 19 países hay proyectos nacionales sobre la salud de los pueblos indígenas, en 16 hay redes y temas locales, en 15 hay políticas y experiencias en la incorporación de las perspectivas, las terapias y los medicamentos indígenas en los sistemas nacionales de salud, en 10 hay sistemas de información, seguimiento y evaluación sanitaria que incorporan la variable de grupo étnico.

De manera semejante, la OMS (2003, 68-9) fue ampliando procesos de reconocimiento de las poblaciones indígenas. Así, en el año 2003, esta organización, en su quincuagésima sexta asamblea, insta a los gobiernos a que formulen políticas nacionales y programas de aplicación que:

1. adapten, adopten y apliquen, cuando proceda, la estrategia de la OMS sobre medicina tradicional como fundamento de los programas nacionales o programas de trabajo sobre medicina tradicional;
2. cuando proceda, formulen y apliquen políticas y reglamentaciones nacionales sobre medicina tradicional, complementaria o alternativa para respaldar el buen uso de la medicina tradicional y su integración en los sistemas nacionales de atención de salud, en función de las circunstancias de sus países;
3. reconozcan en la función de determinadas prácticas tradicionales uno de los recursos importantes de los servicios de atención primaria de salud, particularmente en los países de bajos ingresos y de conformidad con las circunstancias nacionales;
4. establezcan sistemas de vigilancia de la seguridad de los medicamentos para vigilar las medicinas herbarias y otras prácticas tradicionales, o amplíen y fortalezcan los sistemas existentes;
5. presten apoyo suficiente a la investigación sobre los remedios tradicionales;
6. tomen medidas para proteger, conservar y mejorar, si fuera necesario, los conocimientos de la medicina tradicional y las reservas de plantas medicinales con el fin de promover el desarrollo sostenible de la medicina tradicional, en función de las circunstancias de cada país; entre esas medidas podrían figurar, en su caso, los derechos de propiedad intelectual de los prácticos tradicionales sobre preparaciones y textos de la medicina tradicional, según lo dispuesto en la legislación nacional en consonancia con las obligaciones internacionales, y la participación de la OMPI en las deliberaciones sobre el desarrollo de un sistema nacional de protección sui géneris, según proceda;
7. promuevan y apoyen, si procede y de conformidad con las circunstancias nacionales, la capacitación de los prácticos de la medicina tradicional y, de ser necesario, su readiestramiento, así como la aplicación de un sistema para calificar, acreditar y otorgar licencias a esos prácticos;
8. proporcionen información fiable sobre la medicina tradicional, complementaria y alternativa a los consumidores y dispensadores con el fin de promover su uso idóneo;
9. cuando proceda, velen por la seguridad, eficacia y calidad de los medicamentos herbarios fijando patrones nacionales relativos a las materias primas herbarias y las preparaciones de la medicina tradicional, o publicando monografías al respecto;
10. alienten, cuando proceda, la inclusión de los medicamentos herbarios en la lista nacional de medicamentos esenciales, centrándose en las necesidades demostradas de la salud pública del país y en la seguridad, eficacia y calidad verificadas de esos medicamentos;
11. promuevan, cuando proceda, la enseñanza de la medicina tradicional en las escuelas de medicina[.]

La Organización Mundial de la Salud (OMS 2014, 12) formuló una *Estrategia sobre medicina tradicional para el período 2014-2023*, para integrar la medicina ancestral a los sistemas nacionales de salud, mediante el desarrollo y la aplicación de políticas y programas nacionales sobre medicina ancestral, para lo cual se definieron tres sectores estratégicos:

1. construcción de la base de conocimientos que permitirá gestionar activamente la MTC [medicina tradicional y complementaria] por medio de políticas nacionales apropiadas que tengan en cuenta y reconozcan el papel y las posibilidades de la MTC;
2. fortalecimiento de la garantía de calidad, la seguridad, el uso adecuado y la eficacia de la MTC mediante la reglamentación de los productos, las prácticas y los

profesionales, así como la formación y capacitación, el desarrollo de aptitudes, los servicios y los tratamientos;

3. fomento de la cobertura sanitaria universal a través de la integración de la MTC en la prestación de servicios de salud y la autoatención de salud, aprovechando sus posibilidades para contribuir a mejorar los servicios y los resultados sanitarios y asegurando que los usuarios puedan tomar decisiones con conocimiento de causa en lo que concierne al cuidado de su propia salud.

La OMS recomienda integrar la medicina ancestral a los sistemas nacionales de salud (11), apoyar la formación y capacitación de profesionales de la medicina tradicional y complementaria (MTC) (51) y proteger y conservar los recursos y conocimientos de la MTC (47).

### 3.1.3. UNICEF

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por su sigla en inglés) fue creado por la ONU en 1946 para dar respuesta a la hambruna y enfermedades de la infancia en Europa luego de Segunda Guerra Mundial. En 1959, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba la *Declaración de los Derechos del Niño* (ONU 1959). Y, en 1989, aprueba la *Convención sobre los Derechos del Niño*, la cual entra en vigor en 1990 y es obligatoria para todos los países que la ratifiquen. En el tema que compete a esta investigación, esta Convención señala:

En los Estados en que existan minorías étnicas, religiosas o lingüísticas o personas de origen indígena, no se negará a un niño que pertenezca a tales minorías o que sea indígena el derecho que le corresponde, en común con los demás miembros de su grupo, a tener su propia vida cultural, a profesar y practicar su propia religión, o a emplear su propio idioma (ONU 1989, art. 30).

### 3.1.4. UNESCO

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, por su sigla en inglés), establecida 1945, creó la *Convención sobre la protección y promoción de la diversidad de las expresiones culturales* (UNESCO 2005). De acuerdo al Instituto Indigenista Interamericano (III 1999, párr. 71): “La posición de la UNESCO para la toma de conciencia en el concierto de las naciones ha sido trascendente y sus efectos se han visto convertidos en conferencias y proyectos, encuentros y actividades en favor de los pueblos indígenas”.

La Conferencia General de la UNESCO, en su 31ª reunión realizada el 2 de noviembre de 2001 en París, aprueba la *Declaración Universal de la UNESCO sobre la*

*Diversidad Cultural*, un instrumento que, en relación a la identidad, diversidad y el pluralismo los declara como:

patrimonio común de la humanidad La cultura adquiere formas diversas a través del tiempo y del espacio. Esta diversidad se manifiesta en la originalidad y la pluralidad de las identidades que caracterizan a los grupos y las sociedades que componen la humanidad. Fuente de intercambios, de innovación y de creatividad, la diversidad cultural es tan necesaria para el género humano como la diversidad biológica para los organismos vivos. En este sentido, constituye el patrimonio común de la humanidad y debe ser reconocida y consolidada en beneficio de las generaciones presentes y futuras (UNESCO 2001, art. 1).

En relación a la diversidad cultural y derechos humanos establece que:

La defensa de la diversidad cultural es un imperativo ético, inseparable del respeto de la dignidad de la persona humana. Ella supone el compromiso de respetar los derechos humanos y las libertades fundamentales, en particular, los derechos de las personas que pertenecen a minorías y los de los pueblos indígenas. Nadie puede invocar la diversidad cultural para vulnerar los derechos humanos garantizados por el derecho internacional, ni para limitar su alcance (UNESCO 2001, art. 4).

### **3.1.5. CDH**

La Comisión de Derechos Humanos (CDH) –creada por la ONU en 1946 y, desde 2006, sustituida por el Consejo de Derechos Humanos– reconoció la necesidad de establecer una estructura jurídica internacional para proteger los derechos y libertades fundamentales de los pueblos de diferentes culturas (ONU 2005, 4). En el documento citado, la ONU indica que:

La Comisión ha establecido normas en relación con los derechos económicos, sociales y culturales, el derecho al desarrollo, la eliminación de la discriminación racial, los derechos civiles y políticos, la tortura, los derechos del niño y los derechos de los defensores de los derechos humanos (4).

## **3.2. Organismos regionales**

### **3.2.1. ORAS-CONHU**

Dentro de la Región Andina han tenido lugar importantes procesos integracionistas que, en el caso de la salud, y, sobre todo, de la salud intercultural, han jugado papeles importantes, como es el caso del Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) establecido el 18 de diciembre de 1971 con la participación de Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela. Este organismo de integración subregional se creó con el objetivo de:

coordinar y apoyar los esfuerzos que realizan los países miembros, individual o colectivamente, para el mejoramiento de la salud de sus pueblos. Coordina y promueve acciones destinadas a mejorar el nivel de salud de los países miembros, dando prioridad a los mecanismos de cooperación que impulsan el desarrollo de sistemas y metodologías subregionales. En ese mismo sentido, coordina con otros órganos subregionales, regionales e internacionales las acciones que concurren a ese fin (ORAS-CONHU 2021, párr. 3).

La *Política Andina de Salud Intercultural*, promovida por el ORAS-CONHU, tiene sus antecedentes en marzo de 2006, cuando los ministros de Salud del área andina, reunidos en Bogotá,<sup>35</sup> acogieron los acuerdos formulados por la Comisión Andina de Salud Intercultural,<sup>36</sup> establecida en Lima en noviembre de 2005, que contempla: desarrollar políticas institucionales que garanticen la incorporación del enfoque intercultural en todas las acciones vinculadas a la salud; avanzar en la construcción de modelos de atención con enfoque intercultural y de sistemas de información, y seguimiento sobre salud intercultural y situación de salud de los pueblos indígenas (EC MSP 2009b, 46).

En la región andina, en 2007, se elaboró el *Plan Andino de Salud Intercultural*, impulsado por el ORAS-CONHU y la OPS-OMS, y aprobado en la Reunión de Ministros de Salud Andinos llevada a cabo en Santa Cruz de la Sierra el 30 de marzo de 2007, con los siguientes objetivos: contribuir a la adopción por parte de los países andinos participantes de políticas, estrategias, programas o tareas que fortalezcan las acciones que se vienen desarrollando en el marco de los planes nacionales de salud; favorecer al ejercicio de los derechos de las poblaciones indígenas, y promover espacios de concertación social que permitan la construcción de modelos de salud con adecuación intercultural para el empoderamiento de dichas poblaciones y mejoramiento de la salud de la población indígena de los países miembros (ORAS-CONHU 2007, 3).

En dicho plan se establecieron como líneas estratégicas y productos (ORAS-CONHU 2007, 3-4) los que se señalan a continuación:

- A. Inclusión de indicadores epidemiológicos que den visibilidad a los pueblos originarios.

<sup>35</sup> Los ministros y ministras de Salud mantienen con regularidad reuniones, llamadas Reuniones de ministras y ministros de salud del área andina (REMSAA), para discutir y tomar resoluciones sobre temas de salud de la subregión dentro de los lineamientos del ORAS-CONHU. Mediante el ORAS-CONHU, los ministros de Bolivia, Colombia, Chile, Venezuela y Perú “articulan sus políticas de salud, hacen realidad la cooperación Sur-Sur y dan un impulso considerable a la integración andina” (EC MSP 2021, párr. 3).

<sup>36</sup> Dentro de la Estructura del ORAS-CONHU se encuentran las comisiones técnicas y entre estas esta la Comisión Andina de Salud Intercultural, constituida en 2005 y conformada por representantes de los países miembros.

- a) Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS Andino con enfoque intercultural.
- b) Abogacía para la incorporación de variables de pertenencia étnica en los sistemas de información de las instituciones de salud y censos.
- B. Desarrollo y fortalecimiento de capacidades y competencias en salud intercultural.
  - a) Inventario de Programas y módulos de capacitación, elaborado y distribuido a todos los países y capacitación.
  - b) Módulos de sensibilización para autoridades de salud y proveedores de salud unificados y desarrollados.
  - c) Diplomado en Salud Intercultural y Maestría en Salud Intercultural diseñados e implementados
- C. Incorporación de medicina tradicional y adecuación intercultural en los servicios y sistemas de salud.
  - a) Módulo de Atención en Salud en fronteras validados e implementados.
  - b) Informe de proyectos socializados en los países andinos.
- D. Formulación y desarrollo de políticas públicas en salud con perspectiva intercultural.
  - a) Orientaciones para el desarrollo de marcos jurídicos que protejan y promuevan la incorporación de la medicina tradicional en los sistemas de salud, elaborados.
  - b) Publicaciones sobre evidencias de los sistemas de salud indígena y oficial.
- E. Identificación de alianzas estratégicas.
  - a) Redes, alianzas y/o convenios de cooperación identificados, establecidos y/o en ejecución.
- F. Elaboración de un plan de monitoreo y evaluación.
  - a) Plan de Monitoreo y Evaluación diseñado e implementado.

El ORAS-CONHU (2014, 10) recoge como antecedente para la elaboración del *Plan Andino de Salud Intercultural* la Reunión Técnica sobre Transversalización del Enfoque Intercultural en las Normas de Salud Materna –convocada por el MSP, el PNUD y FCI (Family Care International)– que se realizó el año 2010 en Quito, y tuvo como propósito:

contribuir a lograr la progresiva incorporación de modelos regionales de atención a la salud materna con enfoque intercultural y de derechos en las políticas públicas de salud, entregando recomendaciones sobre estrategias normativas y programáticas para fomentar la adecuación cultural de los servicios de salud materna y del quehacer de los proveedores de salud para contribuir a la reducción de la mortalidad materna en mujeres indígenas (10).

En el año 2014 el ORAS-CONHU generó la *Política Andina de Salud Intercultural* con el fin de implementar la salud intercultural en los países del miembros para “la superación de las inequidades en salud de los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros pueblos” (ORAS-CONHU 2014, 26), por medio de la implementación de lineamientos y estrategias acordes a los enfoques y principios de esta política (25). Entre las estrategias que se plantea se encuentran: el fortalecimiento del recurso humano con enfoque intercultural en salud; el reconocimiento, protección y fortalecimiento de la medicina tradicional o ancestral; el desarrollo de servicios de salud

con pertinencia cultural y articulación entre sistemas médicos (33) y sistemas de formación; la investigación en salud intercultural (34), y la transversalización del enfoque intercultural en el marco de los determinantes sociales de la salud y de los programas de salud (35).

Desde el ORAS-CONHU, con el *Plan Andino de Salud* y la *Política Andina de Salud Intercultural* (2014), se promovió procesos orientados a la implementación de políticas de salud intercultural, a partir de los cuales se desarrollaron publicaciones, como: *Manual para la humanización y adecuación cultural de la atención del parto* (González Guzmán 2007); *Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado* (EC MSP 2008); *Transversalización del enfoque intercultural en las normas de salud materna* (EC MSP 2011b); *Salud, interculturalidad y derechos: Claves para la reconstrucción del *sumak kawsay-buen vivir** (Fernández Juárez 2010); *Por un parto culturalmente adecuado: Un derecho de las mujeres y de los recién nacidos* (EC MSP 2011a); “Propuesta atención de parto con pertinencia intercultural” (EC MSP 2020b); *Reglamento que regula el ejercicio de los profesionales especialistas en medicinas alternativas* (EC MSP 2014c), que incluye el consentimiento informado de las terapias alternativas; “Acuerdo Ministerial 37: Normativa para el ejercicio de las terapias alternativas” (EC MSP 2016b) e “Implementación y fortalecimiento del parto en libre posición: Estrategia macro” (EC MSP 2014b).

### 3.2.2. UNASUR

El 23 de mayo de 2008 se crea la Unión de Naciones Sudamericanas (UNASUR). En el año 2010 se realizó el seminario-taller “Soberanía de la salud y nueva arquitectura financiera regional”, el cual trató de la creación del Banco del Sur, que tuvo como prioridad el “financiamiento de proyectos, la soberanía en el cuidado y tratamiento de la salud de nuestros pueblos [...] y [de] la creación del Consejo Sudamericano de la Salud”; de esta manera, desde la UNASUR, se dio “impulso al derecho de la salud como uno de los ejes estratégicos de la integración sudamericana” (Pressenza 2010, párr. 1) con un enfoque solidario, de acceso a la salud, de eficacia y de interculturalidad y de soberanía alimentaria.

### 3.2.3. Parlatino

El Parlamento Latinoamericano y Caribeño (Parlatino) fue creado bajo la *Declaración de Lima* en 1964, y está integrado por los Parlamentos y Asambleas

Nacionales de los países de América Latina. El Parlatino se institucionalizó el 16 de noviembre de 1987, en la ciudad de Lima, buscando convertirse en un organismo de coordinación entre países (Parlatino 1987, art. 1). En mayo de 1992 se instaló en Nicaragua la Comisión Permanente de Asuntos Indígenas y Etnias de este organismo (Parlatino 1992, 1) para tratar temas relacionados con el medio ambiente y los derechos de los pueblos indígenas, entre ellos, los procesos de legalización de tierras (art. 3). Se han incorporado leyes marco como la Resolución N.º 14: *Ley Marco en Materia de Medicinas Complementarias para América Latina y el Caribe* (2009b), y la Resolución N.º 13: *Ley Marco de Medicina Tradicional para América Latina y el Caribe* (2009a). Estas resoluciones constituyen disposiciones del Parlatino que deben acatar los gobiernos a fin de garantizar los derechos de los pueblos indígenas y afrodescendientes.

### **3.2.4. BID**

El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) se constituyó el 8 de abril de 1959 como una organización financiera internacional. En febrero de 2006, el BID aprobó la *Política operativa sobre pueblos indígenas y Estrategia para desarrollo indígena* que busca visibilizar a estos pueblos promoviendo el desarrollo de programas sociales y económicos que beneficien a los grupos con menores ingresos y con necesidades básicas insatisfechas; potenciar la gobernabilidad; mejorar el acceso y la calidad de los servicios sociales, así como las oportunidades para el desarrollo económico, y los derechos, la normatividad y la seguridad jurídica (BID 2006, 36-41).

El BID ha promovido proyectos de educación bilingüe, programas de salud y nutrición, además de programas de desarrollo rural dentro del concepto de apoyo a la población rural campesina, lo mismo que programas para proteger y conservar el medio ambiente (BID 2012, 19). El BID también ha realizado estudios sobre la situación de los pueblos indígenas cuyos resultados revelan la relación directa entre pobreza y pueblos indígenas en la región (4).

En resumen, tal como han sido diseñadas y propuestas, las recomendaciones internacionales generan tensiones porque no responden a las realidades locales ya que han sido concebidas desde la visión externa y ajena de técnicos y asesores internacionales.

Tal es el caso de las realizadas por la OMS-OPS que, como se ha mencionado, se orientan a “integrar” la medicina ancestral, pero dentro de los sistemas nacionales de salud. Como lo menciona Aguirre (2016, 10), “la OMS y la OPS ponen condiciones en el uso de la medicina tradicional, y plantean temas como el asegurar eficacia y calidad,

mejorar el acceso y uso racional de las mismas para lo que requieren de la evaluación científica de cualquier tratamiento”. Se constituye en una nueva forma de marginalizar los conocimientos indígenas –de los cuales, en el fondo, desconfían–, los mismos que no necesariamente son incluidos en “la noción o desarrollo intercultural de la medicina” (10).

Las prácticas ancestrales son consideradas como servicios de atención primaria de salud (APS) a ser aplicados en poblaciones de bajos ingresos, resultando de esto una visión de una medicina “barata” para las poblaciones rurales andinas. Igualmente, se trata de reglamentar la medicina ancestral mediante el uso “adecuado y eficaz” de “los productos, las prácticas y los profesionales” (OMS 2014, 12). Al utilizar los mismos parámetros de eficacia, reglamentación y calidad con que se miden los servicios de salud occidental, se desconoce que la medicina ancestral tiene otra lógica y otras formas de valorar sus prácticas, como se ha señalado en el capítulo primero. Se fomenta la “cobertura sanitaria universal” (12) con la integración utilitaria de la medicina ancestral para mejorar los servicios y resultados sanitarios. Al promover que “los usuarios puedan tomar decisiones con conocimiento de causa en lo que concierne al cuidado de su propia salud” (12), se deslinda al Estado de la responsabilidad de precautelar las condiciones de vida y salud de la población.

Por otra parte, las políticas, estrategias y programas que el ORAS-CONHU y la OPS-OMS proponen en el *Plan Andino de Salud Intercultural* contienen presupuestos contradictorios. Se formula el “empoderamiento” de los pueblos (ORAS-CONHU 2007, 2) como un factor relevante para la salud intercultural sin considerar que existen lógicas y cosmovisiones (patrones de conocimiento “otros”) que han sido subordinadas, y que deben ser visibilizadas, respetadas y entendidas como sistemas de salud “otros”, de la misma forma en que se reconocen los de la salud occidental, y que, por lo tanto, no necesitan ser “empoderados” porque se han mantenido en resistencia y han estado vigentes por siglos. Además, los “modelos de salud con adecuación intercultural” (3) han sido concebidos dentro de los marcos establecidos por los Estados en sus sistemas nacionales de salud desde la perspectiva “oficial” de la medicina occidental de consultores internacionales.

Los proyectos de desarrollo rural apoyados por el BID no tomaron en consideración las diferencias culturales que están presentes en las poblaciones de las zonas rurales como las de los Andes. En cuyos territorios viven pueblos ancestrales que tienen, como se ha venido indicando, formas “otras” de explicar la realidad y, por lo tanto, de entender y explicar el “desarrollo”. El BID buscó el aseguramiento de la salud en

estrecha relación con los procesos de modernización que proponía el Banco Mundial, lo que generó una gran tensión y resistencia de los movimientos indígenas a la privatización de los servicios de salud de los años 1990. Según Deruyttere (1997, 2), las estrategias de integración de poblaciones indígenas al “desarrollo nacional [...] no dieron resultado, porque desconocían la relación estrecha entre desarrollo sustentable e identidad sociocultural”.

De igual manera, para la UNASUR la salud fue considerada como un eje estratégico de la integración sudamericana sin que esta reconociera los diferentes grupos poblacionales que conforman América del Sur, que no es homogénea, y que, por lo tanto, existen otros conocimientos sobre salud en la región.

La *Declaración Universal de la UNESCO sobre la Diversidad Cultural*, que la establece como “patrimonio común de la humanidad” (UNESCO 2001, art. 1), está traspasada por la visión colonial de la cultura occidental. Se generan tensiones cuando plantea que los derechos humanos, garantizados por el derecho internacional, no pueden ser vulnerados invocando las diferencias culturales (UNESCO 2001, art. 4). Con esta amonestación, las diferencias culturales tienen que someterse a la “declaración universal” establecida por la CDH, contradiciendo el reconocimiento de las diferencias culturales que existen en el mundo, las mismas que no pueden ser entendidas desde planteamientos universales.

Para finalizar, es importante enfatizar que, a pesar de los acuerdos realizados por los organismos internacionales por más de cincuenta años, y de las reuniones desarrolladas para el diseño de políticas, proyectos, talleres, manuales y guías sobre salud intercultural, los sistemas nacionales de salud siguen organizados desde la visión “oficial” de la medicina occidental y, en el caso del Ecuador, desde la rectoría del MSP. Y, por ende, los conocimientos ancestrales sobre salud están subordinados a esta visión desde los organismos internacionales y los Estados.

La imposición de las políticas de los organismos internacionales genera tensiones también en los territorios. Como se refirió en el capítulo segundo, en el caso del cantón Pedro Moncayo, las políticas, planes y programas de salud intercultural han sido formulados por técnicos sin conocer las realidades locales. Estos son imaginados en los escritorios ignorando lo que la gente de las comunidades piensa y siente. Los conocimientos y percepciones de los pobladores no son conocidos ni vividos por los “expertos”. La colonialidad del saber, del poder y del ser se reproduce en las intervenciones de los organismos internacionales.

#### 4. Tensiones desde la Constitución y las leyes

Las recomendaciones legales y operativas establecidas por los organismos internacionales influenciaron en los diferentes países que fueron recogiendo en sus propias legislaciones. En el caso del Ecuador, la Constitución de 1979 –cuya elaboración fue posterior a casi dos décadas de dictadura y tres juntas militares (las de 1963, 1972 y 1976)– reconoció libertades y avanzó en materia de derechos sociales (EC 1979). Los procesos de planificación, manejo y control de recursos estratégicos se garantizaron para el Estado. Pero el carácter reformista de esta Constitución provocó que los grupos de poder económico presionaran por reformas en favor de la apertura neoliberal, los recortes a la actividad del Estado y la privatización, lo que devino en una nueva Constituyente en 1998 (J. Paz y Miño 2008, párr. 6-7).

Sin embargo, las luchas indígenas influyeron para que la Constitución de 1998 reconociera al Ecuador como un Estado pluricultural y multiétnico, y garantizara los derechos colectivos de los pueblos indígenas (EC 1998, art. 84). Es así que estableció:

1. Fortalecer su identidad y tradiciones en lo espiritual, cultural, lingüístico, social, político y económico;
2. Conservar la propiedad imprescriptible de las tierras comunitarias;
3. Mantener la posesión ancestral de las mismas;
4. Participar en el uso, usufructo, administración y conservación de los recursos naturales renovables que se hallen en sus tierras;
5. Ser consultados sobre planes y programas de prospección y explotación de recursos no renovables que se hallen en sus tierras y que puedan afectarlos ambiental o culturalmente; participar en los beneficios que esos proyectos reporten, en cuanto sea posible y recibir indemnizaciones por los perjuicios socio-ambientales que les causen;
6. Conservar y promover sus prácticas de manejo de la biodiversidad y de su entorno natural;
7. Conservar y desarrollar sus formas tradicionales de convivencia y organización social, de generación y ejercicio de la autoridad;
8. A no ser desplazados, como pueblos, de sus tierras;
9. A la propiedad intelectual colectiva de sus conocimientos ancestrales; a su valoración, uso y desarrollo conforme a la ley;
10. Mantener, desarrollar y administrar su patrimonio cultural e histórico;
11. Acceder a una educación de calidad. Contar con el sistema de educación intercultural bilingüe;
12. A sus sistemas, conocimientos y prácticas de medicina tradicional, incluido el derecho a la protección de los lugares rituales y sagrados, plantas, animales, minerales y ecosistemas de interés vital desde el punto de vista de aquella;
13. Formular prioridades en planes y proyectos para el desarrollo y mejoramiento de sus condiciones económicas y sociales; y a un adecuado financiamiento del Estado;
14. Participar, mediante representantes, en los organismos oficiales que determine la ley;
15. Usar símbolos y emblemas que los identifiquen.

La Constitución de 1998 avanzó en derechos y garantías, pero estableció un viraje neoliberal y un giro aperturista geoglobal estimulados por el Fondo Monetario Internacional y el Consenso de Washington con restricciones a las actividades del Estado y favoreciendo la privatización (J. Paz y Miño 2008, párr. 13). La autonomía, desconcentración y descentralización transformaron la institucionalización del Estado central (párr. 21). Se incorporaron derechos humanos de tercera y cuarta generación, reconociendo a los pueblos indígenas sus derechos sobre las tierras ancestrales, sus formas de organización, educación y administración de justicia (párr. 16).

La nueva Constitución (EC 2008, art. 1) define al Ecuador como intercultural, plurinacional y laico, y recoge los derechos de las comunidades, pueblos y nacionalidades ya reconocidos en la Constitución de 1998. Establece a la salud como un derecho que el Estado debe garantizar mediante la prestación de los servicios de salud regidos por principios “de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional” (art. 32), como se citó en el capítulo primero.

Como se explicó también anteriormente, el artículo 44 (EC 1998, cap. 4º) incorporó planteamientos importantes sobre medicina ancestral. Y, entre los derechos colectivos de los pueblos indígenas, incluyó las prácticas de salud ancestrales (EC 1998, cap. 5º):

Artículo 84.- El Estado reconocerá y garantizará a los pueblos indígenas, de conformidad con esta Constitución y la ley, el respeto al orden público y a los derechos humanos, los siguientes derechos colectivos:

[...]

12. A sus sistemas, conocimientos y prácticas de medicina tradicional, incluido el derecho a la protección de los lugares rituales y sagrados, plantas, animales, minerales y ecosistema de interés vital desde el punto de vista de aquella.

En su artículo 57 (EC 2008) reconoce los siguientes derechos:

1. Mantener, desarrollar y fortalecer libremente su identidad, sentido de pertenencia, tradiciones ancestrales y formas de organización social.
2. No ser objeto de racismo y de ninguna forma de discriminación fundada en su origen, identidad étnica o cultural.
3. El reconocimiento, reparación y resarcimiento a las colectividades afectadas por racismo, xenofobia y otras formas conexas de intolerancia y discriminación.
4. Conservar la propiedad imprescriptible de sus tierras comunitarias, que serán inalienables, inembargables e indivisibles. Estas tierras estarán exentas del pago de tasas e impuestos.
5. Mantener la posesión de las tierras y territorios ancestrales y obtener su adjudicación gratuita.

6. Participar en el uso, usufructo, administración y conservación de los recursos naturales renovables que se hallen en sus tierras.
7. La consulta previa, libre e informada, dentro de un plazo razonable, sobre planes y programas de prospección, explotación y comercialización de recursos no renovables que se encuentren en sus tierras y que puedan afectarles ambiental o culturalmente; participar en los beneficios que esos proyectos reporten y recibir indemnizaciones por los perjuicios sociales, culturales y ambientales que les causen. La consulta que deban realizar las autoridades competentes será obligatoria y oportuna. Si no se obtuviese el consentimiento de la comunidad consultada, se procederá conforme a la Constitución y la ley.
8. Conservar y promover sus prácticas de manejo de la biodiversidad y de su entorno natural. El Estado establecerá y ejecutará programas, con la participación de la comunidad, para asegurar la conservación y utilización sustentable de la biodiversidad.
9. Conservar y desarrollar sus propias formas de convivencia y organización social, y de generación y ejercicio de la autoridad, en sus territorios legalmente reconocidos y tierras comunitarias de posesión ancestral.
10. Crear, desarrollar, aplicar y practicar su derecho propio o consuetudinario, que no podrá vulnerar derechos constitucionales, en particular de las mujeres, niñas, niños y adolescentes.
11. No ser desplazados de sus tierras ancestrales.
12. 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; y el conocimiento de los recursos y propiedades de la fauna y la flora. Se prohíbe toda forma de apropiación sobre sus conocimientos, innovaciones y prácticas.

Instaura la conformación del sistema nacional de salud y una red pública integral de salud en la que se incorporan también las medicinas ancestrales, alternativas (art. 360) y complementarias a los servicios estatales que serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención (art. 362-3).

De manera semejante, el art. 217, título IV, Participación y organización del poder, del capítulo sexto (EC 2008), que garantiza los derechos políticos relacionadas con el sufragio, reconoce el respeto al principio de interculturalidad en la organización y elección político-administrativa del país.

La Constitución ecuatoriana (EC 2008, tít. I, art. 1) es una de las que más ha incorporado en Latinoamérica reconocimientos sobre la interculturalidad como principio fundamental de las relaciones sociales y de la organización del Estado. Se establece que el “castellano es el idioma oficial del Ecuador; el castellano, el kichwa y el shuar son idiomas oficiales de relación intercultural (art. 2). Dentro del título II, Derechos, se consigna a la educación como “participativa, obligatoria e intercultural” (art. 27). Igualmente se reconoce el “derecho de toda persona y comunidad [a] interactuar entre

culturas [...]. El Estado promoverá el dialogo intercultural en sus múltiples dimensiones.” (art. 28).

Mucho de esta Constitución gira alrededor del régimen del buen vivir en el que se busca la interculturalidad en diferentes ámbitos. Así, la Carta Política (EC 2008, tít. VII, Régimen del buen vivir, art. 343) plantea:

Art. 343.- El sistema nacional de educación tendrá como finalidad el desarrollo de capacidades y potencialidades individuales y colectivas de la población, que posibiliten el aprendizaje, y la generación y utilización de conocimientos, técnicas, saberes, artes y cultura. El sistema tendrá como centro al sujeto que aprende, y funcionará de manera flexible y dinámica, incluyente, eficaz y eficiente.

El sistema nacional de educación integrará una visión intercultural acorde con la diversidad geográfica, cultural y lingüística del país, y el respeto a los derechos de las comunidades, pueblos y nacionalidades.

Al igual que el respeto a los derechos de las comunidades, pueblos y nacionalidades, al fin de garantizar una educación intercultural bilingüe, bajo la rectoría de las políticas públicas del Estado y con total respeto a los derechos de las comunidades, pueblos y nacionalidades (art. 347). El Estado, además, debe garantizar el derecho a la vivienda digna y al hábitat con base en principios de universalidad, equidad e interculturalidad (art. 375).

Dentro del régimen de desarrollo (tít. VI, cap. Primero), la Constitución estipula que el desarrollo debe ser planificado con base en el ejercicio de los derechos, orientados a garantizar el *sumak kawsay*, en el marco de la interculturalidad, del respeto a sus diversidades, y de la convivencia armónica con la naturaleza (art. 275).

En el artículo 95, la Carta Magna establece que:

Las ciudadanas y ciudadanos, en forma individual y colectiva, participarán de manera protagónica en la toma de decisiones, planificación y gestión de los asuntos públicos, y en el control popular de las instituciones del Estado y la sociedad, y de sus representantes, en un proceso permanente de construcción del poder ciudadano. La participación se orientará por los principios de igualdad, autonomía, deliberación pública, respeto a la diferencia, control popular, solidaridad e interculturalidad.

Volviendo al tema que ocupa a esta investigación, la Constitución (EC 2008, art. 358) reconoce la diversidad y la recuperación de las potencialidades para una vida saludable:

El Sistema Nacional de Salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable, [...] tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El Sistema se guiará por los

principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

De esta manera, la Constitución de 2008 abre las posibilidades para una vida saludable de las poblaciones; sin embargo, se mantiene dentro de la perspectiva de un Estado traspasado por la colonialidad y pensado desde la racionalidad de la modernidad:

Art. 361.- El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector (EC MSP 2008, art. 361).

Al asignar al Estado el rol como gestor de los procesos vinculados con la salud-enfermedad y al MSP la rectoría de la salud, encargado de la salud universal, se contradice con el reconocimiento de la diversidad de las prácticas y conocimientos de salud ancestrales convirtiendo a la interculturalización de la salud en una entelequia.

A partir de las Constituciones, se establecieron leyes tendientes a normar el sistema nacional de salud. Conforme a la *Ley de Maternidad Gratuita y Atención a Infancia* (EC 1994, art. 2), con acreditación del MSP, se posibilita la intervención de entidades prestadoras de servicios de salud, incluida la medicina tradicional, con fines de lucro (EC MSP 2006, 8). Se reconoce el papel que pueden jugar las parteras; contradictoriamente, no se las integra dentro de los servicios como parte del personal, y tampoco se asigna presupuesto para sus contrataciones.

La *Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud* (EC 2002, art. 4) determina que se debe “respetar las necesidades y aspiraciones diferenciadas de los grupos sociales y favorecer su interrelación con una visión pluricultural”. Mientras que el Plan Integral de Salud (art. 6) se elaboró “con base en un modelo de atención con énfasis en atención primaria y promoción de salud[.] [...] Se desarrollará en los ambientes familiar, laboral y comunitario, promoviendo la interrelación con la medicina tradicional y medicinas alternativas”.

En resumen, se puede señalar que, desde la perspectiva constitucional, el reconocimiento de los saberes y prácticas ancestrales, así como el de la interculturalidad están plenamente presentes. Por lo tanto, dentro de la retórica política existen los suficientes artículos y reglamentos que supuestamente garantizarían la interculturalidad y el reconocimiento, respeto y promoción de las medicinas ancestrales como lo establece el artículo 44 (EC 2008).

Sin embargo, no se puede saber “si la ley regula en la realidad la práctica de la medicina tradicional [y] dado que formalmente no se cuenta con una institución gubernamental que regule la práctica de esta medicina no se puede determinar hasta qué punto se encuentra operando la iniciativa de ley”, como lo señalan Nigenda et al. (2001, 46-7).

Igualmente, se han realizado varias reformas constitucionales que han generado tensiones y contradicciones al otorgar protección e igualdad ante la ley a las poblaciones con conocimientos “otros” y el reconocimiento de la existencia de identidades étnico-culturales de carácter multiétnico y pluricultural, constituyéndose, como Walsh (2010, 82) señala, en un constitucionalismo multicultural o multiculturalismo constitucionalista, que responde a la necesidad del proyecto neoliberal de expansión del mercado “incluyendo” a los “excluidos”.

La interculturalidad ha sido institucionalizada y cooptada dentro del Estado desde una visión colonial, sin aplicación en la práctica, generando tensiones para lograr la interculturalización de la salud, que supone una relación entre iguales y que, lamentablemente, no tiene una real vigencia en Ecuador. De manera semejante, en las Constituciones se ha introducido la visión del Estado plurinacional, sin embargo, el sistema político todavía no ha sido transformado para reflejar esta realidad política. Se sigue manteniendo la lógica del Estado-nación que desde su origen ha sido una limitación para la inclusión de las culturas indígenas, como se explicó en la sección 2.3.1. (Colonialidad en la salud: desarrollo científico) del capítulo primero. Mientras que el sistema de salud continúa desarrollándose desde la visión hegemónica occidental, que define las políticas, los planes y los programas ignorando las cosmovisiones ancestrales. Por lo tanto, en la retórica política existen los suficientes artículos y reglamentos que, supuestamente, garantizarían la interculturalidad, mas su implementación ha sido marcadamente deficiente.

## **5. Tensiones desde el sistema nacional de salud**

Históricamente la organización de los servicios de salud ha generado un conjunto de tensiones que se mantienen hasta hoy, por lo que es preciso comprender qué ha pasado en las últimas décadas.

Como se anotó en el capítulo segundo, la medicina occidental en el cantón Pedro Moncayo se impone verticalmente como política de Estado desde 1950, cuando se fundó

el hospital de Cayambe –ubicado en el cantón del mismo nombre–, a donde acudían los pobladores de Pedro Moncayo en busca de atención de salud y, luego, en 1966, con la construcción del Centro de Salud Tipo C de Tabacundo. Esa imposición vertical significó el desconocimiento de la presencia histórica de la medicina y los médicos ancestrales y de los conocimientos y prácticas de salud que la gente tenía en el territorio.

En 1972 se implementó una nueva política de Estado con el desarrollo del Plan Nacional de Salud Rural que buscaba la ampliación de la cobertura de los servicios de salud zonas rurales. Este programa consistía en construir centros y subcentros de salud en las zonas rurales del país, bajo un criterio eminentemente occidental, con la asignación de médicos recién graduados que, como se ha explicado, para que puedan ejercer su profesión, debían cumplir con un año de medicina rural. La formación basada únicamente en los conocimientos occidentales de estos profesionales genera una gran tensión entre ellos y la población que posee cosmovisiones y conocimientos de salud “otros”. Nuevas formas de violencia, por la imposición de los conocimientos científicos de los médicos rurales que buscaban y buscan superar los esquemas “primitivos” en desmedro de los conocimientos y prácticas de la medicina ancestral, se infringieron sobre la gente de las comunidades del cantón, al igual que en todas las zonas rurales del país.

Como se señaló anteriormente, los procesos de reforma y modernización del Estado en salud, promocionados por el BM en la década de 1990, estuvieron orientados a la privatización de los servicios de salud bajo criterios de competencia gerenciada, recuperación de gastos y eficiencia administrativa empresarial, sin contemplar la integración de la salud ancestral. Con esta visión se afectó doblemente a la población andina tanto por la imposición occidental de los servicios de salud como por la privatización de los mismos. El movimiento indígena en la década de 1990 se opuso a esta concepción de modernización (Pacheco 1995, 24-7; Dávalos 2001, 111-7).

Con la *Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud* (EC 2002) se crean los consejos de salud nacional, provinciales y cantonales:

#### Capítulo V

##### De los Consejos de Salud

Art. 14.- Los Consejos de Salud como organismos de representación de los integrantes del Sistema, son instancias de coordinación, concertación sectorial, articulación interinstitucional e intersectorial, en apoyo al funcionamiento del sistema.

En el año 2002, como se indicó en el capítulo segundo, se crea mediante ordenanza municipal el Consejo Cantonal de Salud del cantón Pedro Moncayo, que constituyó un

importante espacio para la participación ciudadana. Esta instancia, que contaba con representación paritaria del Estado y la sociedad civil, acorde con la ley, incorporó temas sobre salud intercultural (EC CMPM 2002).

Sin embargo, con la *Ley Orgánica de Salud* (EC 2006), se desconoció a los consejos cantonales de salud y, posteriormente, con la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), se los reemplazó con los comités locales de salud (EC MSP 2012b, 203), conformados por personas de la localidad conocedoras de la problemática de salud de su comunidad invitadas por los centros de salud adscritos al MSP, pero sin tomar en cuenta la participación paritaria que tenía la sociedad civil en los primeros (consejos cantonales de salud).

Se aprecian tensiones entre las leyes de salud del año 2002 y de 2006 (ver cita anterior) también en cuanto a participación ciudadana:

### Capítulo III

Derechos y deberes de las personas y del Estado en relación con la salud

Art. 7.- [...] k) Participar de manera individual o colectiva en las actividades de salud y vigilar el cumplimiento de las acciones en salud y la calidad de los servicios, mediante la conformación de veedurías ciudadanas u otros mecanismos de participación social; y, ser informado sobre las medidas de prevención y mitigación de las amenazas y situaciones de vulnerabilidad que pongan en riesgo su vida (EC 2006).

Con la conformación del CCSPM se posibilitó la participación de la sociedad civil en las discusiones sobre la organización local de la salud, incluyendo por primera vez el tema de la salud intercultural. La eliminación de este consejo por la nueva ley constituyó un retroceso para la interculturalización de la salud en el cantón.

El MSP, entre 2004 y 2016, buscó nuevas estrategias para enfrentar los crecientes problemas de salud de la población. Así, el MAIS, de acuerdo al documento “Proceso de Normatización del Sistema de Salud Nacional: Subproceso de Salud Intercultural. Mapa estratégico 2006-2010” (EC MSP 2006, 10), establece como base conceptual el:

enfoque intercultural que ha de garantizar la vigencia y práctica de los conocimientos provenientes de un rico patrimonio cultural, superando prejuicios e incorporando modelos que expresen la complementariedad, la reciprocidad y la diversidad de las culturas en salud.

Y, entre las estrategias para desarrollar el MAIS, constan:

Garantizar la adopción intercultural de aspectos conocidos de la atención: investigación y validación de prácticas alternativas de salud; aplicación y normatización de las prácticas validadas. Fortalecimiento y coordinación con la red comunitaria (se comprende la red

socio organizativa –cabildos; organizaciones de primero y segundo grado– así como las redes de sanadores de las medicinas tradicionales) (10).

A partir de la Constitución de 2008 se ha venido proponiendo el establecimiento de un sistema único de salud, integrando la seguridad social, el MSP y la sanidad militar, formando una red pública integral de salud que “será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado” (EC 2008, art. 360). Es así que, a partir del año 2008, se fue consolidando el nuevo Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI). Y, después de un proceso de aprobación y autorización de publicación, aparece el *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud –MAIS–* (EC MSP 2012b, 12) como: “herramienta conceptual y metodológica para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque familiar, comunitario e intercultural, que rige para el Sistema Nacional de Salud en Ecuador”.

El MAIS-FCI, según el documento mencionado, estuvo enmarcado en la Constitución, el Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir (PNDBV), la Agenda Social de Desarrollo Social y los Objetivos de Desarrollo del Milenio para garantizar “el derecho a la salud, la estructuración del sistema nacional de salud y la protección de grupos poblacionales” (29). Siguiendo la definición de salud de la OMS (39), estuvo principalmente orientado al “cuidado y recuperación de la salud en todas sus dimensiones: biológicas, mentales, espirituales, psicológicas y sociales” (40). Sin embargo, no menciona las dimensiones “otras” sobre salud que las poblaciones ancestrales tienen y que fueron explicadas en el capítulo primero.

El MAIS-FCI tiene una orientación hacia la APS con un criterio que fuera renovado por la OMS en el año 2008 para el desarrollo de los sistemas de salud y de una epidemiología comunitaria, con participación social, bajo un enfoque intercultural de reconocimiento y respeto a la diversidad cultural (44). Y busca el cumplimiento de las metas del PNDBV (56; EC SENPLADES 2009).

Se propone la provisión de servicios “integrales e integrados de salud, garantizando la continuidad en la atención y respondiendo a las necesidades de salud de la población a nivel individual, familiar y comunitario” (EC MSP 2012b, 61). Se buscó la estructuración de los servicios de salud por niveles de atención en centros tipo A, B y C. Estos centros fueron modelo para el desarrollo de la infraestructura en salud y conformaron la Red Pública Integral de Salud y Complementaria. Su fin fue: “garantizar

el acceso universal de la población a servicios de salud, optimizando la organización y gestión en todos los niveles” (90) y “una gestión integrada, desconcentrada, de base territorial y participativa” (97). Para ello se contaba con una herramienta metodológica para el diagnóstico y monitoreo de la situación de salud llamada Análisis Situacional Integral de Salud (ASIS) (98).

Sin embargo, ya en la realidad de los servicios de salud, de un análisis realizado en ocho países latinoamericanos sobre los avances en atención primaria entre las poblaciones indígenas se identificaron los principales problemas entre los que se encuentra la dificultad de accesos, los problemas de comunicación, la carencia de medios de transporte para acceder a una adecuada atención médica, y la ausencia de información sobre estos grupos poblacionales (Fernández et al. 2018, 1). El estudio reconocía que los sistemas nacionales deben avanzar mucho hacia una medicina intercultural reconociendo las realidades rurales sociales y económicas de las comunidades (1).

En los lineamientos conceptuales del MAIS-FCI (EC MSP 2012b, 45) se establece la interculturalidad como un pilar fundamental:

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 [...], 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.

Para el sector salud el reto fundamental es incorporar de manera transversal el enfoque intercultural en el modelo de atención y gestión.

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

Sin embargo, como plantean Arteaga, San Sebastián y Amores (2012, 404), se:

enfatisa el seguimiento de actividades propuestas en la comunidad con prioridad en caravanas preventivas de población concentrada, la estructuración de asociaciones de usuarios, una APS [atención primaria en salud] en parroquias seleccionadas para trabajar en vigilancia comunitaria y, principalmente, el reforzamiento de la red pública de salud con el fortalecimiento de hospitales básicos. De este modo, en el período entre el 2010 y el 2011 el “enfoque intercultural” e incluso del trabajo en comunidad se dejan de lado, con inversión y focalización importante de esfuerzos hacia los servicios de salud de tercer nivel.

Otra contradicción que se aprecia en los postulados del MAIS-FCI (EC MSP 2012b, 11) es que dice sustentarse:

en una visión de desarrollo que supera el enfoque economicista, concentrador y excluyente, hacia una visión que pone en el centro de la preocupación al ser humano y articula los diferentes ámbitos de la vida a nivel económico, social, político, cultural, ambiental, en función de la generación de oportunidades y potenciación de las capacidades, para el logro de condiciones de bienestar de toda la población [...] [y] para lograr un país capaz de garantizar los derechos de las y los ciudadanos y de las futuras generaciones.

Todo lo cual implica el reconocimiento de las diferencias culturales que existen en la población a la que se garantiza los derechos y los servicios; sin embargo, no se han concretado, ni se ha puesto en práctica una verdadera orientación intercultural a fin de interculturalizar la salud occidental y ancestral. Como menciona Aguirre (2016, 7), la interculturalidad está inserta en un conjunto de leyes y normas que limitan el paso de la retórica a una realidad intercultural. No se han integrado ni los saberes ni a los médicos ancestrales en los centros de salud. Tampoco se han asignado recursos financieros para cubrir los costos de la atención de la medicina ancestral o para la formación de recursos humanos, sin mencionar el problema del idioma que es una de las principales dificultades de la salud intercultural, y tal vez la mayor barrera, pues el desconocimiento del contexto y cultura de los pacientes, unida a la insensibilidad del personal, se convierte en una brecha insalvable (Aguirre 2016, 7).

Si el personal de salud y sus instituciones pertenecen a culturas distintas a la de sus pacientes, la comunicación con estos es muy difícil. El médico no valora ni entiende la visión del paciente, “lo cual es [...] grave en el caso del médico y demás personal de salud que, supuestamente, debe ponerse al servicio de sus pacientes” (Albó 2004, 69). Con frecuencia, el médico no conoce las prácticas de salud ancestrales, como el uso de plantas medicinales, y cuando es preguntado: ¿Con qué tipo de agua tomo esta medicina?, el médico contesta: “Con cualquiera”, generando desconfianza en el paciente porque, desde la concepción de frío y calor presente en la cosmovisión andina, el uso de hierbas medicinales debe ser realizado acorde al tipo de enfermedad que se tenga: frías o calientes, como se explicó en el capítulo primero. Asimismo, hay diferencias significativas en cuanto a las expectativas de curación, como plantea Albó, es distinta: “la expectativa de que se realicen determinados ritos curativos o el rol que deben jugar los familiares en todo ello. [...] A lo anterior se suma entonces la subvaloración del mundo del paciente. [...] Esta suele ser la situación habitual en aquellos países con una historia colonial o neocolonial” (69).

El MSP reconoce la existencia de diferentes culturas, con sus propias lenguas y desarrollo social e histórico, para lo cual ha formulado convenios con organizaciones indígenas para conformar redes de servicios de salud descentralizados con participación social y en coordinación con organizaciones y gobiernos locales, y desarrollar los principios de APS. Sin embargo, propone que se implemente la APS basada “en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados” (OMS 1978, 3), con lo cual sigue reproduciéndose la “colonialidad del saber” en la implementación de los servicios.

¿Cómo imaginar la implementación de un modelo intercultural que integre en la práctica los dos sistemas de salud –el ancestral y el occidental– en un “sistema único” de salud, dado que cada uno de estos parten de modos de producir sentido y epistemologías diferentes? El Estado y la organización de los servicios desde el MSP han priorizado la perspectiva del pensamiento científico occidental pretendiendo que “integran” los conocimientos ancestrales; sin embargo, los ignoran. Se han formulado “políticas interculturales” que no han sido difundidas ni discutidas en los territorios con participación del personal de salud, los gobiernos locales, las organizaciones de segundo grado y, menos, las comunidades, por lo que se han quedado en el papel y el discurso sin una aplicación real. Se ha priorizado la “modernización” de los servicios de salud y la aplicación de la medicina “científica basada en evidencias”. En el modelo de salud manejado desde el Estado a través del MSP, la salud intercultural ha sido subsumida dentro de la lógica occidental y ha quedado como un discurso sin apoyo político, ni asignación de recursos.

La Constitución de 2008 (art. 360) propone el establecimiento de una red pública integral de salud que debe estar integrada por el conjunto de instituciones estatales y de la seguridad social, y con la implementación del MAIS-FCI se realiza la misma propuesta sin que este propósito haya sido alcanzado. En este esfuerzo nunca se mencionó a la salud ancestral como un sistema de salud diferente, sino que se la cooptó dentro del MSP desde una perspectiva occidental, sin reconocer las diferencias culturales.

En relación con la efectividad y desarrollo del sistema médico occidental –que se ha traducido en la sofisticación de los servicios de salud–, cabe incorporar la reflexión de Schroeder (2007, 1221-2; traducción propia) sobre los Estados Unidos –un “país desarrollado”–, que señala que, si bien se han dado logros importantes en el mejoramiento de la salud de la población con el desarrollo de los servicios de salud, la atención a la salud contribuye únicamente un 10% a reducir las muertes prevenibles. Mientras que el

restante 90% está asociado al mejoramiento de los determinantes sociales y ambientales de la salud, a patrones de comportamiento y a factores genéticos.

Desde la disciplina de la salud pública, y de acuerdo al autor citado, los determinantes sociales son fundamentales para el mejoramiento de la salud de la población; sin embargo, se los plantea desde los supuestos de la visión de salud occidental, sin tomar en cuenta los determinantes culturales de la salud, es decir, las formas de pensar, de ser y hacer “otras”. El principio de las relaciones armónicas del *sumak kawsay* es un ejemplo para el mejoramiento de las condiciones de salud y vida de las poblaciones.

Otra tensión se produce cuando a los médicos se les asignan tiempos limitados para atender a los pacientes, por la idea de eficiencia y rendimiento que impone el sistema de salud. En la investigación cualitativa realizada, la mayoría de los entrevistados consideró que el médico occidental está al tanto de los avances científicos, pero que “siempre está apurado, solo dice: ‘¿Qué le duele?’, le da la receta, llena formularios, y ya...”, pues tiene la obligación de atender a la mayor cantidad de gente y cumplir con los turnos asignados, limitándose a prescribir medicamentos.

Una tensión adicional aparece porque el médico y la medicina occidental pierden la visión integral del paciente al propender a la especialización de los conocimientos, y se limitan a atender las enfermedades orgánicas y no llegan a entenderlas como resultado de la realidad cultural, social y medioambiental de las poblaciones. El sistema de salud prioriza la cantidad antes que la calidad de la atención, contrariamente a lo que la visión del MSP señala: “El Ministerio de Salud Pública, ejercerá plenamente la gobernanza del Sistema Nacional de Salud, con un modelo referencial en Latinoamérica que priorice la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, *con altos niveles de atención de calidad, con calidez*, garantizando la salud integral de la población” (EC MSP 2020a, párr. 2; énfasis propio).

En el caso de Pedro Moncayo, cabe detenerse en los impactos que en el ámbito local ha tenido la implementación del Centro de Salud Tipo C de Tabacundo a partir del año 2014. Se han mejorado los servicios de salud de la biomedicina, con una infraestructura “moderna” con equipos tecnológicos sofisticados; sin embargo, no se han encontrado mecanismos reales tendientes a ofrecer servicios de salud interculturales que posibiliten una verdadera interculturalización de la salud.

La implementación de infraestructura y equipamiento de servicios de atención de salud “homogéneos” ha llevado a la masificación de la atención de los servicios de salud,

sin incorporar los conocimientos ni las prácticas de salud ancestral, a pesar de que esta sigue siendo utilizada por la gente del cantón, como se presentó en el capítulo segundo. La incorporación de la salud intercultural se ha limitado a colocar anuncios en español y kichwa en cada oficina, por ejemplo: Dirección/Hatun Pushask Uku; Sala de espera /Shuyana uku; Información/Willana kuna; Sala de telemedicina/Hillaypi ricush yachana uku; Toma de muestras/Unkuyta yachankapak japik uku; Preparación al parto/Wachana yachai uku; Centro de computo/Hillaykunapak uku; Consulta externa/Examicunata ruranani kani; Farmacia/Hampikunata kuk uku; Sala de reuniones /Tantanakuy uku. También la interculturalidad se ha justificado con la incorporación de una sala para atención de parto vertical, a cargo de una partera ancestral invitada ocasionalmente, que no forma parte del personal de planta del hospital. Actualmente no se cuenta con la atención permanente de médicos ancestrales.

Paralelamente, para la atención de los pacientes, como parte del modelo MAIS-FCI se implementó un “sistema de referencia-contrarreferencia [...] [que] garantiza el acceso a unidades y servicios de mayor complejidad hasta la resolución de la necesidad o problema” (EC MSP 2012b, 85). En este sistema se propone que, conjuntamente con la comunidad, se conformen “redes que vigilen el flujo de la atención desde la comunidad, pasando por las unidades de salud, hasta su regreso a la localidad de origen” (55). Se establece que la articulación de la red:

se basa en el desarrollo y fortalecimiento de sistemas integrales e integrados de servicios de salud basados en la APS-R [atención primaria de salud renovada] que implementan el MAIS fortaleciendo la participación social, la intersectorialidad, la coordinación de fuentes financieras, la integración de los diferentes niveles de complejidad a través de la referencia-contrarreferencia y garantizando la continuidad y calidad de la atención (94).

Este sistema genera tensiones cuando la decisión de traslado del paciente radica únicamente en el criterio del médico, que ejecuta lo establecido en el *Manual del MAIS* que indica: “el flujo del usuario se regirá estrictamente según la normativa del Sistema de Referencia y Contrarreferencia emitida por el Ministerio de Salud Pública” (85) sin considerar las diferencias culturales existentes, como la noción de pertenencia al territorio muy arraigada en la población andina, como la de Pedro Moncayo. También se generan tensiones en las familias en torno al tema financiero por los costos que deben cubrir para el traslado del paciente a servicios de salud distantes de la comunidad, o el de ellos para cuidar al enfermo. Lo cual confluye en que la población vea a los servicios de salud “como

una antesala a la muerte[, por la incertidumbre sobre] ¿Quién le atenderá?, ¿Le vamos a dejar solo? [...] ¿Cómo podremos pagar tanto?” (Albó 2004, 70).

En la investigación realizada se observó que los médicos desconocen los modos de vida de la población de los territorios, al igual que los conocimientos de la salud ancestral, como el uso de plantas, enfermedades y tratamientos. Los empleados del MSP entrevistados señalaron que confían más en los médicos occidentales –que tratan enfermedades orgánicas–, por su experiencia y porque están mucho mejor preparados, que en los médicos ancestrales, que atienden más la parte psíquica. Sin embargo, reconocen que los médicos occidentales no visitan las comunidades y su accionar se reduce al tratamiento de las enfermedades, mientras que los médicos ancestrales ven al enfermo en su relación con su territorio –con la naturaleza, el cielo, las hierbas–, y conocen a las personas, su cultura y sus creencias. La mayoría del personal de salud que fue entrevistado no da importancia a los conocimientos de los médicos ancestrales por considerar que no están lo suficientemente preparados, que les falta conocimiento, que deberían tener permisos para ejercer. Algunos consideran que muchas de sus prácticas no tienen sustento y que las creencias están asociadas a la “ignorancia” de la gente.

En la formación de recursos humanos “oficiales” no se han incorporado componentes relacionados con los saberes “otros” y los conocimientos y prácticas de la medicina y los médicos ancestrales, con lo cual se ha limitado la posibilidad de un diálogo de saberes y prácticas entre el sistema de salud del Estado y el sistema de salud ancestral. La currícula en las facultades de Medicina en América Latina pone énfasis en los conocimientos biológicos, anatómicos, fisiológicos y genéticos, sin incorporar una visión integral de la sociedad y del contexto cultural en el que los médicos se desempeñarán, asuntos que son fundamentales en la relación del médico y el enfermo (Campos 2004, 129). La formación de los profesionales de salud ha sido deficiente en cuanto a la realidad y concepciones indígenas, no solo por parte de los médicos locales que son destinados a esas zonas, sino de los cooperantes o técnicos foráneos que llegan a trabajar en esos espacios (Abad 2004, 76).

Otra contradicción manifestada por los participantes en el presente estudio se refiere a que, mientras el MSP se orienta a la atención de la enfermedad desde la visión occidentalizada, desconoce la visión de armonía entre los seres humanos, la naturaleza, los espíritus y los antepasados, que constituye el fundamento de la promoción de la salud y de construcción de mejores condiciones de vida para la pachamama, las diferentes especies y, dentro de ellas, los seres humanos. Visión que entra en tensión con las

personas que acuden a los servicios de salud que están acostumbradas a otro tipo de atención: una más humana que es la que reciben de los médicos ancestrales.

Existe una tensión entre la visión de la gente, que considera que los médicos ancestrales proporcionan tratamientos más asequibles, a mucho menor costo, con mayor empatía y cercanía a sus costumbres y cultura, y la de los médicos occidentales, que solo preguntan los síntomas, atienden al apuro para cumplir con los turnos asignados y recetan tratamientos químicos. Es parte del imaginario colectivo de la población indígena la percepción negativa que tiene sobre los servicios de salud respecto a que va al hospital a morir. Y que los hospitales y las clínicas privadas son un negocio.

Como se ha analizado en el capítulo segundo, las personas de las comunidades del cantón Pedro Moncayo complementan prácticas ancestrales de salud con la medicina occidental o biomedicina. Para ellas esta combinación no es fácil por cuanto se generan tensiones y contradicciones entre los pacientes y los médicos de los centros y subcentros del MSP, y de estos con los médicos ancestrales. Los servicios ofertados no corresponden a las necesidades culturales de los usuarios. Si no se favorecen procesos de articulación política que empoderen a las comunidades en asuntos de salud (Michaux 2004, 116), que se busque fortalecer la propia identidad y la del “otro” asegurando que se produzcan intercambios constructivos entre ambos (Albó 2004, 65) y se valoricen las culturas ancestrales, entonces la interculturalidad en salud es una entelequia.

En medio de las tensiones detalladas, es importante mencionar que se han realizado esfuerzos desde visiones críticas al modelo de salud que se implementa en el país, como los seis Congresos por la Salud y la Vida de 2002, 2004, 2007, 2009, 2015 y 2017, que contaron con la participación de técnicos nacionales y locales del sistema de salud pública. Cabe señalar que en el Congreso de 2004 se propusieron reformas estructurales, recogidas en el documento “Proceso de Normatización del Sistema de Salud Nacional: Subproceso de Salud Intercultural. Mapa estratégico 2006-2010” (EC MSP 2006, 11), como las que se detallan a continuación:

Recrear los mecanismos necesarios y suficientes para atender a la diversidad de la población ecuatoriana con la medicina tradicional, ancestral, alternativa y complementaria. Esta estrategia incluye las siguientes líneas de acción:

- Construcción de modelos interculturales de salud articulando los sistemas de salud formal, tradicional y alternativa, en los servicios de salud.
- Profundización de procesos de descentralización y participación social a través del desarrollo del modelo intercultural de salud en el contexto de la territorialidad, relacionando la distribución geográfica parroquial y los consejos cantonales de salud.
- Incorporación de los fundamentos epistemológicos, teóricos, metodológicos y técnicos (para la construcción) de los modelos interculturales y pluriétnicos, en el

pensar académico de las universidades e instituciones formadores de talentos humanos en salud.

- Promoción de la investigación científica de lo tradicional, de lo multiétnico, multicultural e intercultural, a través del equipo de salud integral en la salud urbana y rural.

Lamentablemente, dichas recomendaciones no han sido implementadas en la organización del sistema nacional de salud o en el desarrollo de la salud intercultural.

La riqueza de los conocimientos ancestrales acumulados a través de los años y que han persistido en la vida cotidiana de la gente de las comunidades rurales con raíces indígenas no pueden ser subsumidos dentro de un sistema único de salud. Es importante hacer hincapié en que son parte de una matriz cultural diferente que fue desconocida e interrumpida con la colonización y la colonialidad.

La “salud intercultural”, como se ha evidenciado, queda en el discurso, es decir, en el ámbito político-jurídico, pero las relaciones coloniales de poder, de dominación/exclusión se mantienen, tanto en el sistema como en las instituciones de salud del Estado. El modelo de salud occidental sigue siendo hegemónico frente a la salud ancestral. Los diálogos intersubjetivos y de saberes no pueden establecerse en forma genuina y democrática cuando son tan grandes las diferencias de poder entre los participantes en dicho diálogo.

El hecho de que el Estado ejerza la rectoría de la salud desde la jerarquía del MSP con el predominio de la visión científico-técnica de la medicina y de la organización de los servicios de salud, y que los conocimientos ancestrales sean regulados por un manual: “Articulación de prácticas y saberes de parteras ancestrales en el sistema nacional de salud” (EC MSP 2016a) hace inviable la interculturalización de la salud. Esta es un proyecto en construcción que implica cambios epistémicos, políticos, sociales, económicos y culturales que solo se podrán alcanzar con la descolonización del Estado y la construcción de verdaderas políticas interculturales que vengan desde la gente. Se requiere crear espacios de conceptualización sobre la medicina ancestral y capacitar a los profesionales en las construcciones de relaciones verdaderamente interculturales.

Para concluir este apartado, cabe recalcar que, a pesar de la incorporación de las categorías “intercultural” e “interculturalidad” en los documentos, estas no son aplicadas en la organización de los servicios de salud del Estado, pues las relaciones de poder en este no se han modificado.

## 6. Tensiones desde la Dirección Nacional de Salud Intercultural

Como resultado de la lucha de las organizaciones y pueblos indígenas, el 13 de septiembre de 1999 se crea la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas (DNSPI) mediante Acuerdo Ministerial 01642 (EC MSP 2006, 13). El acuerdo señala:

- Art. 1 Créase la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas como una dependencia del Ministerio de Salud Pública, con autonomía técnica, administrativa y funcional.
- Art. 2 Asígnase a la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas las siguientes funciones:
1. La articulación y coordinación de acciones a fin de incorporar las prácticas de medicina tradicional a las de medicina académica e incentivar la legislación sobre la materia de acuerdo a lo prescrito en las Normas Constitucionales.
  2. La formación del personal indígena de salud, tanto en el campo de la medicina tradicional como en el de la medicina académica.
  3. La aplicación del Plan Nacional de Salud de este Ministerio en las comunidades y pueblos indígenas.
  4. La respuesta a problemas inmediatos y emergentes en el ámbito de la salud en las comunidades indígenas (EC MSP 1999).

La DNSPI, de acuerdo al documento “Proceso de Normatización del Sistema de Salud Nacional: Subproceso de Salud Intercultural. Mapa estratégico 2006-2010” (EC MSP 2006, 36),

ha de ejercer su capacidad de rectoría en la definición de políticas de salud intercultural en el entorno biodiverso de las nacionalidades y pueblos, articulando las políticas nacionales y demandas del movimiento indígena y social. Es garante de la provisión y acceso a servicios y prestaciones de salud intercultural oportunas, eficientes y de calidad. Establece la normativa necesaria para la regulación y control de las unidades de servicio en las nacionalidades y pueblos indígenas del país, así como para el ejercicio responsable de los saberes y prácticas de las medicinas ancestrales y tradicionales.

El personal técnico administrativo de la DNSPI se desempeñaba tanto en la planta central del MSP como en las 18 direcciones provinciales de Salud, y estaba a cargo de que se lleven a cabo las políticas de salud intercultural (EC MSP 2006, 13). Para lograr esto, la DNSPI:

Interviene en procesos de desarrollo institucional, de legalización y legitimación de las medicinas ancestrales de las nacionalidades y pueblos, así como en la constitución de horizontes de respeto y diálogo intercultural entre las redes plurales de oferta de servicios y prestaciones, de todas y cada una de las culturas sanitarias existentes en el país, mediante estrategias de desarrollo del talento humano, de comunicación alternativa, de proyectos, investigación y sistemas de información (Medina 2006, 57).

Complementariamente, en cada provincia se creó una DNSPI encargada de implementar modelos interculturales y la sensibilización y participación social, además de líneas de acción de gestión técnica y operativa para el fortalecimiento de la medicina ancestral. Esta nueva estructura por procesos del MSP permitió a la DNSPI realizar un trabajo coordinado con 18 de las 24 provincias del país (EC MSP 2006, 3). A pesar de esta estructuración, el MSP no logró implementar la salud intercultural dentro del sistema de salud.

En 2003, mediante Resolución OSCIDI 2003-0026 de 17 de julio del 2003, se establece la “Estructura Orgánica por Procesos Transitoria del Ministerio de Salud Pública” –citada en el “Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública (Acuerdo 00004520)” (EC MSP 2014a)– en la que se ubicó a la DNSPI dentro del nuevo Subproceso de Medicina Intercultural, dependiente del Proceso de Normatización del Sistema Nacional de Salud.

Sin embargo, desde el inicio tuvo limitaciones, según el “Proceso de Normatización del Sistema de Salud Nacional”, documento del propio MSP ya citado (2006, 13):

[A] fines de abril [de 2001] la DNPSI obtuvo un presupuesto regular[,] su funcionamiento resultó bastante limitado no solo por la insuficiencia presupuestaria sino porque en la práctica se mostró como una instancia administrativa sin ningún poder de decisión sobre cuestiones de política institucional y sobre asuntos que promovieran transformaciones sustanciales en los modelos de gestión y atención de la salud para los pueblos y nacionalidades indígenas.

En 2009, el MSP diseñó un Modelo Intercultural de Salud (EC MSP 2009b, 18-9) enfocado en los derechos humanos, que buscó dar cuenta de la diversidad y particularidad en salud, eliminar barreras culturales y valorar al “diferente”:

- Formulación de normas y reglamentos del modelo intercultural de salud.
- Implementación de indicadores que visibilicen la atención de calidad en los modelos interculturales, lo cual permitirá la acreditación de las acciones.
- Fortalecimiento de las redes prestadoras de servicios locales de modelos interculturales de salud (medicina ancestral, alternativa, complementaria y occidental), con experiencias sistematizadas, documentadas y publicadas.
- Conformación de un equipo multidisciplinario: conocedores/as de la sabiduría ancestral [...] con los promotores/as de salud comunitaria, [para que] participen de los procesos de programación, ejecución y evaluación en cada establecimiento de salud.
- Establecimiento de un sistema de información epidemiológica y vigilancia que genere información desagregada con pertinencia plurinacional, pluricultural, género y generacional; que apoye a la gestión del modelo intercultural de salud.

[...]

El sistema de sabiduría ancestral guarda correspondencia con las peculiaridades culturales de los pueblos y nacionalidades, visto desde la óptica formal, este sistema ha resultado posible obtener componentes etno-gnoseográficos, etno-etiológicos y etno-terapéuticos<sup>37</sup> relativamente comunes. De igual manera existen entidades de convicción.

El modelo respondió a una lógica occidental que pretendía establecer redes prestadoras de servicios que sistematizaran experiencias documentadas y publicadas por equipos multidisciplinares, apoyadas en un sistema de información epidemiológica y vigilancia que posibilitara información e indicadores bajo normas y reglamentos que permitieran la acreditación de las acciones, todo lo cual generó una gran tensión al intentar imponer la lógica occidental de la organización de los servicios del MSP buscando que la medicina ancestral fuera acreditada bajo criterios científicos (EC MSP 2009b, 18-9).

No se puede encasillar el conocimiento ancestral de salud dentro de un “modelo”, lo cual en sí mismo es una contradicción, pues existen distintas formas de atención de salud dependiendo de la realidad y diferencias de los pueblos. Como explican Ochoa y Cujilema (2003, 189), estos modelos interculturales de salud formalizan los procesos curativos tradicionales al institucionalizarlos en unidades de atención; además, vinculan los sistemas de medicinas tradicionales indígenas a las relaciones jerárquicas del sistema de salud occidental.

El enfoque intercultural en salud solo será evidente cuando el propio modelo intercultural vaya más allá de la aplicación de normas que lo sustenten. Fue un error que la antigua DNSPI se haya considerado como un Subproceso de Medicina Intercultural totalmente dependiente del Proceso de Normatización del Sistema Nacional de Salud, lo cual se tradujo en una menor capacidad de toma de decisión y reducción de presupuesto (Arteaga, San Sebastián y Amores 2012, 411).

El Mapa Estratégico 2006-2010 elaborado por el MSP y la DNSPI (Proceso de Normatización del Sistema de Salud Nacional y al Subproceso de Salud Intercultural) (EC MSP 2006), es un documento que presenta un discurso que impulsaba la interculturalidad, pensada desde el sector indígena y su inclusión a lo nacional, el cual muestra una perspectiva que se contradecía con la interculturalidad crítica, que propone la descolonización del Estado. Las normativas desarrolladas no eran congruentes con las políticas que trataban de impulsar la interculturalidad en salud. Por lo tanto el discurso de

<sup>37</sup> La nosografía es “parte de la nosología que trata de la clarificación y descripción de las enfermedades” (RAE 2020e; 2020d). La etiología es el “estudio de las causas de las enfermedades” (RAE 2020c) y la terapéutica es el “conjunto de prácticas y conocimientos encaminados al tratamiento de dolencias” (RAE 2020g).

la inclusión no ha tenido un asidero en la realidad, por lo que los grupos indígenas continúan siendo marginados.

Mediante Acuerdo Ministerial 00001034 de fecha 1 de noviembre de 2011, publicado en la Edición Especial del Registro Oficial 279 de 30 de marzo de 2012 (EC MSP 2012a), se emitió el “Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública”, en el cual la DNSPI pasa a llamarse Dirección Nacional de Interculturalidad, Derecho y Participación Social en Salud. Esta dirección contaba con “departamentos de Medicinas Ancestrales, Medicinas Alternativas y Complementarias, Promoción de Derechos, Género e Igualdad, Gestión y Atención de Salud Intercultural y Derechos, Participación Social” (Aguirre 2016, 10), y tenía como objetivos promover la inclusión, equidad y fortalecimiento de todos los pueblos y nacionalidades del Ecuador en temas de salud (10).

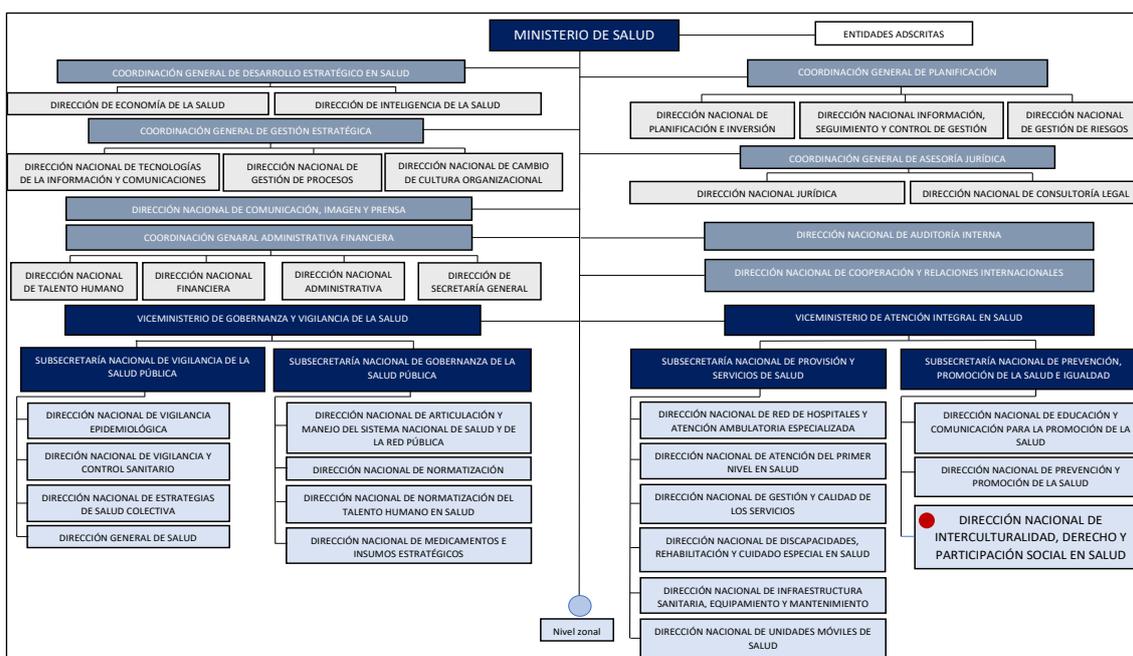


Gráfico 10. Estructura orgánica del MSP, 2012. Elaboración propia a partir del gráfico Estructura Orgánica de la Planta Central (EC MSP 2012a, 11).

El 13 de noviembre de 2013 mediante Acuerdo 00004520, publicado en el Registro Oficial 118, Edición Especial, de 31 de marzo de 2014 (EC MSP 2014a), se emitió el “Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública”, que reemplazó al de 2012 y en el cual la Dirección Nacional de Salud Intercultural, Derecho y Participación Social en Salud pasó a ser la Dirección Nacional de Salud Intercultural (DNSI).

En la misión de la Dirección Nacional de Salud Intercultural (DNSI), instancia del MSP encargada de desarrollar los programas de salud intercultural en Ecuador a partir de 2014, como se ha indicado, se evidencian las tensiones generadas por la imposición de la salud occidental:

Formular y coordinar la implementación de políticas, planes, programas y demás herramientas de salud intercultural en el Sistema Nacional de Salud y la gestión del Ministerio de Salud Pública, que garanticen el reconocimiento y respeto de la diversidad de pueblos y nacionalidades, y la articulación de los conocimientos, saberes y prácticas ancestrales de salud (EC MSP 2019).

En esta forma, la salud intercultural pasó a depender de la Dirección Nacional de Salud Intercultural, a su vez inserta en la Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad, que dependía del Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud, y del ministro/a de Salud, con lo que se mantuvo una visión sometida de la medicina ancestral, cuyas cosmovisiones y saberes requieren ser reconocidos y valorados desde una lógica distinta para la organización de los servicios de salud.

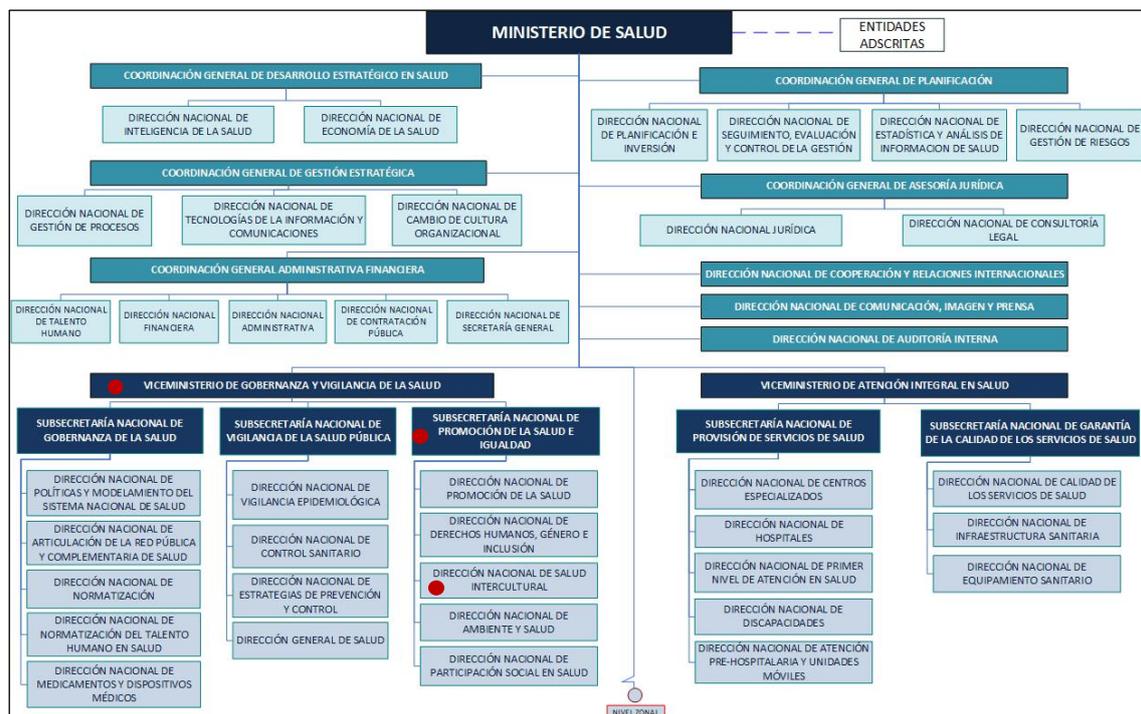


Gráfico 11. Estructura orgánica del MSP, 2014. Elaboración propia a partir del gráfico Estructura Orgánica de la Planta Central (EC MSP 2014a, 14).

Así, en el “Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública (Acuerdo 00004520)” (EC MSP 2014a), se puede

observar la posición marginal de la DNSI, que esta subsumida dentro de la verticalidad y rectoría del MSP (ver gráfico 11).

Si bien la propuesta de salud intercultural plantea criterios de interdependencia, sostenibilidad, integralidad, horizontalidad, interdisciplinariedad, sinergia, complementariedad e integración, que permiten satisfacer los intereses de sus múltiples actores con procesos de diseño de estrategias y mecanismos operativos de funcionamiento y la correspondencia entre las perspectivas culturales diferentes en el subsistema formal de salud y en el subsistema de medicina ancestral (Ochoa y Cujilema 2003, 189-91), todos estos criterios son impuestos desde una lógica occidental que encasilla los conocimientos ancestrales a un subsistema perdido en un organigrama, sin que tenga la importancia que requiere y la posibilidad de incidir en el sistema de salud.

Los postulados del MSP sobre desarrollo de modelos interculturales de salud utilizan la salud ancestral como justificativo de propuestas de bajo costo (EC MSP 2006, 35), lo cual contrasta con las grandes inversiones hechas en la infraestructura y equipamiento de los hospitales del milenio y la limitada asignación de recursos para la medicina ancestral, como es el pago de los médicos ancestrales que se vincularon a algunas unidades operativas, que fueron considerados como voluntarios, sin ser incluidos dentro del personal del sistema de salud y sin asignarles remuneración. Esto replica las experiencias de los promotores comunitarios de salud incorporados en la APS de los años 1970, a quienes se les asignó el papel de voluntarios no remunerados como una estrategia de bajar los costos de la atención de los servicios de salud para las comunidades.

El trato que se da a los usuarios por parte de los empleados de las unidades del MSP en cuanto a conductas sociales, principios y valores éticos en los servicios de atención reflejan que la mitad de los empleados los tratan de forma adecuada mientras que el otro 50% lo hace con poca o nada amabilidad (EC MSP 2006, 22). En el mismo sentido, la atención que se da a los usuarios de las nacionalidades y pueblos indígenas es calificada por ellos como regular y mala. Cabe continuar citando textualmente al documento del propio ministerio cuando señala:

La satisfacción de la demanda es particularmente inadecuada en los servicios de comunidades achuar, zápara, puruhá y cañari, donde se observa una alta conflictividad de los recursos humanos de los servicios con la comunidad, no sólo vinculada a la resolución de conflictos gerenciales, sino al cambio de las prestaciones actuales hacia modelos de atención integral con enfoque intercultural, de conformidad con la normativa existente (22).

Otra tensión que se presenta entre el personal de salud y la comunidad se deriva de la formación académica de los recursos humanos, que no han incorporado temas como diferencias culturales, interculturalidad, conocimientos ancestrales, los cuales son identificados como conocimientos no válidos al no ser científicamente demostrables, lo cual se manifiesta, en las entrevistas realizadas, en los testimonios sobre el trato displicente del personal de salud, especialmente de los médicos, que consideran a la población de las comunidades como “ignorante”, “que no hablan bien español” y “con costumbres no civilizadas”, mientras que la gente aprecia y agradece la calidez con la que reciben atención por parte de los médicos ancestrales.

La mayor cantidad de recursos estatales fueron orientados a la atención médica, y muy escasamente a la promoción de la salud. Resulta contradictorio que los conocimientos de la medicina ancestral, muy vinculados a la búsqueda del *sumak kawsay* –que desde Occidente se denomina “promoción de la salud”–, no hayan sido tomados en consideración ni se haya asignado recursos para su implementación.

Haciendo un recuento del abordaje del tema de la salud intercultural, cabe indicar que el MSP y el BID elaboraron guías de adaptación cultural de los servicios de salud en el contexto de la propuesta del aseguramiento universal de salud (AUS), que fue promovida por la DNSPI en el año 2006. Sin embargo, la implementación de las guías nunca se dio, y solo se reportaron pocos casos de adaptación cultural de los servicios de salud por parte de esta dirección, tales como las casas de parto donde se realizaba el parto vertical (Arteaga, San Sebastián y Amores 2012, 403).

En este sentido, el MSP, en 2008, implementó la atención del parto y el cuidado de la madre y el niño, involucrando a parteras ancestrales de las comunidades rurales, y creó una *Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado* (EC MSP 2008, 11) en la que se:

involucra la atención de la madre y del recién nacido y pretende incorporar en su práctica, no solo las características clásicas de atención en libre posición sino también un conjunto de acciones y actitudes dirigidas a incrementar el acceso de comunidades, pueblos y nacionalidades indígenas y afroecuatorianos a la atención institucional del parto, así como a otras demandas provenientes de diversos movimientos sociales que demandan la atención del parto humanizado.

En esta guía se señala que:

las prestaciones de las parteras se hallan ligadas al servicio de la familia ampliada en lo concerniente a las enfermedades de mujeres o las relativas al embarazo, parto y puerperio. En la actualidad poco o nada de las experticias de este recurso humano han sido incluidas

en las prestaciones de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Tanto el hombre como la mujer asisten en proporciones similares en busca de este recurso. Cuatro de cada diez familias demandan servicios de parteras tradicionales (24).

La elaboración de la *Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado*, según Arteaga, San Sebastián y Amores (2012, 411), fue parte del:

paquete normativo que acompaña al plan para la reducción acelerada de la muerte materna [y] constituye un esfuerzo institucional por formular normas de atención obstétrica, usando un enfoque intercultural de forma sistemática. Posteriormente, la aplicación del enfoque intercultural ha tenido su continuación y profundización en el Paquete Normativo de Atención Integral de la Salud de Adolescentes, emitido por el MSP, en el 2009. Esta normativa se destaca por su tratamiento del concepto de interculturalidad, así como por incluir herramientas para que los profesionales de salud se familiaricen con aspectos culturales de la atención.

Sin embargo, el supuesto de que permitía profundizar el entendimiento sobre relaciones interculturales no ha podido ejecutarse por la inexistente capacitación y formación de recursos humanos en salud respecto a las diferencias culturales y a la comprensión de otras cosmovisiones diferentes de la occidental y científica. Por lo tanto, el personal que brinda los servicios de salud no puede responder a la lógica de la interculturalidad en salud.

Se ha generado una tensión cuando el parto vertical no ha sido promovido como parte de la medicina ancestral, sino solo como una estrategia del sistema de salud para reducir la mortalidad materna, mientras que la gente lo demanda porque es parte de su cosmovisión.

El parto vertical es un ejemplo de las tensiones que se presentan con la elaboración de leyes, políticas, programas, lineamientos, documentos y guías que no han sido construidos a partir de la comprensión del Estado de lo que son la interculturalidad y las diferencias culturales, generando verdaderos consensos con los actores sociales públicos, privados y comunitarios involucrados, en este caso, en el tema de salud.

Respecto al establecimiento de políticas de salud con un enfoque intercultural y el reconocimiento a la diversidad, de acuerdo a Calderón (2010, 55-6):

En el Ecuador, [el MSP] [...] con su Dirección Nacional de Salud Intercultural, los organismos de cooperación nacional y regional (como la Comisión Andina de Salud Intercultural, conformada por representantes de cada país, han elaborado un Plan Andino de Salud Intercultural), las instituciones formadoras de recursos humanos, las organizaciones no gubernamentales [ONG] y diversos conjuntos sociales, en particular las bases de las organizaciones sociales y comunitarias de los pueblos y nacionalidades indígenas se hallaban trabajando en la implementación de las líneas del Plan Andino de Salud Intercultural, prioridad en la materia para la región y para todo el continente.

Si bien, como se ha venido mencionado, se han establecido políticas, modelos, normativas, subprocesos de medicina intercultural, con sus diferentes lineamientos, sin embargo, en la práctica no se los han podido poner en vigencia. Según Cachiguango, cuando se habla en la Constitución de la interculturalidad como un eje transversal es “todo y nada al mismo tiempo”, si no se toma en cuenta que todas las políticas públicas, lineamientos y normativas de las diferentes instituciones del Estado deben tener espacios de discusión para llegar a comprender y a consensos sobre cómo entender la interculturalidad, más aún en el caso de la DNSI (antigua DNSPI). De allí que, para pensar en la salud intercultural, según Cachiguango (2014, entrevista), es necesario primero interculturalizar hacia adentro, fortalecer, revitalizar la cultura indígena y también la mestiza. Aclarando que en el territorio del Ecuador, la matriz cultural indígena, fue la predominante hasta la llegada de los conquistadores europeos. En la denominación de mestizo hay una tendencia a “blanquearse” como una forma de escapar de la segregación y el racismo.

El componente intercultural en las estrategias de implementación del modelo de salud en las distintas provincias del país ha sido inexistente, a pesar de que los componentes comunitarios y familiares del modelo de salud fueron muy detallados e implementados con equipos básicos de salud en zonas rurales y urbanas (Arteaga, San Sebastián y Amores 2012, 404).

Para finalizar, se resumen en la tabla 15 el conjunto de actividades –y, de manera especial, los documentos que se han podido identificar– relacionados a la salud intercultural que la antigua DNSPI, transformada en DNSI, ha desarrollado tanto en el ámbito nacional como en las distintas provincias del país.

Tabla 14  
**Documentos de la DNSPI y de la DNSI  
sobre la implementación de la salud intercultural**

<b>Año</b>	<b>Documento</b>
2001	Borrador de Proyecto de Ley de las Medicinas Ancestrales-Tradicionales de las Nacionalidades y Pueblos del Ecuador.
2002	Mapa estratégico.
2004	Mapa estratégico.
2006	Análisis de la Primera Encuesta Nacional a Comunidades de las Nacionalidades y Pueblos (SIISE-SIDENPE, CODENPE).
	Mapa estratégico.
	<i>Guía para la adecuación cultural de los servicios de salud</i> (BID-PROAUS, MSP).

	Sustento jurídico y metodológico para el Proceso de Reconocimiento, Registro y Certificación de los Sanadores de las Medicinas Ancestrales Tradicionales de las Nacionalidades y Pueblos del Ecuador.
	Plan Andino de Trabajo en Salud Intercultural (Ecuador).
2008	<i>Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado.</i>
	Propuesta de políticas públicas en salud para la diversidad plurinacional e intercultural del Ecuador.
2009	Mapa estratégico.
	Propuesta de políticas públicas en salud para la diversidad plurinacional e intercultural del Ecuador.
	Realización de 3 encuentros regionales con hombres y mujeres de sabiduría de las nacionalidades y pueblos para el acompañamiento en la elaboración del código de ética, proceso que no continuó en su ejecución por falta de acuerdos.
2010	Propuesta de políticas públicas en salud para la diversidad plurinacional e intercultural del Ecuador.
	Propuesta de una norma técnica y lineamientos generales para el ejercicio de la medicina de los hombres y mujeres de sabiduría.
	Elaboración y publicación del <i>Diccionario kichwa para trabajadores de la salud.</i>
2011	Elaboración y publicación del <i>Diccionario de idioma shuar-chicham para trabajadores de la salud.</i>
2012	Elaboración y publicación del folleto informativo sobre la enfermedad de la drepanocitosis en el pueblo afroecuatoriano, y capacitaciones a 120 profesionales de primer nivel de atención, y réplicas correspondientes.
2013	Se fortalece el tema de la inclusión de la variable de autoidentificación étnica.
2014	Registro en una base de datos de la DNSI en todo el país de 1.136 hombres y mujeres de sabiduría (HMS) (yachakkuna –sabios/as–, parteras/os y otros actores de la medicina ancestral-tradicional) legitimados por sus comunidades.
2015	Publicación del libro <i>Historias de vida de hombres y mujeres de sabiduría de la medicina ancestral.</i>
	Realización de consultoría para la elaboración de la guía nacional de nutrición de las nacionalidades y pueblos indígenas, afroecuatorianos y montubios.
	Elaboración de estándares e indicadores para el monitoreo de la atención del parto normal de bajo riesgo en libre posición con pertinencia intercultural en los establecimientos de salud del primero y segundo nivel de atención del sistema nacional de salud.
2016	Se apoya la elaboración del Reglamento para la Práctica de la Medicina Ancestral Tsáchila.
	Elaboración y publicación del <i>Diccionario wao tededo para profesionales de la salud.</i>
	Elaboración de la línea base de la situación de salud de la nacionalidad awá.
	Elaboración de la línea base de la situación de salud del pueblo afroecuatoriano.
	Publicación del <i>Manual de articulación de prácticas y saberes de parteras ancestrales en el sistema nacional de salud</i> mediante proceso consultivo con 388 parteras en todo el país.
	Aprobación de una traducción aproximada al idioma kichwa de la señalética de los establecimientos del segundo nivel de atención.

2017	Aprobación de los “Lineamientos de implementación de huertos medicinales en los establecimientos del primer nivel de atención”.
	Aprobación del folleto <i>Cosmovisión y salud de las nacionalidades y pueblos del Ecuador</i> .
	Aprobación de la normativa para la inclusión del enfoque intercultural en la atención, referencia-contrarreferencia, derivación y contra-derivación de usuarios de comunidades de difícil acceso.
	Aprobación de la norma técnica para la protección de salud de los pueblos indígenas en aislamiento voluntario y contacto inicial.
	Elaboración, aprobación y aplicación de los Lineamientos de implementación de huertos medicinales en establecimientos del primer nivel de atención como espacio de diálogo de saberes entre la medicina alopática convencional y ancestral-tradicional, realización y ejecución del curso virtual “Interculturalidad, salud y buen trato” para profesionales del sistema nacional de salud.
2018	Desarrollo de la base de datos para el conocimiento epidemiológico de las nacionalidades y pueblos.
	Seguimiento de la implementación y aplicación del Acuerdo Ministerial 0082-2017 con la activación de puntos focales en los hospitales de segundo y tercer nivel del país.
	Seguimiento del Acuerdo Ministerial 0246-2018 de la implementación estratégica de servicios de salud inclusivos que exige la incorporación de las medicinas alternativas en los establecimientos del primer nivel de atención Tipo C.
	Proceso de institucionalización del servicio de las medicinas alternativas complementarias en los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel.
	Certificación de 679 terapeutas alternativos con 28 mesas de trabajo para levantar los perfiles profesionales de los terapeutas alternativos entre el MSP, SETEC Y ACESS.
2018-2019	Elaboración y validación de la segunda versión del “Código de ética de la medicina ancestral-tradicional de las nacionalidades y pueblos” por los hombres y mujeres de sabiduría.
2019	Elaboración del Método del diálogo intracultural e intercultural de saberes en salud.

Fuente: EC DNSI-MSP (s. f., 2-4).  
Elaboración propia.

## 6.1. La salud intercultural en las provincias

Las direcciones provinciales de salud han tenido como uno de sus principales objetivos contribuir a “mejorar la calidad y calidez de los servicios de salud mediante la implementación de la estrategia intercultural en el modelo de atención de la gestión de salud, respondiendo a la realidad multicultural de cada provincia” (EC MSP-DPS de Cotopaxi 2012, párr. 3). Las provincias han tenido un grado de desarrollo diferente en lo referente a la salud intercultural, como se puede apreciar en los párrafos siguientes.

La Dirección Provincial de Salud del Tungurahua, con el apoyo financiero y técnico del Proyecto de Garantía de Calidad (QAP) y Family Care International (FCI), en 2005, de acuerdo a Hermida et al. (2010, 277), implementó una propuesta pionera de

humanización y adecuación cultural de la atención del parto (HACAP) con el objetivo de cubrir las necesidades culturales de las usuarias y sus familias.

La Dirección Provincial de Salud del Guayas realizó: el diseño de un enfoque intercultural en los servicios de salud; convenios con entidades formadoras de recursos humanos en terapias tradicionales y alternativas; capacitaciones a los promotores de las áreas de salud; elaboración de manuales, normas y reglamentos, e intercambio de experiencias con médicos ancestrales (EC MSP-DPS de Guayas 2008, párr. 10) (ver anexo 16).

La Dirección Provincial de Salud de Imbabura ha realizado: brigadas médicas interculturales de salud (EC MSP-DPS de Imbabura 2009, 21); socialización sobre embarazo, parto y posparto, y atención del recién nacido (17); recuperación de conocimientos recopilados a las parteras (17); sensibilización al personal de salud del área en temas de interculturalidad en salud; carnetización a nuevas parteras de Cotacachi luego de un proceso de capacitación y evaluación; diagnóstico de salud a mujeres en edad fértil, y visita de observación a la Sala de Adecuación Cultural del Parto en el Hospital San Luis de Otavalo para trasladar la experiencia al Hospital Asdrúbal de la Torre de Cotacachi (28) (ver anexo 17).

La Dirección Provincial de Salud de Cotopaxi ha realizado varios esfuerzos para incorporar la interculturalidad en el sistema de salud de la provincia, entre los cuales se encuentran: la ejecución de ferias de nutrición y salud interculturales; talleres de capacitación, seguimiento de parteras y voluntarios de salud, dentro de la Red Nacional de Interculturalidad en Salud; la elaboración de mapas parlantes (EC MSP-DPS de Cotopaxi 2012, párr. 4); reuniones con conocedores de la medicina ancestral para trabajar en el código de ética y sensibilización de los lineamientos y perfil de la certificación a los verdaderos yachakkuna (párr. 5); publicaciones sobre plantas medicinales; rescate de buenas prácticas dentro de la estrategia de escuelas promotoras en salud; cursos a parteras y voluntarios de salud, con base en una guía técnica para la atención del parto culturalmente adaptado; inclusión a parteras en los temas de la malla curricular en los módulos diseñados por el Programa de Apoyo al Sector Salud del Ecuador (párr. 6) (ver anexo 18).

La Dirección Provincial de Salud de Zamora Chinchipe ha realizado: talleres de capacitación a los agentes comunitarios, parteras tradicionales y sanadores (EC MSP-DPS de Zamora Chinchipe 2012, párr. 12); huertos de plantas medicinales (párr. 11); entrega de semillas de hortalizas y plantas medicinales (párr. 16); creación de sistemas de

referencia para los servicios de salud para las madres embarazadas atendidas por parteras tradicionales; promoción y difusión del programa de salud intercultural (párr. 18); fortalecimiento de la participación social e intersectorial hacia la construcción de una estrategia intercultural (párr. 19) (ver anexo 19).

La Dirección Provincial de Salud de Morona Santiago ha realizado: el fortalecimiento de los sistemas ancestrales de salud de las nacionalidades y pueblos, de sus gentes y espacios sagrados (EC MSP-DPS de Morona Santiago 2013, párr. 3); la implementación de modelos de atención de salud culturalmente adecuados (párr. 4); el desarrollo de una comunicación alternativa con énfasis en la promoción de la salud (párr. 6); la implementación de una Estrategia para Disminuir la Desnutrición en el Pueblo Shuar/Achuar (párr. 10), y la implementación del parto tradicional humanizado, con enfoque integral e intercultural (párr. 4) (ver anexo 20).

## **6.2. Algunos esfuerzos de salud intercultural en Ecuador**

Tanto en la zona rural como la urbana, los casos considerados exitosos de salud intercultural en Ecuador han apoyado la consolidación y el desarrollo de nuevas prácticas de formación e intercambio de experiencias, lo que permitió, según Calderón (2010, 57), reestructurar la oferta de servicios para que sean más eficientes, eficaces, con calidad, accesibles geográfica, cultural y socialmente, mas estos servicios debían seguir las directrices del Modelo de Atención Familiar y Comunitario con el fin de brindar atención pertinente prioritaria y oportuna a la población que había sido servida inequitativamente por el modelo biomédico convencional.

En el Ecuador existen algunas experiencias de interculturalidad en salud que han sido consideradas exitosas y que en su mayoría han estado relacionadas con la implementación del parto para el cuidado de la madre y el niño propuesto por el MSP en el año 2008, basado en la *Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado* (EC MSP 2008). A continuación señalaremos las más significativas que se han desarrollado en el país.

El Jambi Huasi ha funcionado en Otavalo desde 1984. Es una institución privada y sin fines de lucro que está conformada por profesionales indígenas y no indígenas que trabajan por el fortalecimiento de la salud intercultural. Atiende a la población indígena respetando su cultura y cosmovisión, y revalorizando las prácticas de la curación tradicionales (Cisneros 2015) (ver anexo 15).

La ONG Red Internacional de Organizaciones de Salud (RIOS) –que ha venido promoviendo por más de 30 años el mejoramiento de las condiciones de salud pública con un enfoque intercultural en Ecuador (RIOS 2020a, párr. 3-4)–, junto con otras organizaciones, desde 1987, han apoyado a varias comunidades y sus habitantes con entrega de: equipos, instrumental médico y odontológico, y ambulancias a algunas comunidades de difícil acceso y con múltiples carencias de salud (párr. 1-4). RIOS aporta en la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) del MSP en varias comunidades indígenas del país; genera las herramientas necesarias para los agentes comunitarios de salud y líderes comunitarios con el objetivo de promover acciones de cuidado de la salud comunitaria; coordina una intervención intersectorial para llevar a cabo el proceso de epidemiología comunitaria (2020b, párr. 1-8); ha apoyado con financiamiento y asistencia técnica a la Red de Salud de Loreto y al grupo de parteras de esta comunidad, y ha llevado a cabo varias brigadas médicas en las zonas más vulnerables, desatendidas y alejadas alrededor del país (2020c, párr. 5-9).

RIOS realiza sus proyectos en tres áreas: salud comunitaria, facilitando la implementación del MAIS, a través de la capacitación de agentes comunitarios en salud; gestión de riesgos, mejorando la capacidad de las organizaciones y comunidades para enfrentar y mitigar los riesgos ambientales con el propósito de salvar vidas, y fortalecimiento organizativo, aportando en las organizaciones, “con procesos que desarrollen sus competencias directivas, técnicas, financieras y de alianzas estratégicas orientadas a generar sostenibilidad y autonomía” (2020b, párr. 1-9).

Otra experiencia exitosa es la del Área de Salud de Guamaní, que se inició en 1994 en Quito. Ha logrado crear un modelo comunitario de gestión/salud y ha generado altos niveles de participación social creando procesos de protección social comunitaria mediante la integración de varios sistemas médicos o alternativos, entre los cuales están la acupuntura, el biomagnetismo médico, la homeopatía y la terapia neural (Calderón 2010, 58).

La Red de Salud de Loreto, en la provincia de Orellana, es otra experiencia de salud intercultural. Fue organizada en 2001 con participación comunitaria y social, y la articulación de una red de proveedores y sanadores de medicina ancestral (Calderón 2010, 58). Ha contado con el apoyo del MSP y la ONG RIOS (58). Esta red pasó a ser parte del Consejo Cantonal de Salud de Loreto constituido en el año 2005.

El Hospital Andino Alternativo de Chimborazo, ubicado en la ciudad de Riobamba, desde el 2002 “desarrolla un modelo de atención intercultural en salud,

integrando los conocimientos de la medicina occidental con los de la medicina alternativa y la medicina andina” (EC MSP 2008, 19).

El Consejo Cantonal de Salud (CCS) de Orellana fue constituido en el año 2002 como instancia de participación ciudadana. El sistema de salud consideró a los procesos participativos desarrollados en la provincia de Orellana como ejemplo a ser seguido en todo el país para responder a las demandas de los grupos indígenas.

En el CCS de Orellana se implementaron programas de promotores de salud, con la participación de miembros de la comunidad, que conocían sobre saberes ancestrales y la utilización de la medicina indígena. Igualmente se crearon botiquines comunitarios, con la finalidad de proporcionar el tratamiento de enfermedades, especialmente en comunidades alejadas (Aguirre 2016, 18). Desde 2008, según la autora citada, hubo una reducción de los programas de promotores de salud y botiquines comunitarios con la justificación del MSP de que los promotores no tenían bachillerato, argumento que, de acuerdo a Aguirre, “no resulta convincente y más bien parece discriminatorio” (18). Para la población indígena –continúa la autora–, la gran paradoja es que “la figura del yachak va desapareciendo, [...] mueren con su sabiduría [...]. El conocimiento de las plantas medicinales ha ido desapareciendo” (28). En 2008 se eliminó el CCS de Orellana, y se lo reemplazó por otro adscrito al Estado (14), lo que debilitó el proceso participativo y el desarrollo de la salud intercultural.

La Casa Intercultural del Parto en Loreto, creada en 2008, es otro de los casos de éxito de la implementación de la salud intercultural en Ecuador, en la que participan actores de los sectores público –como el MSP y el municipio– y privado –organizaciones comunitarias y organizaciones no gubernamentales–. Para la atención a las embarazadas, cada 15 días, rotan varias parteras que pertenecen a la Red de Parteras Tradicionales de la Organización de Comunidades Kichwas de Loreto, y se rigen de acuerdo a la Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical Culturalmente Adaptado. Entre los años 2007 y 2008, en el Centro de Salud de Loreto, aumentó en un 60% la atención de los partos gracias a la apertura de la Casa Intercultural del Parto; de ellos, el 34% fueron partos verticales. Del año 2007 al 2009 aumento la atención por parteras tradicionales; además, un 57% del total de pacientes que fueron atendidos en 2009, eran kichwas (Arteaga, San Sebastián y Amores 2012, 405).

El Hospital de Otavalo es otro ejemplo en el que se ha implementado la salud intercultural. Desde el 2008 se ofrece el servicio de parto vertical. Según Hermida et al. (2010, 296), en los hospitales de Cañar, Saquisilí, y Alausí,

el personal de salud propuso que las parteras sean capacitadas y acreditadas como requerimiento para el ingreso a las salas de parto. Para ello, las DPSI [Direcciones Provinciales de Salud Intercultural] correspondientes a cada uno de estos cantones llevaron a cabo distintos planes de capacitación, evaluación, acreditación comunitaria y carnetización de las parteras.

Se desarrollaron intervenciones para adecuar la posición del parto para “brindar a las usuarias la opción de escoger la posición más cómoda en la que deseen dar a luz, ya sea en posición ginecológica, sentada, en cuclillas o de rodillas” (295). Cabe señalar que lo más usual en partos domiciliarios es la última. En el Hospital de Cañar este ciclo rápido permitió modificar la sala de partos con una colchoneta para quienes decidieran dar a luz de rodillas o en cuclillas. Lamentablemente, una parte del personal médico no tiene la preparación suficiente para atender el parto en estas posiciones. Un reglamento interno para atención de parto vertical fue implementado en el Hospital de Alausí, y se habilitó un área para este tipo de parto (295). La DPSI de Cañar acreditó a 60 parteras en la provincia. En Saquisilí, el personal de ginecología del hospital capacitó en 6 talleres a parteras, para luego acreditar “a 20 parteras mediante asambleas comunitarias en 12 comunidades del cantón” (296). Mientras que, en ese entonces, en Alausí se censaron a 49 parteras, y de ellas 12 fueron acreditadas por sus comunidades, y 37 estaban en ese momento en proceso de acreditación (296).

En las localidades mencionadas (Cañar, Saquisilí, y Alausí) se efectuó una encuesta de satisfacción a las usuarias, tanto en establecimientos de intervención como en los de control, para determinar una línea base de la investigación. La primera encuesta se realizó a mujeres que habían dado a luz entre diciembre de 2006 y febrero de 2007, antes del primer taller, con un total de 362 encuestas realizadas (296). Los cambios en torno al enfoque de la salud intercultural fueron muy satisfactorios para las encuestadas (315-6).

Otros casos exitosos incluyen la implementación del parto vertical en la provincia de Morona Santiago en el área de Méndez; la red de sabios y sanadores tsáchilas en la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas; el desarrollo de modelos interculturales de salud en: las provincias de Sucumbíos y Chimborazo; en Nabón; para las nacionalidades shuar, achuar y shiwiar con participación de las organizaciones locales; en el territorio awá, frontera norte con Colombia; en la provincia de Pastaza y su Hospital Puyo. En todos estos casos de salud intercultural se han reportado altos niveles de demanda de atención con gran satisfacción por parte de los usuarios (Calderón 2010, 58-9).

La implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario en todo el país ha sido un esfuerzo por parte de la Subsecretaría de Protección Social del Ministerio de Inclusión Económica y Social, que ha sido apoyada para rediseñar instrumentos e instructivos que permitan la incorporación de la interculturalidad en la oferta de servicios de salud, cubriendo zonas con equipos básicos de salud en las que el Estado ha estado ausente, para mejorar las condiciones de atención y el traslado de pacientes con ambulancias fluviales en zonas dispersas (Calderón 2010, 59).

Varios congresos locales, regionales y nacionales sobre interculturalidad se han llevado a cabo gracias a la DNSI con apoyo de ONG –como RIOS–, otros actores institucionales, gobiernos locales y provinciales. Calderón (2010, 60) menciona, además, que, para respaldar y posicionar la interculturalidad en salud y su proceso e implementación, en el año 2008 se realizó una campaña nacional de sensibilización en interculturalidad desde varios espacios comunicacionales, fortaleciendo así la imagen institucional de la interculturalidad en el MSP.

En Ecuador se han implementado varios programas y proyectos de salud intercultural, pero aún no se cuenta con mecanismos que pueda medir el impacto del modelo de salud intercultural y su realización progresiva (Arteaga, San Sebastián y Amores 2012, 405).

Algunos indicadores importantes para el grupo de médicos ancestrales, así como de usuarios indígenas, están relacionados principalmente con la calidad de los servicios de salud, entre ellos: disponibilidad de médicos en lugares lejanos por medio de brigadas, y regulación de su asistencia a las unidades de salud; buen trato hacia los pacientes, y acceso a medicamentos. El idioma que se utiliza en la prestación de servicios a los indígenas y no indígenas por parte del personal de salud es uno de los indicadores que preocupa, ya que muchas veces se hace necesaria la presencia de un traductor que intervenga en el traslado de un paciente hacia la capital en busca de un hospital de tercer nivel (409).

Aguirre (2016, 11) sintetiza los avances del documento en mención, así:

El Manual MAIS-FCI anota los avances del enfoque intercultural y la adecuación cultural de los servicios, particularmente de los servicios de atención a la mujer embarazada y del parto, con resultados positivos. Probablemente es el mayor logro en el tema intercultural. Además, plantea el fortalecimiento de una red de agentes de la red pública de medicina indígena y tradicional, que históricamente han tenido un papel protagónico en la atención y cuidado de la salud de la población, así como la necesidad de definir e implementar estrategias que permitan incorporar el enfoque holístico de la salud de las culturas

ancestrales, y operativizar el enfoque intercultural en los diferentes niveles de atención. [...]

El documento citado muestra avances en términos conceptuales y de debate, aunque estos no signifiquen avances en la atención de salud en el día a día de las comunidades, de los hospitales y de la atención a los indígenas de las distintas nacionalidades (12). [...]

La población en el cantón Francisco de Orellana (Coca) llega a 72.795 personas. Para responder a las necesidades de salud de esta población se cuenta con nueve subcentros de salud, seis puestos de salud y un hospital general, en los cuales son atendidas aproximadamente 4.549 personas. Las quejas de los usuarios apuntan a que en estos centros no existen ni las medicinas suficientes ni el equipamiento adecuado ni los especialistas necesarios (12).

Las estructuras políticas y económicas que han sustentado la opresión, explotación y exclusión de la mayoría de los pueblos, en especial de los pueblos indígenas, deben ser abolidas para permitir la incorporación de las nacionalidades y los pueblos indígenas al nuevo Estado plurinacional. Es necesaria una transformación del sistema político, económico e institucional colonial y neoliberal. Solamente la ciudadanía individual y colectiva protagónica y empoderada permitirá una participación plena y un ejercicio de derechos ciudadanos y colectivos (Maldonado 2010, 83).

En la presente sección se ha dado cuenta de políticas, modelos interculturales de salud, publicaciones, manuales, guías y normas que se han elaborado; sin embargo, han sido experiencias aisladas dentro de la lógica del Estado y la visión del MSP. Estos generan tensiones al imponer que los conocimientos y prácticas ancestrales cumplan con los estándares del sistema nacional de salud, buscando indicadores de eficiencia, calidad y calidez, satisfacción de los usuarios y de “prestadores de servicios de salud indígenas”, a fin de medir el impacto de la atención, y que se demuestre la validez de la salud ancestral con investigaciones basadas en evidencias.

En resumen, se pueden apreciar contradicciones y tensiones cuando la Constitución establece la plurinacionalidad, pluriculturalidad y la necesidad de desarrollar servicios de salud interculturales en Ecuador, sin embargo, el desarrollo de las políticas y modelos de salud prioriza la medicina occidental, y se subsume a la medicina ancestral dentro de los parámetros científicos de aquella.

La visión colonial de la medicina occidental lucha por mantener su hegemonía ante la presión del movimiento indígena y la emergencia de los discursos y las prácticas de la salud intercultural, por lo que se diseñan políticas de inclusión que incorporan algunas prácticas de medicinas ancestrales, que son asimiladas como parte de la medicina

“formal”, incorporándolas dentro del “sistema oficial universal único” de salud, sin reconocer las diferencias culturales existentes.

La DNSI buscó formular y coordinar políticas, planes y programas de salud intercultural en el Sistema Nacional de Salud que garantizaran el reconocimiento y respeto de la diversidad de los pueblos y nacionalidades indígenas del país, y articularsen conocimientos, saberes y prácticas ancestrales de salud mediante la implementación de un modelo de salud intercultural que ha tratado de dar cuenta de la diversidad y particularidad en salud, pero que ha quedado en el discurso y en un sinfín de documentos que, en su mayoría, no se han aplicado. Las experiencias positivas han sido limitadas, sin haber tenido impactos en la organización del sistema de salud. En definitiva, no se han abierto espacios para discusiones y acuerdos sobre cómo entender la interculturalidad y cómo construir procesos para la interculturalización de la salud.

A pesar de todos los esfuerzos realizados para la incorporación de la interculturalidad, todavía existen varios desafíos que enfrentar por la DNSI del MSP. Las organizaciones de médicos ancestrales y las organizaciones sociales representativas de las nacionalidades y pueblos indígenas plantearon desafíos que se mencionan en el documento no publicado “Avances y desafíos de la medicina ancestral-tradicional de las nacionalidades y pueblos en el Ecuador” de la DNSI (s. f.) y que se recogen en el recuadro 27.

#### Recuadro 27

##### **Desafíos de la medicina ancestral recogidos por la DNSI**

- Reconceptualización y redefinición de la terminología de la medicina ancestral-tradicional (lenguaje técnico-espiritual) elaborado mediante procesos de trabajo interinstitucional entre la Dirección Nacional de Salud Intercultural (DNSI-MSP), las organizaciones de hombres y mujeres de sabiduría de la medicina ancestral-tradicional y las organizaciones sociales representativas de las nacionalidades y pueblos.
- Recuperación y empoderamiento de las prácticas, saberes, sentires y conocimientos propios de la medicina ancestral-tradicional por los mismos hombres y mujeres de sabiduría en coordinación entre la Dirección Nacional de Salud Intercultural (DNSI-MSP), los practicantes y organizaciones y de hombres y mujeres de sabiduría y las organizaciones sociales de las nacionalidades y pueblos.
- Fortalecimiento endógeno de la medicina ancestral-tradicional al mismo nivel de prestigio de la medicina convencional-alopática mediante la conformación de centros de formación en medicina ancestral-tradicional en las nacionalidades y pueblos en coordinación entre la Dirección Nacional de Salud Intercultural, SENESCYT, CES, organizaciones de hombres y mujeres de sabiduría, y las organizaciones de nacionalidades y pueblos;
- Apoyo del Estado para el fortalecimiento de la medicina ancestral tradicional en su propio territorio con el establecimiento de centros de medicina ancestral-tradicional en las comunidades y recintos indígenas, afroecuatorianos y montubios con sistemas de referencia y contrarreferencia con los establecimientos de salud convencional;

- Elaboración, aprobación y aplicación desde el Estado de la Ley de la Medicina Ancestral-Tradicional;
- Apoyo del Estado para que la interculturalidad en salud sea parte de las mallas curriculares del sistema educativo nacional desde la educación inicial hasta los posgrados;
- Respaldo y financiamiento estatal para las políticas públicas y gestión pública de la medicina ancestral-tradicional;
- Conformación del Consejo Nacional de Sabios y Sabias de la Medicina Ancestral-Tradicional en coordinación entre la Dirección Nacional de Salud Intercultural, los practicantes y organizaciones de hombres y mujeres de sabiduría, y organizaciones sociales indígenas de nacionalidades y pueblos;
- Proceso de transformación del Sistema Nacional de Salud del país en un Sistema Nacional de Salud Intercultural.

Fuente: EC DNSI (s. f., 4-5)  
Elaboración propia.

## 7. Tensiones desde la comunidad

Como se ha constatado en el capítulo segundo, las personas en las comunidades de Pedro Moncayo, interculturalizan la salud utilizando tanto la medicina ancestral como la medicina occidental del sistema de salud. En su mayoría, las personas primero acuden a la medicina ancestral y luego, complementariamente, a la occidental. Contradictoriamente frente a esta realidad, los servicios de salud no ofrecen alternativas de medicina ancestral, a pesar de lo establecido en el modelo de salud intercultural, desarrollado por la DNSPI, que debía ser aplicado, especialmente, en el ámbito local.

Es importante resaltar que las personas de las comunidades del cantón Pedro Moncayo identificaron los conocimientos y prácticas de salud ancestrales a partir de la cartografía social, que posibilitó visualizar en el territorio las relaciones y tensiones que se producen alrededor de la utilización de la medicina ancestral y la medicina occidental. Sobre la base de conversaciones de grupos intergeneracionales, de hombres y mujeres, en la elaboración de mapas, la cartografía social sirvió para ratificar que la población del cantón Pedro Moncayo conoce, vive y practica la interculturalidad en el territorio.

Se identificó que hay desconocimiento sobre las políticas interculturales de salud tanto por parte de las autoridades como de los actores de la sociedad civil y miembros del CCSPM. Se genera una tensión adicional cuando también la mayoría de los funcionarios de los servicios de salud indicaron que las desconocían, y referían que dichas políticas se mantienen solo como palabras dentro de la nueva *Ley Orgánica de Salud* (EC 2006). De acuerdo con esta ley, es responsabilidad del MSP “participar en investigación y el desarrollo de la ciencia y tecnología en salud, salvaguardando la vigencia de los derechos

humanos bajo principios bioéticos” (EC 2006, art. 6, num. 32), con lo cual se genera una tensión con la medicina ancestral, que no puede ser valorada con los principios de la ciencia occidental. Aparece una nueva tensión entre la terminología de un lenguaje científico de los servicios que la gente no comprende, y los lenguajes cotidianos que han sido desvalorizados. Por lo tanto, la comunicación médico-paciente se da en medio de una gran tensión, pues el personal de salud desconoce el lenguaje y conocimientos de la salud ancestral, en tanto que la población desconoce el léxico científico, lo que dificulta la comunicación, la empatía y la confianza. El personal de salud no se toma el tiempo necesario para escuchar al paciente, explicar la naturaleza de la enfermedad y la razón del tratamiento.

La visión colonial también ha traspasado a las autoridades locales que tienen posibilidad de incidir en los espacios de “poder político”, como las del Municipio de Pedro Moncayo, al igual que a los funcionarios de los centros y subcentros de salud, que consideran que a la medicina ancestral le falta conocimientos, experiencia, avances tecnológicos, normas, dosis, estudios que la respalden, comprobación científica:

No se le da la importancia que lo merece, tanto cultural como científica... y por lo tanto eso es lo que falta, para que vaya calando más profundamente en el razonamiento de los ciudadanos (J. Jaramillo, 2009, entrevista).

Algunos entrevistados señalaron que:

hay personas que no la practican muy bien, porque las personas deben tener permisos no todas están preparadas para hacer estas curaciones (Pujota 2009, entrevista).

Igualmente, se indicó que:

como no tenía una remuneración también no tenía los cuidados necesarios, uno siempre tenía que estar ahí ya que siempre se tiene que educarles y enseñarles medidas de higiene y aseo (Almeida 2009, entrevista).

Si bien los art. 57 y 66 de la Constitución (EC 2008) incluyen la identidad y tradición en lo cultural, espiritual, social, lingüístico, los conocimientos y prácticas de medicina tradicionales, la protección de los lugares sagrados, plantas, animales, minerales y ecosistemas, el sistema de salud, sin embargo, no se les asigna importancia. La falta de apoyo a la medicina ancestral ha limitado la transmisión de los conocimientos y prácticas de esta de generación en generación, por lo que los médicos ancestrales que han fallecido no han sido reemplazados por otros más jóvenes.

Esta orientación científicista ha generado tensiones entre la forma de explicar la enfermedad por los pacientes y la comprensión de los médicos de lo que adolecen aquellos, sin tomar en cuenta la concepción integral de la salud y la vida, como parte del *kawsay* que tiene la gente de las comunidades. Este modo de producir sentido está basado en el equilibrio entre la espiritualidad, la divinidad y la naturaleza con el ser humano y entre seres humanos. De allí que los médicos en los centros de salud no comprendan la influencia de la Luna, el Sol, las estrellas, el arcoíris y la madre tierra en la explicación de la enfermedad por los pacientes, que indican que sus dolencias son causadas por algunos de estos factores y las explican como espanto, mal aire o mal de ojo, entre otros. Para la visión ancestral, como indica Cachimuel (1995, 14):

“la salud; es decir, estar sanos y fuertes [...] no es únicamente estar sin enfermedad, sino estar completamente sanos; al estar sanos podemos desarrollar no solo la inteligencia, sino también nuestra espiritualidad, que nos lleva a estar unidos con Dios, con la naturaleza, el hombre con el hombre; estar unidos, en relación, entretejidos”.

Según Tousignant y Maldonado (1989, 899; traducción propia), “[l]a característica que diferencia a los seres humanos runa es la capacidad de reciprocitar entre ellos mismos con la Madre Tierra y con los espíritus de las montañas”. La pena, tristeza y sufrimiento, que en kichwa se llama *llaqui*, se produce por desórdenes en las relaciones sociales, como es el caso de la pérdida de la reciprocidad producida por la alteración del proceso de intercambio social que se manifiesta como pena y depresión, de allí que es importante que se reconozca el estado de las relaciones sociales de la gente para curar sus dolencias (899). La comprensión de esta complejidad de la salud colectiva no puede ser captada por un universalismo esencialista, científicista, que continúa imponiendo hegemónicamente el poder colonial en la explicación de la salud-enfermedad colectiva.

En este sentido, el CCSPM buscó abrir espacios de discusión sobre la salud intercultural, con base en procesos participativos entre representantes del Estado y miembros de las comunidades, que fueron creados con la *Ley Orgánica de Salud* de 2002 y, contradictoriamente, desarticulados con la nueva ley del año 2006. El proceso del CCSPM, al estar establecido por el Estado, no pudo continuar trabajando en el territorio, pues su seguimiento entraba en contradicción con las competencias establecidas para los diferentes niveles de gobierno con la nueva ley.

## 8. Tensiones desde la interculturalización de la salud

La búsqueda de la interculturalización de la salud se ha dado desde hace varios años, es así como, según Menéndez (2016, 109):

Durante las décadas de 1980, 1990 y primeros años del 2000, surgieron y se desarrollaron, en la mayoría de los países de América Latina, diversas propuestas y acciones de salud intercultural que buscaron articular el sector salud y la biomedicina con la medicina tradicional a través de establecer relaciones paralelas, tratando de reducir o eliminar las relaciones de exclusión, de subordinación y de hegemonía/subalternidad dominantes entre las mismas. Dichas propuestas tuvieron dos objetivos básicos: 1. contribuir a la rehabilitación cultural de los grupos étnicos demostrando la eficacia cultural y técnica de la medicina tradicional; y 2. mejorar la relación personal de salud biomédico/paciente indígena.

En estas propuestas se intentó tener la medicina occidental como modelo de la medicina ancestral sin tomar en cuenta las interculturalidades ya existentes, como que en las comunidades han existido parteras, médicos ancestrales, tratamientos y prácticas de salud que la gente de las comunidades ya las utilizaba históricamente en su vida cotidiana. Se construyeron espacios y organizaciones que impulsarían la medicina ancestral, como hospitales y centros de salud interculturales, sin abrir espacios participativos de discusión sobre la construcción de la salud intercultural. Tal es el caso del parto vertical, que se lo trató de implementar en hospitales creando espacios artificiales en los que se trataba de replicar el ambiente familiar indígena, cuando el parto en las comunidades es considerado un hecho familiar que se realiza en la casa, con una lógica diferente a la del parto occidental que se lleva a cabo en ambientes hospitalarios.

En la formulación de las alternativas interculturales no se identifican: las fuerzas sociales que pueden apoyar u oponerse a dichas propuestas; los potenciales niveles de aceptación, interés o rechazo; las relaciones de poder, ni los recursos que se deben movilizar en estos procesos (Menéndez 2016, 113). Al desarrollar modelos de salud intercultural universales y homogéneos se asume que los pueblos ancestrales son iguales, con una misma forma de entender el mundo, lo cual genera tensiones porque se desconocen las diferencias culturales.

El autor mencionado (2016, 112-3) plantea que existen factores adicionales que han limitado el desarrollo de la interculturalidad. Los cambios generacionales influyen en los jóvenes indígenas para que adopten costumbres que son diferentes a las que desarrollaban sus padres y abuelos. La penetración de concepciones biomédicas, con la “formación desde la década de 1970 de promotores de salud [principalmente, jóvenes]

tanto por programas oficiales como por ONG que condujo a que una parte de ellos se convirtieran en curadores locales que atendían todo tipo de enfermedades con fármacos biomédicos” (113). Estas capacitaciones desde el punto de vista de la medicina occidental llevaron a tensiones comunitarias, como señala Menéndez: “los jóvenes indígenas ya no están interesados en ser curadores tradicionales, aunque sí les interesa ser promotores de salud” (112). Igualmente, se produjeron tensiones con los médicos ancestrales causadas por la imposición de la medicina occidental resultado de “la creciente biomedicalización de una parte de los curadores tradicionales, [que fue] gestada por ellos mismos como estrategia de supervivencia profesional” (113).

Menéndez (113) plantea preguntas clave como:

cuáles son los grupos y fuerzas sociales tanto nacionales como internacionales que pueden favorecer, facilitar, distorsionar, dificultar u oponerse a sus propuestas, respecto de los procesos de enfermar, curar y morir. Más aún, tendrían que haber observado qué interés real y qué poder tienen las diferentes fuerzas sociales y qué importancia tienen para las mismas no solo la interculturalidad en salud, sino también los sectores que quieren apoyar.

Tampoco se:

consideraron las experiencias de interculturalidad desarrolladas [...] por gobiernos y asociaciones civiles que impulsaban directa o indirectamente la biomedicina. Al contrario, trabajaron con la interculturalidad como si fuera un proceso reciente y, además, como algo que hay que inducir en los sujetos y grupos sociales, como si estos no lo vinieran desarrollando a través de sus propias actividades y necesidades (113-4).

Menéndez sugiere reconocer lo que persiste más que lo que se cambia. Pues lo primero significa pensar en términos de identidad, cosmovisión y diferencia, y legitimar los derechos de los pueblos originarios; en cambio, lo segundo implica reconocer la utilización creciente de la biomedicina por parte de las poblaciones ancestrales, y de la información estadística de morbimortalidad (114). El autor continúa argumentando que:

La inclusión de estos y de otros aspectos de la interculturalidad [lo existente: formas de ser “otras”] es necesaria, debido a que pese su importancia, suele ser excluida de los objetivos, marco teórico e ideológico y, sobre todo, de las intervenciones institucionales, profesionales o académicas. [...]

[E]l concepto de cosmovisión, así como los de identidad o diferencia, ha incidido frecuentemente en forma negativa en la posibilidad de entender los procesos de interculturalidad pues impulsan la búsqueda de congruencias, coherencias y equilibrios que tienden a eliminar ciertos conflictos, ambigüedades y contradicciones que operan en todo grupo social, incluidos los étnicos, en vez de información que pueda evidenciarlos. Son conceptos que, reflexivamente o no, impulsan visiones a-históricas de los grupos y relaciones que estudian (115).

[...] [G]ran parte del fracaso de los proyectos interculturales radica en el dominio de preconceptos y orientaciones ideológicas que se impusieron a la realidad. Si bien toda orientación hacia el cambio que busque involucrar a sujetos y grupos necesita manejar intencionalmente la dimensión ideológica, reducir la realidad a la misma puede llevar no solo a fracasos, sino a fortalecer los procesos y actores sociales que se tratan de cuestionar (117).

Las barreras que limitan, en los servicios de salud, el desarrollo de la interculturalidad pueden ser prácticas sociales y técnicas que confluyen a limitar el acceso cultural. Según Solá (2010, 122-3) destacan, sobre todo:

- 1) El predominio del paradigma biomédico desarrollista, que al decir de Diego Quiroga es el fundamento desde el cual se generan los programas de intervención médica basados en una serie de mediciones, tasas, estadísticas y proyecciones por medio de los cuales se definen las poblaciones a ser intervenidas. [...]
- 2) Problemas de origen socioeconómico y cultural, es decir de naturaleza estructural como el hambre, se transforman en problemas médicos y se los maneja como enfermedades, (para el ejemplo nominándole desnutrición), constituyéndose esto en una verdadera metáfora de oscurecimiento de la realidad.
- 3) Pervive la noción homogenizante de un país en el que han sido muchos y sostenidos los esfuerzos por “blanquearlo”. Desde el aparato formal del sector salud, desde los servicios públicos aún persiste la mirada discriminatoria al “otro”, lo cual es fácilmente perceptible en la planificación, en el acceso y en la atención que se oferta. La señal que muestra esta situación es la denuncia permanente de “maltrato”, por ejemplo, siguiendo a Norman Whitten Jr., se puede advertir que en los centros de poder de predominio blanco-mestizo se mira a los otros, sobre todo indios, negros y urbano-marginales como la causa del atraso del país y en consecuencia la misión es la de transformar a las personas que se encuentran en este lado negativo/pasivo del paradigma y hacerlos miembros de la nación moderna.
- 4) Las prácticas de atención obedecen a distintos sentidos: las prácticas tradicionales centran su atención en las personas y su preocupación son los enfermos, ejerciéndose como señal de prácticas solidarias y comunitarias, mientras que, por su lado, la medicina occidental centra su atención en las enfermedades, siendo su principal preocupación su propia actuación, en medio de un desarrollo institucional jerárquico. En teoría, este debería impedir su integración para evitar la asimilación o fagocitosis.

La interculturalidad en la salud sigue siendo, como lo anota Flores (2011, 9):

una retórica empleada a nivel institucional, inclusive por algunas agencias y fundaciones multilaterales o no gubernamentales, pero no es de mucha utilidad en el desarrollo de programas de salud eficaces, sino un arma política e inclusive un instrumento de continuar –por acción u omisión– la dominación y control colonial de otras culturas y sociedades, en este caso por la lógica biomédica y poder biomédico occidental, enmascarado en ocasiones bajo los términos de “desarrollo”, “cooperación”, “ayuda humanitaria”, “solidaridad”, “hospital”.

La interculturalidad será una utopía, un folclor, una propaganda, “mientras exista racismo, intolerancia, falta de preparación y sensibilidad del personal de salud, desconfianza mutua en los modelos médicos, recelo por parte de los indígenas respecto

de la medicina occidental” (Aguirre 2016, 36). El sistema de salud continúa siendo excluyente para las minorías, “como cortina para ocultar las dificultades del Estado en el trato con las minorías en el ámbito de la salud” (36).

En esta forma se ha integrado las principales tensiones que han tenido lugar, desde los aspectos constitucionales y legales, a aquellos derivados de la conformación de los servicios de salud, dentro de los que se encuentra la DNSI, en que se ha identificado que los principales avances se han mantenido únicamente dentro de la retórica legal, sin que hayan sido realmente incorporadas en la organización de una salud intercultural en el Ecuador. Sin embargo, es importante resaltar que en el estudio realizado en el cantón Pedro Moncayo, en las comunidades se da, en la práctica cotidiana, una interculturalización de la salud, con la utilización tanto de la medicina occidental como de la medicina ancestral.

Se puede concluir, junto a Salaverry (2010b, 93), reconociendo que “la interculturalidad en salud es un concepto en construcción, [...] implica un cambio de paradigma del ejercicio médico”.

### **8.1. La salud intercultural, un reto a (de)construir**

La salud, en el marco de un paradigma de desarrollo como proyecto civilizatorio, mantiene sus lógicas eurocéntricas como mecanismos para la deslegitimación de los pueblos cuando se asume que el mayor problema de las poblaciones ancestrales ha sido el no ser capaces de incorporarse a la modernidad por sus creencias, cultura y cosmovisión, y haberse convertido en un obstáculo para el desarrollo de los Estados-nación. Como lo comenta Menéndez (1988, 4), el modelo médico hegemónico es:

el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado.

Si bien la interculturalidad en un sentido profundo aún se encuentra en debate y construcción, la interculturalidad en salud es aún algo más reciente y no logra definiciones y sobre todo aplicaciones concretas:

Una ya abundante y creciente literatura médico-científica, utiliza [...] [los conceptos de interculturalidad en salud, salud intercultural, enfoque o perspectiva intercultural] y diversas iniciativas, públicas y privadas, algunas de alcance local y otras de alcance

nacional en muy diversos países, afirman fundamentarse en estos conceptos, sin embargo, una simple revisión de sus alcances y orientaciones nos muestra una diversidad que pareciera semejar la diversidad cultural sobre la que se fundamentan estos conceptos (Salaverry 2010b, 81).

Es importante mencionar que no existe un concepto unificado que dé cuenta de lo que es la salud intercultural porque esta categoría muestra una diversidad conceptual de acuerdo a las diferentes posiciones teóricas, pero, sobre todo, desde la visión de los pueblos ancestrales, los cuales han venido teorizando desde sus prácticas, algunas ya institucionalizadas (como el parto vertical) y otras en franca resistencia a ser cooptadas por las instituciones del Estado para obtener “reconocimiento y legitimidad”. Algunas veces, la salud intercultural se convierte en una herramienta útil para las reivindicaciones sociales, y en otros momentos se constituye en el campo en que se “superan” los conflictos bajo la imposición de la cultura médica dominante sobre los saberes ancestrales. En todo caso, el reto es desarrollar interrelaciones equitativas en los ámbitos de la sociedad, la economía y la cultura, asentados alrededor de la salud, la enfermedad y la muerte (Lerín 2004, 116).

En América Latina, la interculturalidad en salud se incorpora en los últimos años con mayor fuerza en los países con significativa población indígena (Salaverry 2010b, 92-3). Según Ramírez Hita (2011, 46), esta inclusión surge en Ecuador como reivindicación del movimiento indígena de los 1990 en “oposición a la hegemonía política del conocimiento y como una propuesta hacia formas de pensar diferentes a la colonial”. Volviendo a Salaverry, es una “respuesta a las presiones sobre el sistema de salud occidental para que atienda las demandas sobre el derecho de los pueblos indígenas a recibir una atención médica acorde a sus patrones culturales” (93).

Salaverry igualmente señala que la inclusión de la interculturalidad en salud ha sido una de las “reivindicaciones de [los] pueblos indígenas y de su derecho a la identidad cultural; pero también corresponde a una tendencia global de incorporar el derecho a la diferencia, que distingue y propicia la convivencia entre distintos grupos culturales en un mismo territorio” (80). Así se lograría la coexistencia de diferentes poblaciones que reconozcan los derechos a la diferencia de los “otros” basados en la equidad y el respeto mutuo, y donde pueblos culturalmente diversos tengan un recíproco aprendizaje (84). Y, en el caso de la salud, “una atención médica acorde con sus patrones culturales” (93).

El estudio de la interculturalidad implica reconocer, en el plano epistemológico, las relaciones asimétricas existentes. Estas desigualdades, como se ha demostrado en esta

investigación, traspasan las políticas, programas y modelos de salud. O, como lo indican Cardona, Rivera y Carmona (2015, 87), la interculturalidad en salud no solo se plantea fomentar el desarrollo de las culturas, fortalecer la diversidad cultural, sino que está encaminada a reducir la desigualdad social y económica, generando un enriquecimiento mutuo a partir de una revitalización de los saberes ancestrales y los valores indígenas, y mejorando los programas de atención primaria en salud.

La interculturalidad en salud es necesaria en territorios en los que habitan poblaciones indígenas ya que, según los autores señalados,

posibilita comprender la complejidad de sus determinantes histórico-culturales, fortalece la diversidad cultural, reduce la desigualdad social, genera enriquecimiento mutuo, rescata el saber ancestral y los valores indígenas, mejora los programas de atención primaria en salud y promueve el equilibrio físico, mental y espiritual del individuo, la comunidad, la cultura y la naturaleza, es decir, la armonía entre hombre-espíritu, hombre-familia, hombre-grupo social y hombre-naturaleza (88).

Cardona, Rivera y Carmona proponen, además, que “la convergencia y articulación de conocimientos y prácticas de sujetos con un acervo cultural diferente con respeto de sus creencias y costumbres, sin imposición de algún grupo donde los modelos médicos están en una constante relación cultural, territorial, jurídica y de lenguaje” (88) se constituyen en los principales elementos de la interculturalidad. Y agregan:

Estos puntos son de gran relevancia al tener presente que las personas que participan en procesos de interculturalidad en salud no eligen la situación para estar en ella, simplemente se sumergen en la cotidianidad y con el tiempo pueden comprender, actuar y lograr niveles de libertad que le permiten una mejor relación con sus alter-ego y con la comunidad (88).

De acuerdo a Garcés (2009, 27-8), más que una interrelación de culturas, la interculturalidad implica el conflicto y lucha por lograr espacios de poder, de desestructuración de la dominación capitalista y colonial, planteados desde las formas “otras” de entender el mundo y la realidad. Este conflicto, según el autor mencionado, no solo atraviesa a los grupos implicados directamente en la discusión de la interculturalidad, sino también a quienes reflexionan sobre ella (26).

Volviendo a Salaverry (2010a, 6), la interculturalidad se relaciona con nuestra identidad, pues pone en evidencia nuestra manera ser y no solo de actuar. En el caso de los conocimientos de medicina y salud, cuando los profesionales de la salud occidental se enfrentan a otras formas de conocimiento, como los de la medicina ancestral andina les surgen nuevas preguntas que rebasan el conocimiento “técnico científico” y se

relacionan con las formas “otras” de explicar el mundo y dar sentido a la existencia. De allí que, según este mismo autor, para concretar la interculturalidad en salud es necesario abordar aspectos conceptuales, éticos, filosóficos y epistemológicos, al tiempo que propuestas prácticas y operativas que ya existen independientemente de las reflexiones teóricas (6). Según Salaverry “las diferencias culturales como signos de identidad de los individuos y de diversas colectividades adquieren una permanencia que está modificando la estructura de las relaciones sociales” (7).

Como lo han señalado Cardona, Rivera y Carmona (2015, 80), la interculturalidad favorecería el diálogo de saberes, fortaleciendo tanto a la medicina occidental como la ancestral; permitiría la adecuación sociocultural de un nuevo plan de salud; mejoraría el acceso y la calidad de los servicios, y posibilitaría a las poblaciones promover su salud y tener un mayor control sobre sus vidas. Esta aproximación permite sobre todo a los países con población indígena responder a sus demandas por recibir una atención acorde a sus patrones culturales (80).

La interculturalidad, de acuerdo a Michaux (2004, 116):

implica un triple proceso: afectivo (trato humano, no discriminatorio), cognitivo (entender el sentido de las diferencias “culturales” y metabolizarlas) y político (empoderamiento de las comunidades en asuntos de salud).

En tanto que Albó (2004, 65) considera que:

La interculturalidad así entendida es un caso específico de las relaciones de alteridad o – cómo prefieren– de otredad, es decir, entre los que son distintos, sea por su cultura, por su género, su afiliación política, etc. Estas relaciones son positivas si unos y otros aceptan su modo distinto de ser. En todos estos casos, unos y otros aprenden de los “otros” distintos, pero sin perder por ello su propio modo de ser. Todos se van enriqueciendo y transformado mutuamente, pero sin dejar de ser lo que son. Para ello deben fortalecerse los dos polos –el de la propia identidad y el del “otro” distinto– y asegurar que se producen intercambios constructivos entre ambos.

Según Albó (2004, 66), los miembros de las culturas subordinadas deben desarrollar una autoidentificación cultural frente a la discriminación que han sufrido de las instituciones de la cultura dominante. Deberán superar el autorrechazo de haberse sentido despreciados por los otros. Este valorar lo propio constituye el punto de partida para construir una relación de genuina interculturalidad:

[L]a plenitud intercultural se dará cuando a través del trabajo simultáneo en los tres niveles [interpersonal, grupal y estructural] se llegue a transformar toda la sociedad y su modo de pensar y proceder [...] en nuestra aceptación pública y en nuestras oportunidades, pero distintos en nuestras identidades interpersonales y de grupo [...] una sociedad basada

y organizada en función de este respeto por su diversidad cultural que a todos nos enriquece (Albó 2004, 67).

De acuerdo a Enría et al. (2014, 114), para la aplicación armónica del enfoque intercultural en salud es necesario mejorar las perspectivas de los perfiles negativos que la población indígena expresa acerca de las instituciones de salud, lo que implicaría modificaciones de las creencias, las conductas y el trato del personal médico. Se considera por interculturalidad en salud el conjunto de percepciones y prácticas que se realizan en el proceso de salud, enfermedad, atención, recuperación, el cual se opera, articula y sintetiza, no sin contradicciones, en el cuidado, prevención y solución de la enfermedad, el accidente y la muerte en una realidad pluriétnica (114).

Volviendo a Cardona, Rivera y Carmona (2015, 79), en los encuentros de grupos con diferentes culturas se presenta siempre la necesidad de complementariedad y reciprocidad dentro de sus relaciones intersubjetivas, de donde deviene la necesidad de desarrollar la interculturalidad en salud a fin de organizar servicios de salud basados en las necesidades, los procesos organizativos y el control de los pueblos.

La interculturalidad en salud involucra un cambio de la estructura de atención médica, que supere el enfoque único biomédico, recuperando e incorporando los conocimientos de la medicina ancestral que fueron desconocidos desde la colonización. La interculturalidad ha generado desconcierto en los profesionales de la salud debido a que la educación médica tiene una orientación eminentemente biológica, con ausencia de formación básica en antropología e interculturalidad (Salaverry 2010b, 93). Este cambio no es únicamente interno, requiere de factores políticos y sociales internacionales (externos) para la obtención de un resultado positivo (89). Demanda la participación de los diferentes actores sociales de la salud a fin de posibilitar la interrelación no únicamente de personas sino también de los recursos terapéuticos, espacios y aspectos administrativos y de dirección (Enría et al. 2014, 118).

Para la construcción de un verdadero sistema intercultural de salud es necesaria la base conceptual de la interculturalidad crítica para, según Garcés (2009, 24), superar “la tendencia a considerar la interculturalidad como un encuentro de culturas que puede dar paso a una infinidad de relacionamientos en términos de horizontalidad o verticalidad [...] [–]versión literal del término: relación entre culturas [...] [o] cohabitación de culturas con sus diferencias y sus contradicciones”–. O como propone Walsh (2000, 8):

“Como concepto y práctica, la interculturalidad significa “entre culturas”, pero no simplemente un contacto entre culturas, sino un intercambio que se establece en términos

equitativos, en condiciones de igualdad[,] [...] como un proceso permanente de relación, comunicación y aprendizaje entre personas [...] por encima de sus diferencias culturales y sociales”.

A decir de Salaverry (2010a, 7): “Los profesionales de la salud y los sistemas de salud se enfrentan a una nueva frontera para su desarrollo: la interculturalidad, para la cual debemos tener una mirada que abarque desde la formación de los recursos humanos en salud hasta la formulación de políticas. Ese es nuestro reto”.

A pesar del trabajo en salud intercultural desarrollado en América Latina desde hace más de medio siglo, se ha evidenciado que entre los profesionales de la salud no existe una prioridad evidente en entender “las necesidades prácticas de las poblaciones que más precisan de sus atenciones, por las falencias claras en las inequidades que sufren en materia de salud, caso de los grupos amerindios y afrodescendientes” (Fernández Juárez 2019, 2).

Herrera et al. (2018, 181), a partir de las ideas de Furnham y Forey (1994), mencionan que:

“en las profesiones de las áreas de salud, no se visualiza la enseñanza de la medicina tradicional o la integración de estos saberes”; formalmente no existen programas de estudio que consoliden los conocimientos, y esto afecta “la integración de ambas medicinas, dado que puede ser difícil aceptar, intervenir e integrar algo que desconocen o no se ha practicado” (181).

Para la implementación de la salud intercultural es necesario sentar las bases de un servicio de salud con sensibilidad intercultural mediante la formación de los recursos humanos en las necesidades y cosmovisiones de los pueblos ancestrales, a fin de reducir la inequidad y la discriminación de la comunidad indígena (Enría et al. 2014, 115). Como mencionan Almaguer, Vargas y García (2014, 10):

la interculturalidad promueve estrategias y acciones que permiten establecer habilidades y actitudes de los profesionales de la salud que permitan y fomenten la equidad en la relación entre hombres y mujeres, el respeto a sus derechos y la garantía del cuidado a la persona como estrategia social, generando y promoviendo la aplicación de principios éticos en la relación de igualdad entre hombres y mujeres, sumando a esto los principios universales de los derechos humanos y articulando los contenidos y criterios de la bioética como elemento humanístico para el desarrollo de estas necesidades para fortalecer los servicios de salud como elemento de calidad en la atención.

Cárdenas, Pesantes y Rodríguez (2017, 156-7) expresan que un profesional altamente calificado es aquel que conoce los territorios indígenas, realiza sus atenciones incorporando elementos de los sistemas médicos indígenas, respeta sus prácticas sanitarias y trabaja coordinadamente con los especialistas indígenas. Ante todo, debe ser un profesional polivalente que sea un puente entre las medicinas indígenas y la medicina

occidental, con una formación que responda a las necesidades en salud de los pueblos indígenas y permita la articulación de la atención ofrecida en los centros de asistencia médica. Mientras que Almeida y Almeida (2014, 1181) plantean que:

Las posibilidades de complementariedad o alternancia entre sistemas y prácticas médicas diversas pueden darse como política pública, como proyecto institucional o como decisión individual, de manera que exista una interrelación entre estos niveles, siempre que reconozcan como postulados básicos la lectura mutua de los sistemas y los flujos bidireccionales de pacientes entre ambos sistemas.

Para Lerín (2004, 117) la interculturalidad debe ser reconocida en tres dimensiones distintas: a) como movilización de las comunidades por convocatoria del personal de salud para “dar satisfacción a determinadas necesidades de salud. La comunidad no es promotora de esta iniciativa, sino que responde activamente a un llamado externo”; b) como gestión por la que representantes de la comunidad “participan como facilitadores interculturales en la ejecución de acciones en salud (orientación dentro del hospital [o] conexión con la familia)”, y c) como reciprocidad por la que la comunidad y el equipo de salud se unen en la búsqueda de una respuesta común “en la definición del problemas y las prioridades, control de recursos, compromisos en las acciones y evaluación de las mismas”.

Los organismos internacionales, como la OPS (2008, 35), han reconocido la existencia una gran riqueza de conocimientos en salud de los médicos ancestrales tanto de los Andes como de la Amazonía. Y valoran los distintos conocimientos y saberes del campo de la salud con el fin de integrarlos dentro de los sistemas de salud oficiales, reconociendo las distintas concepciones de la salud de las poblaciones indígenas, que no se basan únicamente en patologías y aspectos biológicos, sino que consideran otros factores sociales, ambientales y espirituales en la producción de la enfermedad:

Los pueblos indígenas de la región han desarrollado un conjunto de prácticas y conocimientos sobre el cuerpo humano, la convivencia con los demás seres espirituales, muy complejo y bien estructurado en sus contenidos y en su lógica interna. Mucha de la fuerza y la capacidad de sobrevivencia de los pueblos indígenas se debe a la eficacia de sus sistemas de salud tradicionales, cuyo “eje conceptual” o cosmovisión se basa en el equilibrio, la armonía y la integralidad (OPS 2009, 16).

Siguiendo a la OPS (2008, 11), la interculturalidad reconoce, armoniza y negocia las diferencias que existen al interior de cada sociedad, como un medio que permita incorporar valores democráticos, de responsabilidad política dentro de un sistema de salud que promueva la igualdad.

Los procesos de inclusión/exclusión de los pueblos indígenas en los contextos locales, regionales, nacionales y globales en torno a la salud son parte de un debate permanente. Para Ulloa (2012, 9): “[e]n el imaginario occidental, a los pueblos indígenas se les han asociado a una variedad de representaciones según la época e intereses particulares”. Cabe señalar que la OPS, en septiembre de 2017, incluyó la variable cultural y étnica en los proyectos de salud emprendidos por las Naciones Unidas para toda Latinoamérica para bregar con el tema de la diversidad.

Cardona, Rivera y Carmona (2015, 80) mencionan que la OMS y otros organismos internacionales han reconocido la interacción entre las dos medicinas, pero esto aún no se ha consolidado a pesar de los esfuerzos de las autoridades indígenas por construir un marco teórico y operativo de la salud intercultural, principalmente debido a barreras culturales geográficas de acceso a los servicios de salud, al dominio de la medicina occidental, a la subvaloración de los conocimientos indígenas, y, especialmente, al desconocimiento de las especificidades de los pueblos indígenas y de sus formas de abordar sus procesos de salud-enfermedad. Tampoco se han desarrollado investigaciones sobre los conocimientos ancestrales y sus formas de pensamiento y visiones del mundo, como para posibilitar el rescate de los saberes ancestrales en los servicios de salud.

Los autores señalados plantean que la reconversión cultural del intercambio entre ambos sistemas médicos presenta efectos desfavorables para la salud indígena y la pérdida de saberes de la medicina ancestral por la penetración del modelo médico occidental hegemónico, aun cuando ha permitido afianzar procesos de reinterpretación dentro de la transacción entre la biomedicina y los saberes ancestrales por medio de la interculturalidad en salud (88).

La salud intercultural no es un tema superficial donde se incluyen unas cuantas prácticas o experiencias del sistema de salud ancestral en el sistema nacional de salud – occidental–, sino es un tema epistémico y político. Pasa por comprender que hay otras lógicas y conocimientos, pero con potencial para entrar en diálogo –de relacionarse–. Pero, aun así, se insiste mucho desde los organismos internacionales, como la OPS, en ese multiculturalismo incluyente de la salud en el que se propone la incorporación de prácticas y conocimientos locales de los pueblos indígenas a la estructura hegemónica del sistema de salud del Estado, ocupando en dicha inclusión lugares marginales:

A través del diálogo horizontal, la interculturalidad aspira al reconocimiento y valoración de conocimientos y prácticas de salud locales –así como a la incorporación de las mismas dentro de los sistemas de salud convencionales– como una herramienta no solo para la

aceptabilidad de los sistemas de salud y para la consolidación de un sistema más equitativo y participativo, sino para lograr, además, un mundo más justo y humano (OPS 2008, 11).

La OPS (2008, 33) ha desarrollado investigaciones y ha establecido líneas base y conceptualizaciones orientadas a un modelo de salud intercultural, reconociendo los conocimientos y prácticas de los pueblos, a fin de influenciar hacia dónde debe orientarse el establecimiento de políticas de salud pública, como por ejemplo:

Las comunidades indígenas mantienen una percepción propia de los procesos de salud-enfermedad, prevención y restauración de la salud individual y colectiva. Para muchas de esas comunidades, la salud es entendida como el resultado de relaciones armoniosas del ser humano consigo mismo, la familia, la comunidad y la naturaleza, que resultan del cumplimiento estricto de normas de comportamiento social y de respeto a las fuerzas de la naturaleza y los elementos que la componen.

En *La salud de los pueblos indígenas de las Américas* (OPS 2009a, 13), este organismo puntualiza que:

En la práctica el enfoque intercultural de la salud se comprende como un equilibrio [diálogo] entre los diferentes conocimientos, creencias y prácticas culturales con respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, así como cuestiones biológicas y sociales, perceptibles no solo mediante manifestaciones visibles, sino también en una dimensión cósmica espiritual.

Sin embargo, los Estados, al momento de construir sistemas de salud que permitan un diálogo de saberes en condiciones de igualdad con el denominado conocimiento “científico”, se limitan a colocar a estos conocimientos ancestrales como apéndice de aquel y, más aún, los marginan al estatus de “lo rural”. Y, para completar la deslegitimación, se siguen considerándolas “alternativas respecto a este modelo [el biomédico], y solo llegan a obtener una legitimación y un reconocimiento subordinado con respecto y desde la medicina hegemónica occidental” (Haro Encinas 2000, 110).

La salud intercultural no pasa por un tema de reconocimiento, sino de comprensión de otras formas no solo de “curar”, sino de concebir la misma enfermedad, y, de paso, nuevas formas de concebir la vida misma. Los paradigmas que se encierran en su mismidad epistémica eurocéntrica.

Las organizaciones no gubernamentales para el desarrollo (ONGD) han jugado un papel importante en la implementación de la interculturalidad en salud en los países del Tercer Mundo, sin embargo, han reproducido la visión occidental de la salud. Según Flores (2011, 1), desarrollaron discursos cargados de buena voluntad, al tiempo que

utópicos. “[E]n la práctica, la asunción de que existen colectivos que tienen [...] supuestas ‘barreras culturales’, o singularidades culturales más o menos ‘problemáticas’, y que estas deben ser ‘salvadas’ o ‘superadas’ a la hora de realizar un trabajo ‘técnico’ con estos grupos y personas” (4) parte desde la colonialidad.

Las diferencias culturales han sido vistas como un problema, necesidad u obstáculo a trabajar, y han tratado de ser superadas, para el caso de los médicos ancestrales, mediante “procesos y prácticas de hegemonización, ‘normalización’ y ‘carnetización’” (6) orientados hacia una medicina intercultural que posibilite establecer una colaboración institucional. Esta forma de abordar la salud y la interculturalidad lleva a un terreno complejo si no contamos con buenas investigaciones etnográficas en contextos específicos; es fácil confundir conceptos y propuestas, como la de la biomedicina occidental que propone la salud universal como una única medicina que actuaría sobre un único cuerpo humano –entendido, a su vez, como universal– (6). Estas aproximaciones entran en contradicción con las particularidades y diferencias culturales de los pueblos y nacionalidades indígenas a los que está orientando el apoyo de las ONGD.

La interculturalidad en salud, como Flores indica, es un discurso utilizado por algunas agencias y fundaciones multilaterales o no gubernamentales, al igual que lo hacen las instituciones del Estado, que se ha constituido en un arma política e instrumento de control y dominación colonial de los conocimientos y prácticas de salud ancestrales por la lógica biomédica y poder biomédico occidental, que se han justificado bajo los términos de “desarrollo”, “cooperación”, “ayuda humanitaria”, “solidaridad” (9).

Los estudios sobre interculturalidad de las agencias de cooperación son realizados por científicos sociales que, según Ramírez Hita (2011, 90-1), “se dedican casi exclusivamente a intervenir” y están basados en las diferencias culturales y no en las desigualdades sociales; lo cultural se asocia a “tradicional” y a “creencia” (91). Están orientados al desarrollo de intervenciones para mejorar la salud del país antes que a una reflexión teórica y análisis sobre los problemas que se enfrentan en el campo de la salud. El abordaje teórico-metodológico es descriptivo, muchas veces los resultados han influenciado en el establecimiento de programas y políticas que han terminado culpabilizando a la cultura o al sujeto cultural de la mayoría de los fracasos sanitarios, y encubriendo el maltrato permanente en términos técnicos, físicos y psicológicos que se ejerce en los servicios de salud (92).

Se enfatiza en la participación de los actores sociales involucrados para lograr la interculturalidad, a pesar de que la mayoría de los proyectos de desarrollo se concibe y diseña sin la participación de las comunidades que serán intervenidas (90). La convocatoria a los actores locales para informarles y consensuar los proyectos ya definidos –en los escritorios de los técnicos– es una forma de legitimación y justificación de la imposición vertical de las propuestas.

Para recapitular, como plantea Restrepo (2004, 20):

No podemos tratar de convertir las categorías del mundo andino en categorías del mundo occidental, homogeneizando los grandes procesos culturales. Sociedad, comunidad, Estado, política, naturaleza, progreso y desarrollo son conceptos diferentes en cada mundo y no podemos extrapolar un sentido al otro. Más bien debemos conceptualizar debidamente cada uno de ellos, para buscar ciertas concordancias y sus diferencias fundamentales.

El camino para construir la salud intercultural va más allá de reconocer, únicamente, las diferencias culturales; implica re-pensar, re-conceptualizar y re-definir los diferentes conceptos que existen tanto en la medicina ancestral como en la medicina occidental a fin de caminar hacia la interculturalización de la salud. Caso contrario, la salud intercultural:

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

Como ya queda evidenciado, el reto de la salud intercultural se queda enraizado en las tensiones históricas entre conceptos de medicina anclados en perspectivas muy distintas de vida. Simplificar estas tensiones y perspectivas, captando e institucionalizándolas dentro del sistema de salud nacional, las instancias del Estado, y los discursos de agencias multilaterales y no gubernamentales, como ha ocurrido en Ecuador pero también otros países de la región (ver, por ejemplo, Campos 2017; Maya y Cruz 2018; Nureña 2009; Patiño y Sandón 2014; Cardona, Rivera y Carmona 2015; Ramírez Hita 2011), es hacer la interculturalidad funcional al mismo proyecto dominante.

Superando la cooptación y la simple enunciación, la salud intercultural debería tener la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional (Oyarce 1996, 56). Se trataría, como plantea Flores

(2011, 6-7), “de un proceso social interactivo, donde se perseguiría reconocimiento y respeto a las diferencias existentes entre las culturas en este campo de la salud y la enfermedad”.

Para pensar la salud intercultural son necesarios una práctica y compromiso político que posibiliten abrir espacios participativos de discusión, de negociación, de búsqueda de consensos sobre las diferentes formas y modos de producir sentido. Visibilizar y reconocer otras formas de conocimientos, prácticas y percepciones sobre la salud y medicina ancestral que la gente vive en su cotidianidad es imperativo. En estos espacios de diálogo, la presencia, participación y las voces de la gente, médicos ancestrales, líderes locales y organizaciones comunitarias son fundamentales.

En cuanto a la integración de ambas prácticas, Alarcón, Neira y Vidal (2003, 1064) explican que se puede considerar estratégicamente la salud intercultural involucrando:

procesos de validación y negociación cultural entre pacientes y profesionales. La validación cultural consiste en aceptar la legitimidad del modelo de salud y enfermedad del paciente considerando el contexto cultural en que este modelo emerge. [...] La validación cultural no significa que el profesional comparta el mundo simbólico del paciente; sino que comprenda, respete e incluso integre algunos elementos culturales que considere relevantes para el proceso de recuperación del enfermo.

A pesar de que se reconoce que la aproximación de la salud intercultural es importante en territorios en donde existen poblaciones con conocimientos y modos de producir sentidos, como los de las poblaciones indígenas, los proyectos y propuesta para implementarla, mediante el establecimiento de políticas públicas que vienen desde el Estado, quedan únicamente en retórica: en el discurso de la salud intercultural. El problema fundamental radica en que la visión de la medicina occidental esta asumida y naturalizada en los conceptos de salud y de medicina que están traspasados por la colonialidad del poder, del ser y del saber.

Si bien, como se ha presentado en estas páginas, existen recomendaciones importantes sobre la necesidad de reconocer las diferencias culturales en la organización de los servicios de salud, estas se han mantenido en el discurso, sin que realmente se produzcan cambios en la reducción de las inequidades que afectan a las poblaciones indígenas ni se mejoren las condiciones de vida de estas.

No se trata únicamente de incorporar los conocimientos ancestrales locales, de forma gradual o no, al sistema de salud oficial, ni de incluir variables culturales y étnicas

en los proyectos de salud apoyados por las Naciones Unidas para toda Latinoamérica, sino abrir espacios de discusión epistémicos, políticos, sociales y culturales en los que se analice y se reflexione sobre la diferencia colonial que se mantiene sobre las prácticas y conocimientos de salud ancestrales, y sobre la necesidad de la descolonización de los sistemas de salud, del Estado, de los organismos internacionales y los ONGD.

La interculturalidad es mucho más que una herramienta, es un proyecto político que plantea dejar atrás la diferencia colonial. Es por ello, que desde una perspectiva crítica y decolonial se concibe a la interculturalidad como un proyecto a ser construido, no como algo dado ni acabado.

## 8.2. Pensando la interculturalidad crítica

Ante tanta dominación de poder que han sufrido los pueblos indígenas en Latinoamérica se han realizado planteamientos cuestionando el multiculturalismo como un eufemismo que oculta las relaciones de desigualdad. Y se ha planteado la interculturalidad como un proyecto político que pretende dejar atrás la diferencia colonial desde una perspectiva crítica y decolonial.

Walsh (2010, 77) plantea tres perspectivas de interculturalidad: la *interculturalidad relacional* que se entiende como el intercambio entre culturas, prácticas, saberes, valores y tradiciones culturales distintos; esta aproximación deja de lado los contextos de poder que están dados por la diferencia cultural en términos de superioridad e inferioridad que se manifiestan social, política y epistémicamente.

La *interculturalidad funcional* está orientada al reconocimiento de la diversidad y diferencia culturales bajo la aparente búsqueda del diálogo, la convivencia y la tolerancia, pero para incluirlas en la estructura social establecida, es decir, “es funcional al sistema existente” (77) sin tomar en cuenta las causas de la racialización. Con ello, la diversidad y diferencia culturales se vuelven funcionales “a los dictámenes del sistema mundo y a la expansión del neoliberalismo” (Muyulema, 2001, 25, citado por Walsh 2010, 78), con la “inclusión” de los grupos históricamente excluidos en su interior. “En este sentido, el reconocimiento y el respeto a la diversidad cultural se convierten en una nueva estrategia de dominación, que apunta no a la creación de sociedades más equitativas e igualitarias, sino al control del conflicto étnico y la conservación de la estabilidad social” (78).

Walsh (2010, 78) plantea como tercera perspectiva la *interculturalidad crítica*, en la que esta autora se inserta y que entiende “como una herramienta, como un proceso y

proyecto que se construye desde la gente [...] en contraste con la funcional, que se ejerce desde arriba”. Enfatiza que:

Con esta perspectiva, no partimos del problema de la diversidad o diferencia en sí, sino del problema estructural-colonial-racial. Es decir, de un reconocimiento de que la diferencia se construye dentro de una estructura y matriz colonial de poder racializado y jerarquizado, con los blancos y “blanqueados” en la cima y los pueblos indígenas y afrodescendientes en los peldaños inferiores (78).

Por lo tanto, para Walsh, la interculturalidad crítica debe entenderse como:

designio y propuesta de sociedad, como proyecto político, social, epistémico y ético dirigido a la transformación estructural y sociohistórica asentado en la construcción entre todos de una sociedad radicalmente distinta. [...] [Se trata de] implosionar –desde la diferencia– en las estructuras coloniales del poder como reto, propuesta, proceso y proyecto; es re-conceptualizar y re-fundar estructuras sociales, epistémicas y de existencias que ponen en escena y en relación equitativa lógicas, prácticas y modos culturales diversos de pensar, actuar y vivir (79).

Según esta autora, “la interculturalidad entendida críticamente aún no existe, es algo por construir” (78), no es un proceso o proyecto étnico, no es una diferencia simplemente asentada sobre la cultura y tampoco es reflejo de una dominación enraizada solo en cuestiones de clase, es el proyecto y estrategia “que intenta construir relaciones – de saber, ser, poder y de la vida misma– radicalmente distintas” (91).

Walsh (2009, 204) plantea la interculturalidad como práctica política y contrarrespuesta desde “abajo” y no desde “arriba” a la geopolítica hegemónica monocultural y monorracional del conocimiento, como una herramienta que posibilita pensar y actuar, a fin de incitar la esperanza y la humanización (235).

El planteamiento de la interculturalidad como proceso y proyecto político, ético y epistémico propuesto por la CONAIE como expresión del movimiento indígena posibilitará cuestionar la colonialidad del poder, del ser y del saber, que han llevado a la racialización y exclusión de la población que no sigue la lógica de los patrones occidentales. Como se ha señalado, citando a Solá (2010, 123), la población indígena es mirada como una de las causantes del retraso del país y en consecuencia hay que transformarla haciéndola parte de la nación moderna. Resulta importante profundizar cómo las autoridades e instituciones del Estado asumieron la visión occidental como la base del desarrollo y establecimiento de políticas, programas y proyectos a ser implementados.

Ante la emergencia de la salud intercultural, que pone en riesgo la hegemonía de la medicina occidental, desde el Estado –siguiendo los lineamientos de los organismos internacionales– se diseñan estrategias y políticas “de inclusión” con un discurso cliché sobre interculturalidad y con la incorporación de ciertas prácticas de la medicina ancestral que terminan por desmovilizar las demandas que tienen las poblaciones. Así, según Knipper (2006, 420), el “sistema de la medicina tradicional” se convierte en un espejo, una copia, del “sistema de medicina académica” –que se basa en el “principio de universalidad”, ofreciendo servicios “al alcance de todos”–, sin reconocer las diferencias culturales que están presentes en las personas que buscan atención médica, al mismo tiempo que las deslumbra con la “inclusión” de los conocimientos ancestrales dentro del “sistema oficial de salud”.

Este deslumbramiento puede ser explicado con el concepto de Quijano (1992, 439) sobre la seducción que durante la Colonia la cultura europea generaba al dar acceso al poder a los grupos con formas de existencia diferentes a la cultura occidental, al tiempo que esta se apropiaba de los valores culturales de dichos pueblos:

Los colonizadores impusieron también una imagen mistificada de sus propios patrones de producción de conocimientos y significaciones. Los colocaron primero lejos del acceso de los dominados. Más tarde los enseñaron de modo parcial y selectivo, para cooptar algunos dominados en algunas instancias del poder de los dominadores. Entonces, la cultura europea se convirtió además en una seducción; daba acceso al poder. Después de todo, más allá de la represión, el instrumento principal de todo poder es su seducción. La europeización cultural se convirtió en una aspiración. Era un modo de participar en el poder colonial.

En otro de sus textos, Quijano (1998a, 233) señala que los pueblos dominados aprendieron a dar nuevos significados y sentidos a los símbolos e imágenes occidentales y después a transformarlos y subvertirlos asignando sus propios valores a toda imagen, rito o patrón impuesto por los dominadores. Es decir, practicaban los patrones impuestos, pero los subvertían y reorganizaban.

Por lo tanto, la transformación de las estructuras del sistema dominante con la incorporación de ciertas prácticas de salud de las poblaciones indígenas a manera de salud intercultural es un claro ejemplo de seducción que el poder colonial aplicaba y aplica para tener dominio y control de la sociedad.

En el caso del cuidado de la salud de la población, según Campos (2009, 59), los frailes religiosos se encargaban de dar atención a los enfermos, al tiempo que se fueron apropiando de los conocimientos de la medicina ancestral. Utilizaron mecanismos de

atracción, como el de convertir a los médicos originarios “en sacristanes de los templos. Esa condición los transformaba en individuos sometidos al poder eclesiástico, pero precisamente eso los ponía a salvo de la intervención de las autoridades civiles, de manera que podían seguir realizando sus prácticas curativas” (60).

El mismo autor señala que los médicos ancestrales, con el fin de proteger sus conocimientos, desarrollaron tácticas como las de cambiar los nombres de las plantas medicinales con los de personajes religiosos católicos –como la hierba de la Santa María o la hierba de San Juan–, que eran utilizados en prácticas ancestrales (60).

Campos también menciona que no se reprimieron únicamente las prácticas médicas, sino también “el aspecto religioso, ideológico y ritual del modelo que fundamentaba la práctica de los médicos indígenas” (60). Es así como “en las ordenanzas del quinto virrey del Perú, Francisco de Toledo, se ordenó quemar todos los instrumentos musicales indígenas con el pretexto de que estaban estrechamente ligados a los rituales mágico-religiosos” (60).

De acuerdo a Díaz, Allen-Perkins y Gutiérrez (2018, párr. 5):

en 1572 el virrey Francisco Álvarez de Toledo prohibió [la celebración d]el Inti Raymi por considerarla una ceremonia pagana y contraria a la fe cristiana. Pero se siguió realizando clandestinamente por todo el antiguo imperio inca. [...] [E]n algunas zonas andinas fue sustituida por otras ceremonias como el Corpus Cristi o la fiesta de Juan Bautista.

En la celebración de Corpus Cristi, según Yáñez (2002, 141-2), los habitantes de Huarochirí, para no entrar en conflicto con los colonizadores, la juntaron con sus ceremonias ancestrales, como “[e]l lavatorio, las ofrendas del animal sagrado, el cuy, la bebida comunitaria y el baile en conjunto [que,] hacían el centro de los festejos”. Mientras que la Fiesta de Todos los Santos la juntaron con la Fiesta de los Difuntos, en la que realizaban la entrega de ofrendas y comidas rituales. Estos son ejemplos de la forma como las poblaciones ancestrales buscaban mecanismos de re-significar y alterar la imposición de las celebraciones religiosas católicas suplantándolas con sus propios rituales.

Esto que ocurrió durante la Colonia continúa ejerciéndose hasta el presente con la formulación de las políticas interculturales del Estado. Así, el poder colonial seduce a los pueblos convirtiendo a la cultura occidental como la única valedera.

Cuando las organizaciones indígenas se enfocan en promover la interculturalidad y todo lo que ella contiene, se convierte en una estrategia para producir cambios en las estructuras del sistema dominante y, por lo tanto, superar los mecanismos de seducción

con los que este cuenta. Resurgen, entonces, las posibilidades para dar valor a los conocimientos ancestrales. Si el objetivo es darles espacio y rescatarlos en beneficio de las comunidades indígenas, lo que se debe hacer es que toda la sociedad se despoje de la visión colonial.

Para ello, de acuerdo a Fernández Juárez (2019, 8):

La salud intercultural ha de contribuir, junto a otros parámetros sociales, económicos y políticos a mejorar los estándares de vida de los pueblos amerindios y afrodescendientes porque, si no es así, estaremos contribuyendo como cómplices insospechados de su exclusión sistemática bajo el halo políticamente atractivo que proyecta su imagen.

Este autor igualmente plantea que “es imprescindible no solo adquirir competencia intercultural” para integrar los modelos médicos ancestrales y el modelo de la medicina occidental, sino fundamentalmente comprender las “concepciones, modelos, terapias y aflicciones que no podemos traducir [...] al plano biomédico sin conocer sus propias reglas de significación” (8). Lo cual implica abrir espacios de diálogo que posibiliten llevar adelante cambios epistemológicos, políticos, sociales y culturales en la vida cotidiana de la sociedad y, también, en el Estado, los funcionarios, el personal de salud y el sistema educativo con el fin de interculturalizar la salud.

### **8.3. Hacia la interculturalización y descolonización**

De allí que para pensar la salud intercultural es fundamental la descolonización del Estado. Mignolo (2011, 10; traducción propia) plantea la necesidad de pensar descolonialmente a fin de superar la lógica de la colonialidad que subyace a la retórica de la modernidad. Estos procesos rompen el código occidental de construcción, transformación y sustento del racismo y el patriarcado, y del conocimiento basado en la palabra de dios o en la razón y verdad (15; traducción propia).

La descolonialidad busca superar la matriz colonial del poder, cambiar el mito de la universalidad en la teoría y ego-política del conocimiento (16) desde la perspectiva de los pueblos colonizados, más que desde la civilización occidental (18). Es un proyecto epistémico y político que confronta y se desvincula de la colonialidad (27) abordando las esferas de la autoridad, economía, conocimiento y subjetividad, racismo, género y sexualidad (54). Se centra en la enunciación, en la desobediencia epistémica y en la desvinculación de la matriz colonial a fin de abrir espacios de vida, de conocimiento, de sociedad con temas descoloniales, conocimientos descoloniales e instituciones

descoloniales (9), y de contribuir a construir un mundo en el que coexistan muchos mundos (55).

Por lo tanto, para pensar en la interculturalización de la salud es necesario la descolonización del Estado que está traspasado por la colonialidad del poder. Como señala Polo (2010, párr. 2), citándole a la ministra de Salud de Bolivia de ese entonces, para desarrollar la salud intercultural se precisa:

No solo infraestructura sanitaria, sino también la dotación de equipamiento, los insumos necesarios y el desarrollo de programas y proyectos que conlleven no solo lo que es la complementariedad, los saberes ancestrales, la medicina tradicional, la académica, sino fundamentalmente el consolidar una gestión pública sanitaria que evidencie la descolonización de la salud.

Luego de las revisiones conceptuales realizadas y siguiendo los planteamientos de Walsh y Salaverry mencionados anteriormente, se puede concluir que la interculturalidad en salud no existe, sino que está por construirse, implica una práctica política desde abajo, un cambio de paradigma del ejercicio médico, la construcción de sociedades distintas que tomen en consideración no solo lo económico sino también la cosmología de la vida, los saberes, la memoria ancestral, la relación con la naturaleza y una espiritualidad distinta.

Para concluir, la interculturalidad como proyecto político debe incidir en la dimensión que señala Walsh: implosionar epistémicamente el conocimiento hegemónico articulado a una pedagogía crítica, pero, además, debe hacerlo en el imaginario de la vida cotidiana de la gente que, como se ha mencionado, está expuesta y traspasada por las diferencias coloniales del poder. Por lo tanto, la implosión no debe ser únicamente teórica –conceptual–, debe ir más allá del nivel del conocimiento: debe también ocurrir en la conciencia, en la vida cotidiana de los seres humanos a fin de cambiar los estereotipos creados por la colonialidad.

El gran desafío será llevar el discurso abstracto crítico del conocimiento a un discurso que sea comprensible para las poblaciones excluidas evitando la utilización de metalenguajes que son entendidos solo por la academia y que si bien tratan de explicar al “otro”, al “diferente”, lo excluyen y dejan fuera por no estar “iniciado” en el lenguaje académico abstracto. El reto para pensar la interculturalización es abrir verdaderos espacios participativos en los que los grupos excluidos puedan visibilizar sus percepciones y conocimientos sobre la realidad y puedan aportar con “conceptos” desde sus lenguajes cotidianos, como es el caso de los conocimientos y prácticas de salud ancestrales tema del presente estudio.

El proceso de la interculturalización en la vida cotidiana de las poblaciones puede ser más o menos doloroso dependiendo desde donde “detone” la necesidad de re-pensar, re-aprender y re-respetar ya que “afecta” a los grupos de poder que provienen y se deben a la cultura occidental patriarcal. Con la implosión de la interculturalidad aquellos que han sido dotados de privilegios por la cultura occidental patriarcal pierden el poder. A las poblaciones colonizadas, que fueron excluidas y subordinadas por el poder colonial, el “reconocimiento” y la “revalorización” les enfrenta al desencanto de perder los “privilegios heredados” de la cultura occidental patriarcal, como sucede con los mestizos que viven la falacia del “blanqueamiento” negando sus raíces y no queriendo ser indios. Lo mismo que ocurre con los hombres, que sienten el dolor de perder los privilegios patriarcales que justifican las inequidades de género asumidas como algo “natural” por la sociedad.

Por lo tanto, para llegar a la interculturalización hay un largo camino por recorrer. No solo se requiere la descolonización del Estado y todas sus instancias, en los que se reproduce y legitima el poder colonial, sino que es fundamental que esta ocurra en la gente, que está traspasada por la colonialidad en su vida cotidiana.



## Conclusiones

Esta investigación es una de las pocas realizadas en Ecuador orientadas a visibilizar los conocimientos y prácticas de salud ancestrales con los que la gente cuenta en su vida cotidiana. Como se ha demostrado en el estudio de caso efectuado en estas páginas, esta medicina se ha mantenido viva y en resistencia frente a la medicina occidental imperante en los servicios de salud públicos.

Inicialmente, se partió del supuesto de que la interculturalidad en salud era posible en territorios como los del cantón Pedro Moncayo en donde vive una comunidad que tiene conocimientos y realiza prácticas de salud y medicina ancestral. Después de varios años de trabajo y participación permanente en el proceso de búsqueda de alternativas de desarrollo que está llevando a cabo la Mancomunidad de Gobiernos Autónomos Descentralizados Parroquiales del Norte y, luego de la investigación realizada, se evidenció que las respuestas a la pregunta original de esta tesis: ¿Puede ser pensada la salud desde el lugar con una perspectiva intercultural? son múltiples. Y esto porque dependen desde dónde se hable, ya que están traspasadas por las relaciones de poder coloniales, lo que impide la interculturalización de la salud en el territorio.

Los resultados del estudio indican que es muy difícil hablar de salud intercultural cuando las realidades territoriales se enfrentan con las imposiciones sociales, culturales, ontológicas y epistémicas de la colonialidad del poder, del ser, del saber y de la comológica y de la madre naturaleza. Para que se interculturalice la salud es necesaria la descolonización del Estado.

A manera de síntesis, después de la investigación realizada entre 2008 y 2014 en las comunidades de las parroquias de Malchinguí, Tocachi, La Esperanza, Tabacundo y Tupigachi del cantón Pedro Moncayo se pudo evidenciar que:

1. La gente practica la interculturalidad en salud en su vida cotidiana al utilizar la medicina ancestral conjuntamente con la medicina occidental. En las comunidades los conocimientos de medicina ancestral son parte del día a día, pues esta se practica desde hace milenios en la zona andina y se ha mantenido en resistencia en los últimos 500 años. Estos saberes se sustentan en verdaderas redes de transmisión oral de abuelos, abuelas y médicos ancestrales a las nuevas generaciones, en las que las mujeres tienen un papel fundamental. Los conocimientos y prácticas médicas ancestrales siguen vigentes en los territorios a pesar de que estos no han contado con

el apoyo y reconocimiento del Estado por la imposición hegemónica de la orientación científica técnica de la medicina occidental o biomedicina.

2. Se ha identificado que la utilización de las dos medicinas –la ancestral y la occidental– enfrenta a la gente de las comunidades con el colonialismo y las relaciones de poder presentes entre los profesionales de la salud y el Estado, generándose tensiones y contradicciones entre los pacientes y el personal médico de los centros y subcentros de salud del MSP y de estos con los médicos ancestrales.
3. Desde el Estado se evidencia una contradicción pues la Constitución vigente y, en su momento, la de 1998 reconocen al Ecuador como un Estado plurinacional e intercultural que ampara los conocimientos y prácticas médicas ancestrales que deberían ser implementados por, en y con políticas de salud intercultural. Por lo tanto, en teoría, se podría pensar que es posible interculturalizar la salud; sin embargo, en los hechos, existen barreras epistémicas, sociales y culturales, producto de las relaciones coloniales de poder, que generan e impiden una verdadera comprensión de las diferentes concepciones de salud y las formas “otras” de explicar la realidad de las poblaciones indígenas. Y se mantiene la subordinación de la medicina ancestral a la medicina occidental mediante la ley y el sistema de salud.
4. Mientras que las políticas públicas de salud en Ecuador han sido desarrolladas bajo la visión medicalizada occidental, la cual ha sido naturalizada, asumida como propia e implementada por el MSP y, lo que es peor, por la Dirección Nacional de Salud Intercultural. Esta concepción responde a los intereses del mercado al que está sujeto el desarrollo científico tecnológico. El Estado actúa en función de las industrias hospitalaria, farmacéutica, de equipamiento y de infraestructura con “tecnología de punta”, mientras no brinda apoyo, desvaloriza y da la espalda a la medicina ancestral.
5. Desde el MSP, el reconocimiento de la diversidad y la inclusión queda en el discurso, cuando la Constitución le otorga la rectoría del sistema de salud, con capacidad de normar, controlar y regular el funcionamiento de todas las entidades de este campo. De allí que la medicina ancestral pasa a ser regulada por la ley sin que los saberes y prácticas, y ni siquiera el lenguaje y la terminología de la medicina ancestral, se hayan incluido dentro de las políticas de salud. Irónicamente, solo aparecen en nombres traducidos al kichwa en las puertas de las dependencias de los centros de salud pública de las zonas rurales.
6. El Estado no considera que las dos medicinas parten de formas distintas de producir sentido, estableciendo un sistema único de salud que impone la visión “científica”

como la única válida, ignorando la salud intercultural que tiene implícita la consideración de “sistemas” de salud en plural.

7. Una aproximación intercultural no significa reconocer las diferencias culturales únicamente, sino cuestionar las relaciones de poder y de concentración de recursos a fin de posibilitar un entendimiento entre los diferentes: un diálogo de iguales que se base tanto en una aproximación intelectual como en una práctica política que permita develar las relaciones hegemónicas de poder. Es decir, transgredir las imposiciones coloniales en un aprendizaje de construcción desde la gente, no desde los grupos de poder o desde la institucionalidad del Estado. El sistema de salud incorpora a la interculturalidad, pero solo desde la retórica, pues no se traduce en planes y programas que valoren la medicina ancestral y promuevan su conocimientos y prácticas en los territorios. Por ejemplo, no se asignan los recursos económicos y humanos que una orientación intercultural requiere.
8. El objetivo de la DNSI, antigua DNSPI, ha sido promover políticas públicas para el fortalecimiento de las medicinas ancestrales y desarrollar modelos interculturales de salud por medio de talleres y seminarios que llevaron a la formulación de documentos sobre la interculturalidad en salud. Sin embargo, no se han abierto espacios de diálogo horizontales sobre los conocimientos, prácticas y percepciones de la salud ancestral que posibilitaran la participación igualitaria tanto de los médicos ancestrales como de las autoridades y profesionales de los diversos niveles de atención del MSP para interculturalizar la salud.
9. Si bien se han desarrollado experiencias demostrativas interculturales aisladas –como los casos del parto vertical en Otavalo; la integración de varios sistema médicos o alternativos en Guamaní; la red de parteras tradicionales en Loreto; las redes de sabios y sanadores en Orellana y Santo Domingo de los Tsáchilas; la elaboración de propuestas de leyes, mapas estratégicos, reglamentos, planes de trabajo, métodos y guías técnicas; encuentros regionales, nacionales y provinciales e indicadores de monitoreo–, lo que en realidad el MSP busca, mediante la DNSI y amparado en la lógica de los organismos internacionales, es incorporar modelos de salud familiar y comunitaria bajo una visión occidental que no valora los conocimientos ancestrales. Estos modelos se implementaron con dotación de equipos básicos de atención en salud (EBAS), que constaban de ambulancias e instrumental médico y odontológico, y se basaban en el mejoramiento de las competencias técnicas y financieras, y de

alianzas con organizaciones de la sociedad civil, siempre dentro de la lógica de los servicios de salud occidentales.

Por lo tanto, la interculturalidad se ha limitado a la colocación de letreros en kichwa y español en las oficinas y salas de los hospitales y centros de salud, al equipamiento de salas para atención de parto vertical –bajo la denominación de “parto culturalmente aceptado”– y al ofrecimiento etéreo de que las parteras ancestrales podrían ser convocadas “de acuerdo al pedido” de las parturientas, sin que sean consideradas parte del personal “oficial” de planta y, menos, que consten en el rol de pagos del MSP con un salario. En definitiva, la salud intercultural ha sido vaciada de contenidos y sus conceptos cooptados.

Las políticas de salud priorizaron la construcción de los hospitales del milenio, homogéneos, con énfasis en la eficiencia y rendimiento, la modernización de equipos y la burocratización del personal (incremento de la producción, servicios controlados por paquetes informáticos, registro del cumplimiento de actividades), lo cual ha cambiado las relaciones humanas del personal con los pacientes. La relación costo-eficiencia busca masificar servicios homogéneos únicos para la población antes que una relación médico-paciente que priorice la realidades culturales de los últimos. Por lo tanto, el proceso de transformación del sistema nacional de salud del país hacia un sistema de salud intercultural todavía no ha sido posible.

En el territorio del cantón Pedro Moncayo, las políticas interculturales no han sido socializadas ni conocidas por el personal de los centros de salud y de los gobiernos autónomos descentralizados locales ni difundidas entre la población. No se ha asignado recursos del Estado para el fortalecimiento de la salud ancestral, y tampoco para la atención y pago a médicos ancestrales, como se ha evidenciado en el Centro de Salud Tipo C de Tabacundo.

En el transcurso de esta investigación se ha puesto en evidencia la dificultad de interculturalizar la salud porque se mantienen las estructuras de poder colonial en el Estado, así como la lógica occidental en la organización del sistema de salud, que no toma en cuenta las realidades locales.

La salud intercultural está en construcción, mas, para que se dé un proceso de interculturalización es necesario despojarse del paradigma colonial y hacer un ejercicio deliberado de reconocimiento y aprendizaje de otras formas de ser, lo cual obliga a llevar adelante un cambio en las estructuras de poder, como se ha señalado. Implica que se produzca un colapso interno epistémico, económico, político, social y cultural que

conlleve un cambio que no debe ser únicamente teórico conceptual, sino que debe posibilitar espacios para que la gente –los grupos subalternizados– tenga voz. El desafío está en poner el discurso abstracto de la teoría en diálogo con los concimientos y prácticas de la gente a fin de pensar una nueva sociedad que se base en relaciones de reciprocidad y complementariedad en sus diferencias, sus potencialidades y debilidades, y que los seres humanos sean considerados de manera integral, no únicamente desde la mente sino desde el corazón.

La interculturalidad debe ser entendida como una herramienta generadora de discusiones que posibilite que la gente, que ha sido silenciada e invisibilizada por el poder colonial, que sabe sus necesidades y no necesita que los intelectuales les “den haciendo” o les “den encontrando” sus derroteros, tenga actoría y protagonismo.

El proceso de cambio puede ser doloroso para los grupos dotados de privilegios por el poder colonial, como es el caso de los mestizos que viven la ilusión –la falacia– del blanqueamiento pues también están traspasados por la visión occidental que ha llevado a la racialización de la gente y a considerar inferior a todo aquello que no sigue los patrones occidentales. Lo mismo sucede con los hombres que temen y sienten el dolor de perder los privilegios patriarcales que les fueron heredados históricamente y asumidos socialmente como algo “natural”. Romper con la naturalización de las desigualdades conlleva cambios profundos: la pérdida de poder, de protagonismo, de los privilegios asignados históricamente a unos grupos excluyendo a otros. Se requiere que estas transformaciones se pongan en práctica en la vida cotidiana, en diálogo desde una posición crítica con los supuestos establecidos por la matriz de poder, también en lo académico, a fin de lograr cambios que posibiliten una verdadera interculturalización social y, por ende, de la salud. Para interculturalizar a esta última es necesario descolonizar el Estado.

Por lo anterior, se puede señalar que esta investigación ha contribuido a:

1. Identificar las dificultades que existen para la construcción de una propuesta de salud intercultural en Ecuador. Se ha puesto en evidencia que interculturalizar la salud no es posible cuando la lógica occidentalizante ha sido asumida como propia por el Estado que desconoce otras formas y modos de producir sentido, las relaciones políticas y las realidades que existen en el ámbito local.
2. Identificar la vigencia de la medicina ancestral y su utilización en forma complementaria con la medicina occidental por parte de la población del cantón Pedro Moncayo.

3. Abrir espacios de reflexión para los actores sociales locales, los diferentes niveles de gobierno (parroquial, cantonal, provincial y nacional), los organismos internacionales y la academia para la construcción de una propuesta de salud intercultural que responda a la realidad de los territorios con la participación de los actores locales y de la población.
4. Demostrar que hay un gran número de políticas, leyes y modelos de salud intercultural que solo se han quedado en la retórica y que no se han aplicado en el ámbito local. Estos lineamientos tampoco han sido realizados en forma participativa con los actores locales y, menos aún, con las personas que practican y utilizan la medicina ancestral, sino únicamente con los niveles técnicos y políticos institucionales que imaginan las realidades locales desde sus escritorios.
5. Comprender que la interculturalidad no puede ser un concepto sino una práctica en la vida cotidiana hacia el cambio y la transformación de los supuestos y formas de ser que fueron impuestos con la modernidad y asumidas por la sociedad y el Estado como algo natural.

Después de lo expuesto en estas páginas, cabe señalar que los hallazgos de la investigación realizada generan nuevas incógnitas, dudas y tensiones sobre la posibilidad de pensar la salud intercultural desde el actual Estado ecuatoriano; a saber:

1. Si los conocimientos, medicina y prácticas de salud ancestrales han perdurado por siglos y son practicados por las comunidades en su cotidianidad, ¿es necesario contar con un marco político jurídico desde el Estado que los reconozcan y legitimen?
2. ¿Es posible pensar en un diálogo intercultural de “iguales” en el ámbito local entre los representantes de los conocimientos de la medicina occidental o biomedicina y la medicina ancestral si las relaciones de poder no se transforman en lo político, jurídico, epistémico y social?
3. ¿Cómo imaginar la implementación de un modelo intercultural que integre en la práctica a los dos sistemas de salud, el ancestral y el occidental, en el “sistema único” de salud dado que cada uno de estos sistemas parten de formas distintas de producir sentido y de epistemologías diferentes?
4. ¿Se puede implementar una política de salud intercultural si todas las políticas públicas, lineamientos y normativas de las diferentes instituciones del Estado mantienen una visión colonial?
5. ¿Es posible una política de salud intercultural sin interculturalizar hacia adentro las instituciones del Estado y hacia afuera la sociedad?

6. ¿Hasta qué punto las instancias que actúan en los ámbitos locales pueden redefinir sus propias prioridades y estrategias cuando el discurso hegemónico está totalmente inserto en el quehacer de la salud pública y considera a lo local como comunidades ignorantes y carentes de conocimientos o localidades que pueden ser universalizadas?

La presente tesis concluye citando las enseñanzas de dos pensadores indígenas. Rigoberta Menchú, Premio Nobel de la Paz 1992, indica que: “Sigo ocultando lo que yo considero que nadie lo sabe, ni siquiera un antropólogo, ni un intelectual, por más que tenga muchos libros, no saben distinguir nuestros secretos” (Burgos 2007 [1983], 271), y Rufino Chuquimamani, experto en educación intercultural bilingüe y parte del equipo docente de Pacha Huñuy, quien nos abre espacios de reflexión desde otro modo y forma de producir sentido:

interculturalidad habrá cuando en realidad valoren nuestros símbolos y no solo trafiquen con ellos. Cuando en realidad aprendan el quechua, hagan uso de él, y que en los conocimientos que se imparten en las diferentes instituciones educativas y los servicios de salud sobre diferentes temas estén presentes los enfoques de los pueblos indígenas al lado de los enfoques no andinos; pero que también respeten a sus usuarios quechuas y a los pueblos indígenas. Somos como todos los seres humanos, somos como los blancos, como los ingleses, como los chinos, lo único que nos diferencia son nuestras costumbres y nuestra manera de pensar (OPS 2008, 11).

Finalmente, luego de la investigación realizada, la respuesta a la pregunta que la motivó: ¿Se puede pensar la interculturalidad en la salud en los ámbitos local y nacional dentro del contexto político-jurídico de salud intercultural del Estado ecuatoriano? Es sí, sí puede ser pensada desde la gente que la practica en su vida cotidiana, no obstante, para que las políticas, los planes, los programas, los proyectos y el modelo intercultural del sistema de salud y la formación de recursos humanos se interculturalicen es necesaria la descolonización del Estado.



## Obras citadas

- Abad, Lucía. 2004. “Salud intercultural y pueblos indígenas: La experiencia de un programa de salud de atención primaria con comunidades aguarunas de la selva amazónica en el Perú”. En *Salud e interculturalidad en América Latina: Perspectivas antropológicas*, coordinado por Gerardo Fernández Juárez, 75-92. Quito: Bolhispana-AECID (Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo) / UCLM (Universidad de Castilla-La Mancha) / Abya-Yala (A-Y). [https://www.academia.edu/10737713/SALUD\\_E\\_INTERCULTURALIDAD\\_EN\\_AMERICA\\_LATINA](https://www.academia.edu/10737713/SALUD_E_INTERCULTURALIDAD_EN_AMERICA_LATINA).
- Aguirre, María Esther. 2018. “Arte de curar, arte de sanar, arte de educar”. *Revista Iberoamericana de Educación Superior* 9 (25): 195-7. <http://www.scielo.org.mx/pdf/ries/v9n25/2007-2872-ries-9-25-195.pdf>.
- Aguirre, Milagros. 2016. *Límites de la salud intercultural: Estudio de caso en la provincia de Orellana*. Quito: Plataforma por el Derecho a la Salud. [https://www.academia.edu/36671163/Estudio\\_de\\_caso\\_en\\_la\\_provincia\\_de\\_Orellana\\_L%C3%ADmites\\_de\\_la\\_salud\\_intercultural?auto=download](https://www.academia.edu/36671163/Estudio_de_caso_en_la_provincia_de_Orellana_L%C3%ADmites_de_la_salud_intercultural?auto=download).
- Alarcón, Ana, Jaime Neira y Aldo Vidal. 2003. “Salud intercultural: Elementos para la construcción de sus bases conceptuales”. *Revista Médica Chile* 131 (9) (septiembre): 1061-5. [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872003000900014](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000900014).
- Alavez, Aleida. 2014. *Interculturalidad: Concepto, alcances y derecho*. México DF: Mesa Directiva de la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión, LXII Legislatura. <https://rm.coe.int/1680301bc3>.
- Albán, Adolfo. 2008. “¿Interculturalidad sin decolonialidad?: Colonialidades circulantes y prácticas de re-existencia”. En *Diversidad, interculturalidad y construcción de ciudad*, compilado por Wilmer Villa y Arturo Grueso, 64-96. Bogotá: UPN (Universidad Pedagógica Nacional) / Secretaría de Gobierno / Secretaría de Cultura, Recreación y Deporte.
- Albó, Xavier. 2004. “Salud e interculturalidad”. En *Salud e interculturalidad en América Latina: Perspectivas antropológicas*, coordinado por Gerardo Fernández Juárez, 65-74. Quito: Bolhispana-AECID / UCLM / A-Y.

[https://www.academia.edu/10737713/SALUD\\_E\\_INTERCULTURALIDAD\\_EN\\_AMERICA\\_LATINA](https://www.academia.edu/10737713/SALUD_E_INTERCULTURALIDAD_EN_AMERICA_LATINA).

- Almaguer, José, Vicente Vargas y Hernán García. 2014. *Interculturalidad en salud (marco conceptual y operativo): Modelo para su implantación en los servicios de salud*. México DF: Programa Editorial del Gobierno de la República. [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/modelo\\_intercultural\\_09.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/modelo_intercultural_09.pdf).
- Almeida, Lourdes, y Luis Almeida. 2014. “Fundamentación del modelo de gestión intercultural ecuatoriana en la atención primaria de salud”. *Medisan* 18 (8) (agosto): 1170-83. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192014000800019](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000800019).
- Almeyda, Aniceto. 1952. “Prólogo” a *Historia del Tribunal del Santo Oficio de la Inquisición en Chile*, de José Toribio Medina, 6-16. Santiago: Fondo Histórico y Bibliográfico José Toribio Medina. <http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-9872.html>.
- Amodio, Emmanuel. 2010. “Disciplinar los cuerpos y vigilar las conciencias: La represión inquisitorial de brujos y curanderos en la Provincia de Venezuela durante el siglo XVIII”. *Procesos Históricos: Revista de historia y ciencias sociales* 18 (julio-diciembre): 2-23. <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/procesoshistoricos/article/view/9647/9587>
- Andrade, Helena, y Guillermo Santamaría. 2020. “Cartografía social: El mapa como instrumento y metodología de la planeación participativa”. Acceso: 28 de marzo. [http://www.edumargen.org/docs/curso12-9/unid03/complem05\\_03.pdf](http://www.edumargen.org/docs/curso12-9/unid03/complem05_03.pdf).
- Aparicio, Alfonso. 2009. “La limpia en las etnomedicinas mesoamericanas”. *Gazeta de Antropología* 25 (1) (mayo): 1-13. [http://www.ugr.es/~pwlac/G25\\_21AlfonsoJ\\_Aparicio\\_Mena.html](http://www.ugr.es/~pwlac/G25_21AlfonsoJ_Aparicio_Mena.html).
- Arcos, Gualberto. 1979. *Evolución de la medicina en el Ecuador*. 3.<sup>a</sup> ed. Quito: Casa de la Cultura Ecuatoriana.
- Arguedas, José María. 1966. *Dioses y hombres de Huarochiri*. <http://www.bibvirtual.ucb.edu.bo:8000/etnias/digital/106000191.pdf>.
- Arrobo, Nidia. 2005. “Sistematización de los resultados de los estudios nacionales de la investigación Latautonomy”. *Llacta!: Las culturas indígenas y sus saberes ancestrales*. 16 de enero. <http://www.llacta.org/notic/2005/not0116b.htm>.

- Arteaga, Erika Lorena, Miguel San Sebastián y Alfredo Amores. 2012. “Construcción participativa de indicadores de la implementación del modelo de salud intercultural del cantón Loreto, Ecuador”. *Saúde em Debate* 36 (94) (julio-septiembre): 402-13. <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n94/a12v36n94.pdf>.
- Austin, Tomás. 2004. “Comunicación intercultural: Fundamentos y sugerencias”. En *Antología sobre cultura popular e indígena: Lecturas del seminario Diálogos en la acción. Primera etapa*, 87-104. México DF: Dirección General de Culturas Populares e Indígenas. <https://es.scribd.com/document/46207634/Austin-Tomas-Comunicacion-intercultural>.
- Ayala, Enrique. 2008. *Resumen de historia del Ecuador*. 3.<sup>a</sup> ed. Quito: CEN (Corporación Editora Nacional). <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/836/1/AYALAE-CON0001-RESUMEN.pdf>.
- . 2020. “Interculturalidad en el Ecuador”. Acceso: 15 de junio. <https://www.uasb.edu.ec/UserFiles/380/File/Interculturalidad%20en%20el%20Ecuador.pdf>.
- Barrera, Víctor. 2015. “El Taki Onqoy: La venganza de las huacas”. *ArtyHum: Revista de Artes y Humanidades* 10 (marzo): 18-27. [https://www.researchgate.net/publication/273128262\\_El\\_Taki\\_Onqoy\\_la\\_venganza\\_de\\_las\\_huacas](https://www.researchgate.net/publication/273128262_El_Taki_Onqoy_la_venganza_de_las_huacas).
- Bernabé Villodre, María del Mar. 2012. “Pluriculturalidad, multiculturalidad e interculturalidad: Conocimientos necesarios para la labor docente”. *Revista Educativa Hekademos* V (11) (junio): 67-76. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4059798.pdf>.
- BID (Banco Interamericano de Desarrollo). 2012. *Implementación de la Estrategia para el desarrollo indígena: Lecciones de la revisión de portafolio*. Washington DC: BID. [https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Implementaci%C3%B3n-de-la-Estrategia-para-el-Desarrollo-Ind%C3%ADgena-\(GN2387-5\)-Lecciones-de-la-revisi%C3%B3n-de-portafolio.pdf](https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Implementaci%C3%B3n-de-la-Estrategia-para-el-Desarrollo-Ind%C3%ADgena-(GN2387-5)-Lecciones-de-la-revisi%C3%B3n-de-portafolio.pdf).
- Blanco, Jorge, y Milany Betancur. 2019. “Modernidad y colonialidad en América Latina: ¿Un binomio indisociable? Reflexiones en torno a las propuestas de Walter Mignolo”. *Revista de Estudios Sociales* 69: 2-13. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7013069>.

- Bonifaz, Emilio. 1976. *Los indígenas de altura del Ecuador*. Quito: Ed. de autor.
- Borchart, Christiana, y Segundo Moreno. 1997. *Crónica indiana del Ecuador antiguo*. Quito: A-Y.  
[https://digitalrepository.unm.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1422&context=ab\\_ya\\_yala](https://digitalrepository.unm.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1422&context=ab_ya_yala).
- Bunge, Mario. 2012. *Filosofía para médicos*. Barcelona: Gedisa.
- Burgos, Elizabeth. 2007 [1983]. *Me llamo Rigoberta Menchú y así me nació la conciencia*. 20.<sup>a</sup> ed. México DF: Siglo XXI.  
<https://joaocamillopenna.files.wordpress.com/2015/03/burgos-rigoberta-menchu.pdf>.
- Cabello, Ana. 2019. “Consenso de Washington”. *Economipedia: Haciendo fácil la economía*. Acceso: 17 de abril. <https://economipedia.com/definiciones/consenso-de-washington.html>.
- Cachiguango, Luis Enrique “Katsa”. 2009. “Sabiduría y salud en el mundo andino”. En *Módulo: Sensibilización en salud y medicina intercultural*, de Enrique Cachiguango, Jaime Pilatuña y Miguel Viera, 11-45. s. l.: MSP (Ministerio de Salud Pública) / UIAW (Universidad Intercultural Amawtay Wasi) / Centro de Saber Yachay Munay-Cosmovisiones.
- Cachimuel, José. 1995. “Formulación de políticas para la atención de salud de los pueblos indígenas en el Ecuador”. En *Políticas de salud y pueblos indios*, compilado por Carlos Terán y Miguel Malo, 13-6. Quito: UASB-E (Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador) / OPS (Organización Panamericana de la Salud)-OMS (Organización Mundial de la Salud) / A-Y.
- Cairo, Heriberto. 2009. “La colonialidad y la imperialidad en el sistema-mundo”. *Viento Sur: Por una izquierda alternativa* 100 (enero): 65-74.  
<http://www.ceapedi.com.ar/imagenes/biblioteca/libreria/258.pdf>.
- Calderón, Luis Fernando. 2010. “Seminario regional Medicinas tradicionales, alternativas y complementarias en Ecuador: Proceso de articulación en el sistema de salud pública 2000-2010”. En *Salud, interculturalidad y derechos: Claves para la reconstrucción del sumak kawsay-buen vivir*, editado por Gerardo Fernández Juárez, 53-64. Quito: MSP.  
<https://bibliotecapromocion.msp.gob.ec/greenstone/collect/promocin/index/assoc/HASH018f.dir/doc.pdf>.

- Campos, Roberto. 2004. "Experiencias sobre salud intercultural en America Latina". En *Salud e interculturalidad en América Latina: Perspectivas antropológicas*, coordinado por Gerardo Fernández Juárez, 129-52. Quito: Bolhispana-AECID / UCLM / A-Y. [https://www.academia.edu/10737713/SALUD\\_E\\_INTERCULTURALIDAD\\_EN\\_AMERICA\\_LATINA](https://www.academia.edu/10737713/SALUD_E_INTERCULTURALIDAD_EN_AMERICA_LATINA).
- . 2009. "Salud intercultural en América Latina: Experiencias del pasado y contemporáneas". En *Yachay tinkuy: Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina*, editado por Luca Citarella y Alessia Zangari, 57-69. La Paz: UE (Unión Europea)-PROHISABA (Programa de Apoyo a la Higiene y Salud de Base) / CI (Cooperación Italiana). <https://bivica.org/files/salud-interculturalidad.pdf>.
- . 2017. "Veinticinco años de políticas públicas en salud indígena, medicina tradicional e interculturalidad en la región andina: Una aproximación a los casos de Chile, Bolivia y Venezuela (1990-2015)". *Boletín Americanista* 1 (74): 69-89. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5975859.pdf>.
- Cárdenas, Cynthia Giovanna, María Amalia Pesantes y Alfredo Rodríguez. 2017. "Interculturalidad en salud: Reflexiones a partir de una experiencia indígena en la Amazonía peruana". *Anthropologica* 35 (39): 151-69. <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/anthropologica/article/view/18742/19638>.
- Cardona, Jaiberth. 2013. "Vínculo entre mestizaje y salud en un sistema médico de una comunidad indígena colombiana". *Revista Cubana de Salud Pública* 39 (4) (septiembre-diciembre): 651-64. <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2013.v39n4/651-664/es>.
- Cardona, Jaiberth, Yennifer Rivera y Jaime Carmona. 2015. "Expresión de la interculturalidad en salud en un pueblo emberá-chamí de Colombia". *Revista Cubana de Salud Pública* 41 (1): 77-93. <https://www.redalyc.org/pdf/214/21438819008.pdf>.
- Carvajal, Jorge. 2004. "La cosmovisión andina de la salud: Las raíces americanas". En *Saberes de vida: Por el bienestar de nuevas generaciones*, compilado por Roberto Restrepo, 322-37. Bogotá: UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura) / Siglo del Hombre.
- Castro Jaramillo, María Lucía. 2016. "Cartografía social como recurso metodológico en los procesos de planeación participativa de un territorio incluyente: El caso del

- Plan Parcial de Renovación Urbana ‘El Triángulo de Fenicia’ en la ciudad de Bogotá”. Tesis de maestría en Planeación Urbana y Regional, PUJ. <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/20875/CastroJaramilloMariaLucia2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Castro-Gómez, Santiago. 2000. “Ciencias sociales, violencia epistémica y el problema de la ‘invención del otro’”. En *La colonialidad del saber: Eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas*, editado por Edgardo Lander, 145-62. Buenos Aires: CLACSO (Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales). <https://www.tni.org/files/download/La%20colonialidad%20del%20saber.%20Eurocentrismo%20y%20ciencias%20sociales.pdf>.
- . 2005. *La hybris del punto cero: Ciencia, raza e ilustración en la Nueva Granada (1750-1816)*. Bogotá: PUJ (Pontificia Universidad Javeriana). <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/pensar-puj/20180102042534/hybris.pdf>.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). 2014. *Los pueblos indígenas en América Latina: Avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos. Síntesis*. Santiago: CEPAL-ONU (Organización de Naciones Unidas). [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37050/4/S1420783\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37050/4/S1420783_es.pdf).
- . 2017. *Los pueblos indígenas en América (Abya Yala): Desafíos para la igualdad en la diversidad*. Santiago: CEPAL. [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/43187/6/S1600364\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/43187/6/S1600364_es.pdf).
- Chambi, Néstor, Walter Chambi, Victor Quiso, Sabino Cutipa, Valeriano Gordillo y Jorge Apaza. 1997. *Así no más nos curamos: La medicina en los Andes*. Lima: Asociación Chuyma de Apoyo Rural Chuyma Aru. <https://www.pratec.org/wpress/pdfs-pratec/asi-nomas-nos-curamos.pdf>.
- Cieza de León, Pedro. 2005 [1553]. *Crónica del Perú: El señorío de los incas*. Caracas: Fundación Biblioteca Ayacucho. <https://www.biblioteca.org.ar/libros/211665.pdf>.
- Cisneros, María Dolores. 2015. “En Jambí Huasi se practican la medicina ancestral y occidental”. *El Telégrafo*. 26 de julio. <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/regional-norte/1/en-jambi-huasi-se-practican-la-medicina-ancestral-y-occidental>.
- Citarella Menardi, Luca, ed. 2009. “Desarrollo de la salud intercultural en Bolivia: Desde las experiencias locales a las políticas públicas de salud”. En *Yachay tinkuy: Salud*

- e interculturalidad en Bolivia y América Latina*, editado por Luca Citarella y Alessia Zangari, 3-29. La Paz: UE-PROHISABA / CI. <https://bivica.org/files/salud-interculturalidad.pdf>.
- CONAIE (Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador). 2001. “Proyecto político de la Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador”. *CONAIE*. 12 de octubre. <http://www.llacta.org/organiz/coms/com862.htm>.
- . 2012. *Proyecto político para la contrucción del Estado plurinacional: Propuesta desde la visión de la CONAIE*. Quito: CONAIE. [https://drive.google.com/file/d/0B9xnvkmElMEAMFd1MTJYanZuUjA/view\\_](https://drive.google.com/file/d/0B9xnvkmElMEAMFd1MTJYanZuUjA/view_).
- Conde Villarreal, Edwin. 2020. “Bolivia: El ajayu y la armonía de la vida del mundo andino”. *Servicios en Comunicación Intercultural*. Acceso: 16 de marzo. <https://www.servindi.org/actualidad/38388#:~:text=El%20ajayu%20es%20comprensido%20en,el%20movimiento%20de%20la%20vida>.
- Cortés, Claudia, y Germán Rodas. 2013. “Estado del arte de la historia de la salud en el Ecuador en el siglo XX, y comentarios”. Ponencia presentada en el Taller de Historia de la Salud, UASB-E, Quito, 1 de agosto. <file:///Users/quinche/Desktop/ESTADO%20DEL%20ARTE%20DE%20LA%20HISTORIA%20DE%20LA%20SALUD%20EN%20EL%20ECUADOR%20EN%20EL%20claudia%20cortes%20german%20rodas.pdf>
- Cubides, Humberto, y Armando Durán. 2002. “Epistemología, ética y política de la relación entre investigación y transformación social”. *Nómadas: Revista de ciencias sociales* 17: 10-24. <http://nomadas.ucentral.edu.co/index.php/inicio/32-investigacion-y-transformaciones-sociales-nomadas-17/465-epistemologia-etica-y-politica-de-la-relacion-entre-investigacion-y-transformacion-social>.
- Cupani, Alberto. 2011. “Acerca de la vigencia del ideal de objetividad científica”. *Scientiae Studia* 9 (3): 501-25. <http://www.scielo.br/pdf/ss/v9n3/v9n3a04.pdf>.
- Dávalos, Pablo. 2001. “Movimiento indígena ecuatoriano: La constitución de un actor político”. *Ciencias Sociales Revista de la Escuela de Sociología y Ciencias Políticas* 20 (2); 111-38.
- De Acosta, José. 1954. *Historia natural y moral de las Indias* (1590). Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes. [http://www.cervantesvirtual.com/obra-visor/historia-natural-y-moral-de-las-indias--0/html/fee5c626-82b1-11df-acc7-002185ce6064\\_29.html](http://www.cervantesvirtual.com/obra-visor/historia-natural-y-moral-de-las-indias--0/html/fee5c626-82b1-11df-acc7-002185ce6064_29.html).

- De Ávila, Francisco. 1613 [1608]. “Tratado y relación de los errores, falsos dioses y otras supersticiones y ritos diabólicos, en que vivían antiguamente los indios de las provincias de Huaracheri, Mama y Challa, y hoy también viven engañados, con gran perdición de sus almas”. En *Papeles varios sobre los indios incas, huaroquiris y otras antigüedades del Perú*, de Cristóbal de Molina, Francisco de Ávila, Polo de Ondegardo, Juan de Santa Cruz Pachacuti Yamqui Salcamaygua y Garcilaso de la Vega, 115-29. Biblioteca Digital Hispánica-Biblioteca Nacional de España. <http://bdh-rd.bne.es/viewer.vm?id=0000087346&page=1>.
- De la Vega, Garcilaso Inca. 2009 [1609]. *Comentarios reales de los incas*. Museo Histórico Regional de Cusco. <http://museogarcilaso.culturacusco.gob.pe/mediaelement/pdf/3-ComentariosReales.pdf>.
- De Sousa Santos, Boaventura. 2004. “De la crítica del pensamiento crítico al pensamiento alternativo”. *América Latina en Movimiento*. 23 de marzo. <https://www.alainet.org/es/articulo/110046>.
- . 2008. “Estados plurinacionales y Constituyente”. *América Latina en Movimiento*. 7 de mayo. <http://alainet.org/active/23957>.
- Del Valle, Margarita. 2007. “Edad media y enfermedad”. *Elsevier: Revista científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica* 1 (26): 9-27. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-cientifica-sociedad-espanola-enfermeria-319-pdf-X2013524607838815>.
- Denevan, William. 2006. “Una perspectiva histórica sobre el descubrimiento de campos elevados (camellones) prehispánicos en Sud América”. En *Agricultura ancestral camellones y albarradas: Contexto social, usos y retos del pasado y del presente*, editado por Francisco Valdez, 17-24. Quito: A-Y. [https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins\\_textes/divers09-03/010039069.pdf](https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers09-03/010039069.pdf).
- Deruyttere, Anne. 1997. *El Banco Interamericano de Desarrollo y los pueblos indígenas*. Washington DC: Unidad de Pueblos Indígenas y Desarrollo Comunitario-Departamento de Desarrollo Sostenible-BID. <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/El-Banco-Interamericano-de-Desarrollo-y-los-pueblos-ind%C3%ADgenas.pdf>.
- Díaz, David, Diego Allen-Perkins e Isidro Gutiérrez. 2018. “Inti Raymi, la Fiesta del Sol”. *Cultura Científica*. 14 de mayo.

<https://culturacientifica.utpl.edu.ec/2018/05/inti-raymi-la-fiesta-del-sol/#:~:text=EL%20INTI%20RAYMI%20INCAICO,junio%2C%20en%20el%20hemisferio%20sur.>

- Diez, Juan Manuel, y Eduardo Rocha. 2016. "Cartografía social aplicada a la intervención social en barrio Dunas, Pelotas, Brasil". *Revista Geográfica de América Central* 2 (57) (julio-diciembre): 97-128. <https://www.redalyc.org/pdf/4517/451748499005.pdf>.
- Di Salvia, Daniela. 2013. "La Pachamama en la época incaica y post-incaica: Una visión andina a partir de las crónicas peruanas coloniales (siglos XVI y XVII)". *Revista Española de Antropología Americana* 43 (1): 89-110. <https://revistas.ucm.es/index.php/REAA/article/view/42302/40262>.
- Duarte, Everardo. 2005. "Metodología cualitativa em saúde: Dilemas e desafios". *Ciência & Saúde Coletiva* 10 (2): 15-34. <https://www.passeidireto.com/arquivo/3329133/bemq-textos-a-metodologia-qualitativa-conceitos-de-pesquisa-qualitativa>.
- Duden, Barbara. 1992. "Medicine and the history of the body: The lady of the court". En *The social construction of illness: Illness and medical knowledge in past and present*, editado por Jens Lachmund y Gunnar Stollberg, 9-51. Stuttgart: Franz Steiner. Fotocopia.
- Dussel, Enrique. 1979. "Los concilios provinciales de América Latina en los siglos XVI y XVII". En *El episcopado latinoamericano y la liberación de los pobres. 1504-1620*, 193-252. México DF: Centro de Reflexión Teológica. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/otros/20120131110518/8cap5.pdf>
- . 2008. *1492 El encubrimiento del otro: hacia el origen del mito de la modernidad*. La Paz: Biblioteca indígena. <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/11529/1/EL%20ENCUBRIMIENTO%20DEL%20OTRO%20HACIA%20ORIGEN%20DEL%20MITO%20MODERNIDAD.pdf>.
- EC. 1979. *Constitución de la República del Ecuador*. Registro Oficial 800, 27 de marzo.
- . 1994. *Ley de Maternidad Gratuita*. Registro Oficial 523, Suplemento, 9 de septiembre. <https://www.ilo.org/dyn/travail/docs/1731/Act%20ooo,%20official%20registry%20supplement%20523%20of%209%20September%20of%201994.pdf>.
- . 1998. *Constitución de la República del Ecuador*. Registro Oficial 1, 11 de agosto.

- . 2002. *Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud*. Registro Oficial 670, 25 de septiembre.
- . 2006. *Ley Orgánica de Salud*. Registro Oficial 423, Suplemento, 22 de diciembre.
- . 2008. *Constitución de la República del Ecuador*. Registro Oficial 449, 20 de octubre.

EC CMPM (Concejo Municipal de Pedro Moncayo). 2000. "Plan de desarrollo cantonal". Documento de trabajo.

- . 2002. "Ordenanza Municipal para constitución del Consejo Cantonal de Salud de Pedro Moncayo". Concejo Municipal del Cantón Pedro Moncayo, Sesión ordinaria, 11 de noviembre. Archivo del CMPM, Tabacundo.
- . 2003. "Ordenanza Municipal que reconoce a la asamblea cantonal como un espacio de expresión ciudadana para fraternizar, concertar y planificar participativamente el futuro del cantón, cuyas decisiones se basan en los principios de respeto, solidaridad y tolerancia a la diversidad y el Consejo Interinstitucional e Intersectorial de Desarrollo y Gestión de Pedro Moncayo". Concejo Municipal del Cantón Pedro Moncayo, Sesión ordinaria, 28 de julio. Archivo del CMPM, Tabacundo.

EC CMPM-CCCS (Coordinación del Consejo Cantonal de Salud). 2009. "Informe de la Coordinación del Consejo Cantonal de Salud 2001-2009". Documento de trabajo.

EC DNSI (Dirección Nacional de Salud Intercultural)-MSP. s. f. "Avances y desafíos de la medicina ancestral-tradicional de las nacionalidades y pueblos en el Ecuador". Documento de trabajo, MSP.

EC INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos). 2001. "Pichincha: Cantón Pedro Moncayo". *Base de Datos-Censo de Población y Vivienda 2001*. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/base-de-datos-censo-de-poblacion-y-vivienda-2001>.

- . 2010. "Censo de Población y Vivienda". *INEC*. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/censo-de-poblacion-y-vivienda/>.
- . 2019. "Proyecciones poblacionales: Proyección de la población ecuatoriana, por años calendario, según cantones 2010-2020". Acceso: 21 de agosto. [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion\\_y\\_Demografia/Proyecciones\\_Poblacionales/proyeccion\\_cantonal\\_total\\_2010-2020.xlsx](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Proyecciones_Poblacionales/proyeccion_cantonal_total_2010-2020.xlsx).

- EC MGADPRN (Mancomunidad de Gobiernos Autónomos Descentralizados Parroquiales Rurales del Norte) 2012. “Convenio de Mancomunidad de Gobiernos Autónomos Descentralizados Parroquiales Rurales del Norte”. Registro Oficial, Suplemento, 618, 13 de enero. <https://hitcloud.planificacion.gob.ec/documents/20182/30666/ReorganizaciondelSistemaNacionaldeCulturaRegistroOficialNro618Viernes13deEnerode2012.pdf/e9e4c8cc-2a35-468c-a9d9-4866d4a2115e>.
- . 2018. “Modelo de gestión de articulación público-privada de la mancomunidad con base en la participación ciudadana para el desarrollo humano sostenible y propuesta de organización de los centros comunitarios para mejorar las condiciones de vida de los grupos prioritarios y vulnerables”. Documento elaborado por la FCE (Fundación Cimas del Ecuador) y la MGADPRN, Quito, febrero.
- EC MSP. 1999. “Acuerdo 01642”. 13 de septiembre. <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/ACUERDO+0001+TOMO%2002+1999+B+20191030+2095.pdf>.
- . 2006. “Proceso de Normatización del Sistema de Salud Nacional: Subproceso de Salud Intercultural. Mapa estratégico 2006-2010”. Quito: Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas.
- . 2008. *Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado*. MSP / CONASA. <https://www.cappalatinoamerica.com/docs/guiadepartoec.pdf>.
- . 2009a. *Hacia la contrucción de un modelo de salud reproductiva con enfoque intercultural en el hospital San Luis de Otavalo, Ecuador*. Quito: MSP. <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/116867-opac>.
- . 2009b. “Políticas públicas de salud para la diversidad plurinacional y pluricultural: Sumak kawsay-Salud”. Proceso de Normatización del Sistema Nacional de Salud-Subproceso de Medicina Intercultural-MSP / Comisión Nacional de Organización y Participación Social del CONASA. <http://reduii.org/cii/sites/default/files/field/doc/Politics%20publicas%20sobre%20salud%20intercultural.pdf>.
- . 2011a. *Por un parto culturalmente adecuado: Un derecho de las mujeres y de los recién nacidos*. Cayambe: DPS (Dirección Provincial de Salud) de Pichincha-MSP. <https://www.care.org.ec/wp-content/uploads/2014/03/Sistematizacion-Parto-Culturalmente-Adecuado1.pdf>.

- . 2011b. *Transversalización del enfoque intercultural en las normas de salud materna: Memoria de la reunión técnica 2010*. Quito: MSP / Fondo de Población de las Naciones Unidas / FCI (Family Care International). <https://www.yumpu.com/es/document/read/28257714/art-libro-trans-ntercultural-7-11-2011pdf>.
- . 2012a. “Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública (Acuerdo Ministerial 00001034)”. 1 de noviembre. <https://docplayer.es/23949882-Estatuto-por-procesos-del-ministerio-de-salud-publica.html>.
- . 2012b. *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud –MAIS–*. Quito: Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública-Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública-MSP / Red Pública Integral de Salud. [http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual\\_M AIS-MSP12.12.12.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_M AIS-MSP12.12.12.pdf).
- . 2014a. “Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública (Acuerdo 00004520)”. Registro Oficial 118, Edición especial, 31 de marzo. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/ESTATUTO-SUSTITUTIVO-MSP-ALCANCE-REFORMA-ABRIL17.pdf>.
- . 2014b. “Implementación y fortalecimiento del parto en libre posición: Estrategia macro”. Subsecretaria Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad-Dirección Nacional de Salud Intercultural-MSP. [https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas/52/Estrategia\\_macro\\_parto\\_respetado.pdf](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas/52/Estrategia_macro_parto_respetado.pdf).
- . 2014c. “Reglamento que regula el ejercicio de los profesionales especialistas en medicinas alternativas (Acuerdo 00005001)”. Registro Oficial 317, Segundo Suplemento. *Fiel Web: Evolución jurídica*. <http://www.calidadsalud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2020/Doc/terapias%20alternativas/ACUERDO%20MINISTERIAL%205001%20REGLAMENTO%20QUE%20REGULA%20EL%20EJERCICIO%20DE%20LOS%20PROFESIONALES%20ESPECIALISTAS%20EN%20MEDICINAS%20ALTERNATIVAS.pdf>.
- . 2016a. “Acuerdo Ministerial 00000070: ‘Articulación de prácticas y saberes de parteras ancestrales en el Sistema Nacional de Salud. Manual’”. 19 de julio.

- Dirección Nacional de Salud Intercultural-MSP.  
[https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/ac\\_00000070\\_2016%2019%20jul.pdf](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/ac_00000070_2016%2019%20jul.pdf).
- . 2016b. “Acuerdo Ministerial 37: ‘Normativa para el ejercicio de las terapias alternativas’”. 16 de mayo.  
[https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2018-10/Documento\\_Normativa-terapias-alternativas.pdf](https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2018-10/Documento_Normativa-terapias-alternativas.pdf).
- . 2019. “Dirección Nacional de Salud Intercultural”. *Ministerio de Salud Pública*. Acceso: 20 de octubre. <https://www.salud.gob.ec/direccion-nacional-de-salud-intercultural/>.
- . 2020a. “Ministerio de Salud Pública: El Ministerio. Valores / Misión / Visión”. *Ministerio de Salud Pública*. Acceso: 16 de junio. <https://www.salud.gob.ec/valores-mision-vision/>.
- . 2020b. “Propuesta atención de parto con pertinencia intercultural”. Acceso: 24 de mayo.  
[https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas\\_seguimiento/14/Propuesta%20APPI%20por%20territorio.pdf](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/14/Propuesta%20APPI%20por%20territorio.pdf).
- . 2021. “Todo a punto para Reunión Andina de Ministros de Salud”. *Ministerio de Salud Pública*. Acceso: 4 de febrero. <https://www.salud.gob.ec/todo-a-punto-para-reunion-andina-de-ministros-de-salud/>.
- EC MSP-DPS de Cotopaxi. 2012. “Salud intercultural”. *Ministerio de Salud Pública-Dirección Provincial de Salud de Cotopaxi*.  
[http://instituciones.msp.gob.ec/dps/cotopaxi/index.php?option=com\\_content&view=article&id=44&Itemid=18](http://instituciones.msp.gob.ec/dps/cotopaxi/index.php?option=com_content&view=article&id=44&Itemid=18).
- EC MSP-DPS de Guayas. 2008. “Salud intercultural”. *Ministerio de Salud Pública-Dirección Provincial de Salud de Guayas*.  
[http://instituciones.msp.gob.ec/dps/guayas/index.php?option=com\\_content&view=article&id=44&Itemid=18](http://instituciones.msp.gob.ec/dps/guayas/index.php?option=com_content&view=article&id=44&Itemid=18).
- EC MSP-DPS de Imbabura. 2009. “Salud intercultural”. *Ministerio de Salud Pública-Dirección Provincial de Salud de Imbabura*.  
[http://instituciones.msp.gob.ec/dps/imbabura/index.php?option=com\\_content&view=article&id=44&Itemid=18](http://instituciones.msp.gob.ec/dps/imbabura/index.php?option=com_content&view=article&id=44&Itemid=18).
- EC MSP-DPS de Morona Santiago. 2013. “Salud intercultural”. *Ministerio de Salud Pública-Dirección Provincial de Salud de Morona Santiago*.

- [http://instituciones.msp.gob.ec/dps/morona\\_santiago/index.php?option=com\\_content&view=article&id=44&Itemid=18](http://instituciones.msp.gob.ec/dps/morona_santiago/index.php?option=com_content&view=article&id=44&Itemid=18).
- EC MSP-DPS de Zamora Chinchipe. 2012. “Salud intercultural”. *Ministerio de Salud Pública-Dirección Provincial de Salud de Zamora Chinchipe*. [http://instituciones.msp.gob.ec/dps/zamora\\_chinchipe/index.php/programas/salud-intercultural](http://instituciones.msp.gob.ec/dps/zamora_chinchipe/index.php/programas/salud-intercultural).
- EC SENPLADES (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo). 2009. *Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013: Construyendo un Estado plurinacional e intercultural*. [https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/07/Plan\\_Nacional\\_para\\_el\\_Buen\\_Vivir.pdf](https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/07/Plan_Nacional_para_el_Buen_Vivir.pdf).
- Echeverría, José, y Cristina Muñoz. 1988. *Maíz: Regalo de los dioses*. Otavalo: IOA (Instituto Otavaleño de Antropología).
- El Emilio. 2019. “La medicina de los incas, fuente de sabiduría ancestral”. *El Emilio*. 30 de abril. <http://www.emilio.org.ar/la-medicina-de-los-incas-fuente-de-sabiduria-ancestral/>.
- El Telégrafo. 2020. “Los yachak son portadores de la sabiduría y el poder”. *El Telégrafo*. 9 de junio. <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/sociedad/6/yachaks-sabiduria-poder>.
- Enría, Graciela María Teresita, Lorena C. D’Andrea, Claudio M. Staffolani, Francisco Colunga Gallegos, Francisco Álvarez, Maritza Mera Gaona, Mireya Betancur y María de los Milagros Colobig. 2014. *Promoción de la salud: Una perspectiva latinoamericana*. s. l.: Iniciativa Latinoamericana de Libros de Texto Abiertos (LATIN)-UE. [https://medicinaysociedad.files.wordpress.com/2014/05/promocion\\_de\\_la\\_salud\\_cc\\_by-sa\\_3-0.pdf](https://medicinaysociedad.files.wordpress.com/2014/05/promocion_de_la_salud_cc_by-sa_3-0.pdf).
- Escobar, Arturo. 2000. *El lugar de la naturaleza y la naturaleza del lugar: ¿Globalización o postdesarrollo?* Buenos Aires: CLACSO.
- . 2005. *Más allá del Tercer Mundo: Globalización y diferencia*. Bogotá: ICANH (Instituto Colombiano de Antropología e Historia). <http://biblioteca.icanh.gov.co/DOCS/MARC/texto/303.44E74m.pdf>.
- Escuela de Medicina-PUCC (Pontificia Universidad Católica de Chile). 2020. “Medicina del barroco”. *Apuntes de Historia de la Medicina*. Acceso: 21 de julio. <http://publicacionesmedicina.uc.cl/HistoriaMedicina/BarrocoIastrofisicos.html>.

- Espinosa, Cecilio. 1985. *El arranque de gallo y la entrada de rama: Dialéctica del folclor nacional. Cantón Pedro Moncayo*. Quito: Consejo Provincial de Pichincha.
- . 2010. *La fiesta mayor del solsticio: Rituales y ceremoniales del Inti Raymi y San Pedro*. Tabacundo: Beikos.
- Estévez, Edmundo. 2004. *El arte de curar y enseñar: Cronología comparada de la historia de la medicina ecuatoriana y universal*. Quito: Noción.
- Estrella, Eduardo. 1977. *Medicina aborígen: La práctica médica aborígen de la Sierra ecuatoriana*. Quito: Época.
- . 1990. *El pan de América: Etnohistoria de los alimentos aborígenes en el Ecuador*. 3.<sup>a</sup> ed. Quito: A-Y.
- Eudave, Itzá. 2016. “Invención, colonización y memoria indígena en la narrativa de fray Bernardino de Sahagún”. *Diálogo Andino* 1 (49): 57-72. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rda/n49/art08.pdf>.
- Expósito, Raúl. 2011. “Barberos y sangradores en Iberoamérica”. *Revista de Enfermería y Humanidades: Cultura de los cuidados* 15 (29): 31-46. <https://core.ac.uk/download/pdf/16369685.pdf>.
- Fernández Juárez, Gerardo. 2019. “Culturas, etnicidades y aflicciones: Perspectivas amerindias en la salud intercultural”. *Asclepio* 71 (1): 1-11. doi:org/10.3989/asclepio.2019.11.
- , ed. 2010. *Salud, interculturalidad y derechos: Claves para la reconstrucción del sumak kawsay-buen vivir*. Quito: MSP. <https://bibliotecapromocion.msp.gob.ec/greenstone/collect/promocin/index/assoc/HASH018f.dir/doc.pdf>.
- Fernández, Luisa, Daniel Antúnez, María Neves y Kellen de Sousa. 2018. “Atención primaria de salud en poblaciones indígenas de América del Sur: Revisión integrativa de la bibliografía”. *Revista Panamericana de Salud Pública* 42: e163. doi:10.26633/RPSP.2018.163.
- Ferreira, Durval. 2011. “El conocimiento de los curanderos andinos”. *Así Surgen...: Diario de actualidad y noticias*. 2 de febrero. <https://asisurgen.blogspot.com/2011/02/el-conocimiento-de-los-curanderos.html>.
- Fierro Benítez, Rodrigo. 1994. “Vida institucional: Contribución ecuatoriana al control de bocio endémico”. *Acta Andina* 3 (1): 73-80. [http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/Acta\\_Andina/v03\\_n1/contribuci%C3%B3n.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/Acta_Andina/v03_n1/contribuci%C3%B3n.htm).

- . 1995. “La medicina científica occidental permite superar esquemas primitivos”. En *Políticas de salud y pueblos indios*, compilado por Carlos Terán y Miguel Malo, 49-56. Quito: UASB-E / OPS-OMS / A-Y.
- Flores, Juan. 2011. “Interculturalidad en salud y eficacia: Algunas indicaciones de uso para ONGD con proyectos de salud en América Latina”. *Nuevo Mundo, Mundos Nuevos* 1: 1-18. <https://journals.openedition.org/nuevomundo/61232>.
- Folgueiras, Pilar. 2016. *La entrevista: Técnica de recogida de información*. Barcelona: Universidad de Barcelona. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/99003/1/entrevista%20pf.pdf>.
- Fornet-Betancourt, Raúl. 2009. “La pluralidad de conocimientos en el diálogo intercultural”. En *Interculturalidad crítica y descolonización: Fundamentos para el debate*, dirigido por David Mora, 9-20. La Paz: III-CAB (Instituto Internacional de Integración-Convenio Andrés Bello). [http://www.enlazandoculturas.cicbata.org/sites/default/files/MAPEP/david\\_mora.pdf](http://www.enlazandoculturas.cicbata.org/sites/default/files/MAPEP/david_mora.pdf).
- Foucault, Michel. 1979. *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta.
- . 2007. *Historia de la sexualidad*, t. 1, *La voluntad del saber*. Traducido por Ulises Guiñazu. México DF: Siglo XXI. [https://seminariolecturasfeministas.files.wordpress.com/2012/01/foucault\\_michel-historia\\_de\\_la\\_sexualidad\\_i\\_la\\_voluntad\\_de\\_saber.pdf](https://seminariolecturasfeministas.files.wordpress.com/2012/01/foucault_michel-historia_de_la_sexualidad_i_la_voluntad_de_saber.pdf).
- Fresquet, José Luis. 2020. “La medicina en la Edad Media: La medicina en la Europa medieval”. *Historia de la medicina*. Acceso: 22 de abril. [https://historiadelamedicina.org/Fundamentos/2\\_5.html](https://historiadelamedicina.org/Fundamentos/2_5.html).
- FCE. 2007. *SILC (Sistema de Información Local Comunitario)*. Plataforma informática en proceso de publicación, FCE.
- . 2009. “Censo Demográfico y de Salud. Sección IV: Identificación de médicos, enfermedades y prácticas ancestrales”. *SILC*, FCE.
- . 2017. “Censo Integral Local Comunitario”. *SILC*, FCE.
- Furnham, Adrián, y Julie Forey. 1994. “The attitudes, behaviors and beliefs of patients of conventional vs. complementary (alternative) medicine”. *Journal of Clinical Psychology* 50 (3): 458-69. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8071452/>.
- GAD Malchinguí (Gobierno Autónomo Descentralizado de la Parroquia Rural Santiago de Malchinguí). 2010. “PDyOT de Malchinguí, Pedro Moncayo”. Diciembre. Documento entregado a la SENPLADES.

- Gadamer, Hans Georg. 1968. *La dialéctica de Hegel*. México DF: Grijalbo.
- Galeno. 2002 [ca. 160]. *Procedimientos anatómicos*. Madrid: Gredos.  
<https://es.scribd.com/read/438073217/Procedimientos-anatomicos>.
- Galeno. 2010 [ca. 160]. *Del uso de las partes*. Madrid: Gredos.  
<https://es.scribd.com/read/438073445/Del-uso-de-las-partes>.
- Garcés, Fernando. 2009. “De la interculturalidad como armónica relación de diversos a una interculturalidad politizada”. En *Interculturalidad crítica y descolonización: Fundamentos para el debate*, dirigido por David Mora, 21-50. La Paz: III-CAB.  
[http://www.enlazandoculturas.cicbata.org/sites/default/files/MAPEP/david\\_mora.pdf](http://www.enlazandoculturas.cicbata.org/sites/default/files/MAPEP/david_mora.pdf).
- Gavilán, Vivian, Patricia Viguera, Carlos Madariaga y Michel Parra. 2018. “Interculturalidad en salud: Análisis crítico de las políticas sanitarias dirigidas al pueblo aymara del norte chileno”. *Interesencia* 43 (5): 322-8.  
<http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/152882/Interculturalidad-en-salud.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- GESLA (Grupo de Estudios Subalternos Latinoamericanos). 1997. “Declaración de fundación del Grupo de Estudios Subalternos Latinoamericanos”. *Procesos: Revista ecuatoriana de historia* 10: 135-47.  
<http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/1323/1/RP-10-Testimonio.pdf>.
- Giraldo, Camilo. 2014. “Ciencia, tecnología y escritura: El encuadre científico de la expresión escrita”. *Praxis & Saber* 6 (11) (enero-junio): 67-86.  
<http://www.scielo.org.co/pdf/prasa/v6n11/v6n11a04.pdf>.
- Gómez, Rosa. 2011. “El médico frente a la muerte”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 32 (113): 67-82.  
<http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v32n113/original5.pdf>.
- González Guzmán, Daniel. 2007. *Manual para la humanización y adecuación cultural de la atención del parto (HACAP)*. Quito: DPS de Tungurahua-MSP / FCI / Proyecto de Garantía de Calidad.  
[https://www.msh.org/sites/msh.org/files/manual\\_hacap\\_-\\_fci\\_and\\_qap.pdf](https://www.msh.org/sites/msh.org/files/manual_hacap_-_fci_and_qap.pdf).
- González Suárez, Federico. 1890. *Historial General de la República del Ecuador*, vol. 1. Quito: Imprenta del Clero.  
<http://repositorio.casadelacultura.gob.ec/handle/34000/960?mode=full>.
- . 1891. *Historial General de la República del Ecuador*, vol. 2. Quito: Imprenta del Clero. <http://repositorio.casadelacultura.gob.ec/handle/34000/961?mode=full>.

- . 1892. *Historial General de la República del Ecuador*, vol. 3. Quito: Imprenta del Clero. <http://repositorio.casadelacultura.gob.ec/handle/34000/962?mode=full>.
- Gough, Annette. 2003. "El poder y la promesa de la investigación feminista en la educación ambiental". *Tópicos en Educación Ambiental* 3 (9) (septiembre): 7-23. <http://www.anea.org.mx/Topicos/T%209/Paginas%2007-23.pdf>.
- Grosfoguel, Ramón. 2006a. "Actualidad del pensamiento de Césaire: Redefinición del sistema mundo y producción de utopía desde la diferencia colonial". En *Discurso sobre el colonialismo*, editado por Aimé Césaire, 147-72. Madrid: Akal.
- . 2006b. "La descolonización de la economía política y los estudios postcoloniales: Transmodernidad, pensamiento fronterizo y colonialidad global". *Tabula Rasa* 4 (enero-junio): 17-48. <http://www.revistatabularasa.org/numero-4/grosfoguel.pdf>.
- Grupo Akal. 2016. "El sistema-mundo moderno". *No Cierres los Ojos*. 3 de noviembre. <http://www.nocierreslosojos.com/sistema-mundo-wallerstein/>.
- . 2017. "La conquista de la salud en Europa 1750-1900". *No Cierres los Ojos*. 28 de marzo. <http://www.nocierreslosojos.com/conquista-salud-europa-1750-1900/>.
- Guamán Poma de Ayala, Felipe. 1980a [ca. 1615]. *Nueva corónica y buen gobierno*, vol. 1. Caracas: Biblioteca Ayacucho. [http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20191121014717/Nueva\\_coronica\\_y\\_buen\\_gobierno\\_1.pdf](http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20191121014717/Nueva_coronica_y_buen_gobierno_1.pdf).
- . 1980b [ca. 1615]. *Nueva corónica y buen gobierno*, vol. 2. Caracas: Biblioteca Ayacucho. [http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20191121015149/Nueva\\_coronica\\_y\\_buen\\_gobierno\\_2.pdf](http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20191121015149/Nueva_coronica_y_buen_gobierno_2.pdf).
- . 1980c. *El primer Nueva corónica y buen gobierno*, edición crítica de John Murra, Rolena Adorno y Jorge Urioste. 3 vol. México DF: Siglo XXI.
- Guzmán, Milton. 2000. "Teorías y poderes". En *Diálogo intercultural: Memorias del Primer Congreso Latinoamericano de Antropología Aplicada*, editado por Consuelo Fernández Salvador, 225-32. Quito: Universidad Politécnica Salesiana-Escuela de Antropología Aplicada / A-Y. [https://digitalrepository.unm.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1116&context=abya\\_yala](https://digitalrepository.unm.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1116&context=abya_yala).
- Habermas, Jürgen. 1999. *Teoría de la acción comunicativa*, t. I, *Racionalidad de la acción y racionalización social*. Madrid: Taurus.

- Hale, Charles. 2007. “¿Puede el multiculturalismo ser una amenaza?: Gobernanza, derechos culturales y política de la identidad en Guatemala”. En *Antropología del Estado: Dominación y prácticas contestatarias en América Latina*, compilado por María Lagos y Pamela Calla, 285-346. La Paz: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. <https://www.bivica.org/files/antropologia-Estado.pdf>.
- Hall, Stuart. 2013. *Sin garantías: Trayectorias y problemáticas en estudios culturales*. Quito: UASB-E / CEN / IEP (Instituto de Estudios Peruanos) / Pensar-PUJ.
- Hamui, Alicia, y Margarita Varela. 2012. “La técnica de grupos focales”. *Investigación en Educación Médica* 2 (1): 55-60. <https://www.elsevier.es/es-revista-investigacion-educacion-medica-343-articulo-la-tecnica-grupos-focales-S2007505713726838>.
- Harari, Raúl, y José Félix Harari. 2000. “Hacia una sistematización de la relación trabajo-salud en Ecuador”. En *Trabajo y salud en Ecuador: Antecedentes. Experiencias. Perspectivas*, de Raúl Harari, Rinaldo Ghersi, Nadia Comi, Mercedes Banguera, Giuseppe Leocata y José Félix Harari, 13-113. Quito: A-Y.
- Haro Encinas, Jesús Armando. 2000. “Cuidados profanos: Una dimensión ambigua en la atención de la salud”. En *Medicina y cultura: Estudios entre la antropología y la medicina*, editado por Enrique Perdiguero y Josep Comelles, 101-62. Barcelona: Bellaterra. <https://www.univermedios.com/wp-content/uploads/2018/08/Medicina-Y-Cultura-Perdiguero-Enrique.pdf>.
- Hermida, Jorge. 1988. “El diseño de la investigación”. En *La práctica médica tradicional en las provincias de Azuay, Cañar, El Oro y Morona Santiago*, t. 1, de Alberto Quezada, César Piedra, Gustavo Vega, Ernesto Cañizares y Jorge Hermida, 13-35. Cuenca: Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud-UdC (Universidad de Cuenca).
- Hermida, Jorge, Daniel González, Genny Fuentes, Steven Harvey y Juana María Freire. 2010. “Humanización y adecuación cultural de la atención del parto (HACAP) en el Ecuador”. En *Salud, interculturalidad y derechos claves para la reconstrucción del sumak kawsay-buen vivir*, editado por Gerardo Fernández-Juárez, 275-320. Quito: MSP. <https://bibliotecapromocion.msp.gob.ec/greenstone/collect/promocin/index/assoc/HASH018f.dir/doc.pdf>.
- Herrera, José Luis, Ayarí Ávila, Paulina López, Liliana Guerrero y Fernanda Eugenio Proaño. 2018. “Percepción de la medicina ancestral y convencional en

- comunidades indígenas de la ciudad de Ambato”. *Enfermería Investiga: Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud* 3 (4):180-5. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6726072.pdf>.
- Hervás, Hernán Francisco. 2018. “La enseñanza en la antigua Facultad de Medicina en el siglo XVIII”. *Revista Facultad Ciencias Médicas* 43 (1): 60-5. [http://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CIENCIAS\\_MEDICAS/article/download/1457/1398/](http://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CIENCIAS_MEDICAS/article/download/1457/1398/).
- Historia del Nuevo Mundo. 2020. “Las leyes nuevas de Indias de 1542”. *Historia del Nuevo Mundo: Historia entrelazada entre España y América. La conquista de América, la colonización de América*. Acceso: 16 de julio. <https://www.historiadelnuevomundo.com/las-leyes-nuevas-de-indias-de-1542/>.
- Horkheimer, Max, y Theodor Adorno. 1971. *Dialéctica del iluminismo*. Buenos Aires: Sur.
- IBBA (Instituto Boliviano de Biología de Altura). 2008. “Sobre la influencia del acullico de coca en la capacidad física”. *Cuadernos del Hospital de Clínicas* 53 (1): 9-14. <http://www.scielo.org.bo/pdf/chc/v53n1/v53n1a02.pdf>.
- ICANH. 2012. “El contexto histórico de la Real Expedición Botánica de José Celestino Mutis”. *Instituto Colombiano de Antropología e Historia*. 29 de octubre. <https://www.icanh.gov.co/index.php?idcategoria=7421>.
- . 2014. “Breve historia de la Expedición Botánica”. *Instituto Colombiano de Antropología e Historia*. 10 de junio. [https://www.icanh.gov.co/sala\\_prensa/actualidad\\_icanh/coleccion\\_flora\\_real\\_expedicion\\_8715\\_8715\\_](https://www.icanh.gov.co/sala_prensa/actualidad_icanh/coleccion_flora_real_expedicion_8715_8715_).
- Imbault-Huart, Marie Jose. 1986. “La medicina en el siglo XVIII”. *Cultura: Revista del Banco Central del Ecuador*, VIII, 250 años de la Primera Misión Geodésica (24c) (enero-abril), 1171.
- ISC (Innovación Social Colectiva) 2019. “Cartografía social”. *Innovación Social Colectiva: Conocimientos y aprendizajes para la transformación social*. Acceso: 5 de noviembre. <http://innovacion-soci.webs.upv.es/index.php/cartografia-social>.
- Jiménez Bermejo, Daniel. 2019. “Acuerdos de Bretton Woods”. *Economipedia: Haciendo fácil la economía*. Acceso: 17 de octubre. <https://economipedia.com/definiciones/acuerdos-de-bretton-woods.html>.
- Kendall, Ann. 2004. “Restauración de canales y andenes agrícolas prehispánicos en los Andes usando tecnología tradicional y apropiada”. En *Conservación y abandono*

*de andenes*, editado por Carlos Llerena, Moshe Inbar y María Benavides, 98-106. Lima: UNALM (Universidad Nacional Agraria La Molina) / UH (Universidad de Haifa).

<http://www.lamolina.edu.pe/facultad/forestales/web2007/PublicacionesYRevistas/pdf/contenido.pdf>.

Knipper, Michael. 2006. "El reto de la 'medicina intercultural' y la historia de la 'medicina tradicional' indígena contemporánea". En *Salud e interculturalidad en América Latina: Antropología de la salud y crítica intercultural*, coordinado por Gerardo Fernández Juárez, 413-32. Quito: AECID / UCLM / Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III / Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha / A-Y. [https://www.uni-giessen.de/fbz/fb11/institute/histor/mitarbeiter/downloads/mk/KnipperM\\_2006\\_MedInterc](https://www.uni-giessen.de/fbz/fb11/institute/histor/mitarbeiter/downloads/mk/KnipperM_2006_MedInterc).

Kononenko, Igor. 2011. "Western medicine and the traditional healing". En *QIM 2011 Symposium Proceedings: Acupuncture-based & consciousness-based holistic approaches & techniques*, editado por Dejan Raković, Slavica Arandjelović y Mirjana Mićović, 252-9. Belgrado: International Association for Promotion and Development of Quantum Medicine "Quanttes" / National Association for Improvement and Development of Regenerative Medicine with Health Festival Belgrade / Dejan Raković Fund for Promoting Holistic Research and Ecology of Consciousness.

[http://www.dejanrakovicfund.org/knjige/QIM\\_2011\\_Symposium\\_e-Proceedings\\_0.pdf](http://www.dejanrakovicfund.org/knjige/QIM_2011_Symposium_e-Proceedings_0.pdf).

Korovkin, Tania. 2004. "Globalización y pobreza: Los efectos sociales del desarrollo de la floricultura de exportación". En *Efectos sociales de la globalización: Petróleo, banano y flores en Ecuador*, compilado por Tania Korovkin, 79-128. Quito: Centro de Investigación de los Movimientos Sociales del Ecuador / A-Y.

Kowii, Ariruma. 2013. "(In)visibilización del kichwa: Políticas lingüísticas en el Ecuador". Tesis doctoral en Estudios Culturales Latinoamericanos, UASB-E. <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3827/1/TD037-DECLA-Kowii-invisibilizacion.pdf>.

Laclau, Ernesto, y Chantal Mouffe. 2000. "Postmarxismo sin pedido de disculpas". En *Nuevas reflexiones sobre la revolución de nuestro tiempo*, dirigido por Carlos Altamirano, 111-45. Buenos Aires: Nueva Visión.

[https://periferiaactiva.files.wordpress.com/2018/06/ernesto\\_laclau\\_-nuevas\\_reflexiones\\_sobre.pdf](https://periferiaactiva.files.wordpress.com/2018/06/ernesto_laclau_-nuevas_reflexiones_sobre.pdf).

Lain, Pedro. 1978. *Historia de la medicina*. Barcelona: Salvat. *Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes*. <http://www.cervantesvirtual.com/nd/ark:/59851/bmcqj991>.

Lander, Edgardo. 1992. "La ciencia y la tecnología como asuntos políticos: Límites de la democracia". Caracas: Nueva Sociedad. <https://www.tni.org/files/download/La%20ciencia%20y%20la%20tecnolog%C3%ADa%20como%20asuntos%20pol%C3%ADticos.pdf>.

—. 2000. "Ciencias sociales: Saberes coloniales y eurocéntricos". En *La colonialidad del saber: Eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas*, compilado por Edgardo Lander, 11-40. Buenos Aires: CLACSO / UNESCO. <https://www.tni.org/files/download/La%20colonialidad%20del%20saber.%20Eurocentrismo%20y%20ciencias%20sociales.pdf>.

—. 2008. "La ciencia neoliberal". *Tabula Rasa* 9 (julio-diciembre): 247-83. <http://www.scielo.org.co/pdf/tara/n9/n9a13.pdf>.

Landívar, Jacinto. 2004. "Historia de la medicina: Guía de clases". Facultad de Ciencias Médicas-UdC.

[https://books.google.com.ec/books?id=xGFbnVkuGoUC&pg=PP5&lpg=PP5&q=Land%3%ADvar+Jacinto+2004+C%3%A1tedra+de+Historia+de+la+medicina+Gu%3%ADa+de+clases+Facultad+de+Ciencias+M%3%A9dicas+Universidad+de+Cuenca&source=bl&ots=uG9Aeb8MxV&sig=ACfU3U2rCd5XfT7wz\\_F1VEpSdrrZuqR3YQ&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwih9\\_Hq5ujqAhXMmeAKHQ9cD3AQ6AEwBnoECAoQAQ#v=onepage&q=Land%3%ADvar%20Jacinto%202004%20C%3%A1tedra%20de%20Historia%20de%20la%20medicina%20Gu%3%ADa%20de%20clases%20Facultad%20de%20Ciencias%20M%3%A9dicas%20Universidad%20de%20Cuenca&f=false](https://books.google.com.ec/books?id=xGFbnVkuGoUC&pg=PP5&lpg=PP5&q=Land%3%ADvar+Jacinto+2004+C%3%A1tedra+de+Historia+de+la+medicina+Gu%3%ADa+de+clases+Facultad+de+Ciencias+M%3%A9dicas+Universidad+de+Cuenca&source=bl&ots=uG9Aeb8MxV&sig=ACfU3U2rCd5XfT7wz_F1VEpSdrrZuqR3YQ&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwih9_Hq5ujqAhXMmeAKHQ9cD3AQ6AEwBnoECAoQAQ#v=onepage&q=Land%3%ADvar%20Jacinto%202004%20C%3%A1tedra%20de%20Historia%20de%20la%20medicina%20Gu%3%ADa%20de%20clases%20Facultad%20de%20Ciencias%20M%3%A9dicas%20Universidad%20de%20Cuenca&f=false).

Larraín, Horacio. 1980a. *Demografía y asentamientos indígenas en la Sierra norte del Ecuador en el siglo XVI: Estudio etnohistórico de las fuentes tempranas (1525-1600)*. Primera parte. Otavalo: IOA / BCE (Banco Central del Ecuador). <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/54383.pdf>.

—. 1980b. *Demografía y asentamientos indígenas en la Sierra norte del Ecuador en el siglo XVI: Estudio etnohistórico de las fuentes tempranas (1525-1600)*. Segunda Parte. Otavalo: IOA / BCE. <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/54390.pdf>.

- Lauer, Mirko. 2011. "Asalto académico al paso". *La República*. 20 de noviembre. <https://sociologia7.wordpress.com/2011/11/20/asalto-academico-al-paso-la-republica-20112011/>.
- León, Luis A. 1959. "Folklore e historia del bocio endémico en la república del Ecuador". *Revista de la Facultad Ciencias Médicas IX-X* (1) (enero-diciembre 1958-enero-marzo1959): 7-45. [http://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CIENCIAS\\_MEDICAS/issue/view/40/vol%209%20n%201](http://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CIENCIAS_MEDICAS/issue/view/40/vol%209%20n%201).
- León Barúa, Raúl, y Roberto Berendson. 1996. "Medicina teórica: Definición de la medicina y su relación con la biología". *Revista Médica Herediana* 7 (1): 1-3. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v7n1/v7n1e1.pdf>.
- Lerín, Sergio. 2004. "Antropología y salud intercultural: Desafíos de una propuesta". *Desacatos* 15: 111-25. <http://desacatos.ciesas.edu.mx/index.php/Desacatos/article/view/1074/922>.
- López Huertas, Noelia. 2016. "La teoría hipocrática de los humores". *Gomeres: Salud, historia, cultura y pensamiento*. <http://index-f.com/gomeres/?p=1990>.
- LIRC (La Iniciativa de Red de Comunicación). 2002. "Confederación de Nacionalidades Indígenas-Ecuador". *La Iniciativa de Red de Comunicación*. 30 de septiembre. <https://www.comminit.com/la/content/confederaci%C3%B3n-de-nacionalidades-ind%C3%ADgenas-ecuador>.
- Lizcano, Francisco. 2007. *Iberoamérica: Un área cultural heterogénea*. Universidad Autónoma del Estado de México / El Colegio Mexiquense. [https://www.researchgate.net/publication/329282384\\_IBEROAMERICA\\_Un\\_area\\_cultural\\_heterogenea\\_IBERO-AMERICA\\_a\\_heterogeneous\\_cultural\\_space\\_-Francisco\\_Lizcano\\_F](https://www.researchgate.net/publication/329282384_IBEROAMERICA_Un_area_cultural_heterogenea_IBERO-AMERICA_a_heterogeneous_cultural_space_-Francisco_Lizcano_F).
- Llerena, Carlos, Moshe Inbar y María Benavides. 2004. "Introducción" a *Conservación y abandono de andenes*, editado por Carlos Llerena, Moshe Inbar y María Benavides, 13-6. Lima: UNALM / UH. <http://www.lamolina.edu.pe/facultad/forestales/web2007/PublicacionesYRevistas/pdf/contenido.pdf>.
- Luna-Blanco, Mónica. 2018. "Prendas necesarias de las mujeres para el oficio de partear: El manual del Protomedicato". *Revista LiminaR: Estudios sociales y humanísticos* 16 (1): 185-93. <http://www.scielo.org.mx/pdf/liminar/v16n1/2007-8900-liminar-16-01-185.pdf>.

- Macas, Luis. 2002. "La lucha de movimiento indígena en el Ecuador". *Boletín ICCI-ARY Rimay* 4 (37) (abril). <http://icci.nativeweb.org/boletin/37/macas.html>.
- Magallanes, Claudio. 2015. "Salud intercultural en el Perú: Situación y políticas". Informe temático 181/2014-2015. Lima: Congreso de la República del Perú-Área de Servicios de Investigación. [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4\\_uibd.nsf/1CC7A4B0B085CB6B052580440059034D/\\$FILE/52\\_INFTEM181\\_2014\\_2015\\_salud\\_intercultural.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/1CC7A4B0B085CB6B052580440059034D/$FILE/52_INFTEM181_2014_2015_salud_intercultural.pdf).
- Maldonado, Luis. 2010. "Interculturalidad y políticas públicas en el marco del buen vivir". En *Salud, interculturalidad y derechos: Claves para la reconstrucción del sumak kawsay-buen vivir*, editado por Gerardo Fernández Juárez, 81-90. Quito: MSP. <https://bibliotecapromocion.msp.gob.ec/greenstone/collect/promocin/index/assoc/HASH018f.dir/doc.pdf>.
- Maldonado-Torres, Nelson. 2007. "Sobre la colonialidad del ser: Contribuciones al desarrollo de un concepto". En *El giro decolonial: Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*, editado por Santiago Castro-Gómez y Ramón Grosfoguel, 127-67. Bogotá: IESCO (Instituto de Estudios Sociales Contemporáneos)-Universidad Central (UC) / Pensar-PUJ / Siglo del Hombre. <http://www.unsa.edu.ar/histocat/hamoderna/grosfoguelcastrogomez.pdf>.
- Manga Qespi, Atuq Eusebio. 1994. "Pacha: un concepto andino de espacio y tiempo". *Revista Española de Antropología Americana* 24: 155-89. <https://revistas.ucm.es/index.php/REAA/article/view/REAA9494110155A/24310>.
- Marchán, Carlos. 1986. "Economía y sociedad durante el siglo XVIII". *Cultura: Revista del Banco Central del Ecuador*, VIII, 250 años de la Primera Misión Geodésica (24a): 55-76.
- Marcuse, Herbert. 1993. *El hombre unidimensional: Ensayo sobre la ideología de la sociedad industrial avanzada*. Buenos Aires: Planeta. <http://pdfhumanidades.com/sites/default/files/apuntes/Marcuse%20Herbert%20-%20El%20Hombre%20Unidimensional.PDF>.
- Massolo, Alejandra. 1995. "Testimonio autobiográfico: Un camino de conocimiento de las mujeres y los movimientos urbanos en México". *La Ventana: Revista de*

- estudios de género* 1, 62-85.  
<http://revistalaventana.cucsh.udg.mx/index.php/LV/article/view/2685/2438>.
- Maya, Alfredo, y Martha Cruz. 2018. "De eso que se ha llamado interculturalidad en salud: Un enfoque reflexivo". *Salud: Revista de la Universidad Industrial de Santander* 50 (4): 366-84. <http://www.scielo.org.co/pdf/suis/v50n4/0121-0807-suis-50-04-366.pdf>.
- Medina, Armando. 2006. "Guía para la adecuación cultural de los servicios de salud". Informe de consultoría para DNSPI-MSP, PRO-AUS (Cooperación Técnica de Apoyo a la Preparación del Programa de Aseguramiento Universal en Salud) y BID.  
<https://bibliotecapromocion.msp.gob.ec/greenstone/collect/promocin/index/assoc/HASHa37e.dir/doc.pdf>.
- Medina, Javier. 2011. "Acerca del suma qamaña". En *Vivir bien: ¿Paradigma no capitalista?*, coordinado por Ivonne Farah y Luciano Vasapollo, 39-64. La Paz: Posgrado en Ciencias del Desarrollo-UMSA (Universidad Mayor de San Andrés).  
[http://209.177.156.169/libreria\\_cm/archivos/pdf\\_268.pdf](http://209.177.156.169/libreria_cm/archivos/pdf_268.pdf).
- Menéndez, Eduardo Luis. 1988. "Modelo médico hegemónico y atención primaria". Ponencia presentada en las Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, Buenos Aires, 30 de abril-7 de mayo, 1-11.  
[https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/electivas/816\\_rol\\_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo\\_medico.pdf](https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf).
- . 2016. "Salud intercultural: Propuestas, acciones y fracasos". *Ciência & Saúde Coletiva* 21 (1): 109-18. [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000100109&script=sci\\_abstract&tlng=es](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000100109&script=sci_abstract&tlng=es).
- Michaux, Jacqueline. 2004. "Hacia un sistema intercultural de salud en Bolivia: De la tolerancia a la necesidad sentida". En *Salud e interculturalidad en América Latina: Perspectivas antropológicas*, coordinado por Gerardo Fernández Juárez, 107-28. Quito: Bolhispana-AECID / UCLM / A-Y.  
[https://www.academia.edu/10737713/SALUD\\_E\\_INTERCULTURALIDAD\\_EN\\_AMERICA\\_LATINA](https://www.academia.edu/10737713/SALUD_E_INTERCULTURALIDAD_EN_AMERICA_LATINA).
- Mignolo, Walter. 2000. "La colonialidad a lo largo y a lo ancho: El hemisferio occidental en el horizonte colonial de la modernidad". En *La colonialidad del saber: Eurocentrismo y ciencias sociales perspectivas latinoamericanas*, editado por Edgardo Lander, 55-85. Buenos Aires: CLACSO.

- <https://www.tni.org/files/download/La%20colonialidad%20del%20saber.%20Eurocentrismo%20y%20ciencias%20sociales.pdf>.
- . 2003. *Historias locales/diseños globales: Colonialidad conocimientos subalternos y pensamiento fronterizo*. Traducido por Juanmari Madariaga y Cristina Vega. Madrid: Akal. <http://www.ram-wan.net/restrepo/decolonial/11-mignolo-un%20paradigma%20otro.pdf>.
- . 2007. *La idea de América Latina: La herida colonial y la opción decolonial*. Barcelona: Gedisa. <http://www.ceapedi.com.ar/imagenes/biblioteca/libreria/420.pdf>.
- . 2011. *The Darker Side of Western Modernity: Global futures, decolonial options*. Durham-London: Duke University Press. <http://derechosglobales.org/wp-content/uploads/2016/02/Walter-Mignolo-The-Darker-Side-Of-Western-Modernity.pdf>.
- . 2016. *El lado más oscuro del renacimiento: Alfabetización, territorialidad y colonización*. Traducido por Cristóbal Gnecco. Cali: Universidad del Cauca. [https://www.academia.edu/37493841/MIGNOLO-EL\\_LADO\\_M%C3%81S\\_OSCURO\\_DEL\\_RENACIMIENTO](https://www.academia.edu/37493841/MIGNOLO-EL_LADO_M%C3%81S_OSCURO_DEL_RENACIMIENTO).
- Mira Caballos, Esteban. 1997. “La medicina indígena en La Española y su comercialización (1492-1550)”. *Asclepio: Revista de historia de la medicina y de la ciencia* 49 (2): 185-98. <http://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/372/370>.
- Morse, Janice, y Peggy Field. 1995. *Qualitative research methods for health professionals*. 2.<sup>a</sup> ed. Thousand Oaks: Sage. <https://trove.nla.gov.au/work/21054614?>
- Murra, John. 1975. *Formaciones económicas y políticas del mundo andino*. Lima: IEP. <https://www.academia.edu/33580573/John-Murra-1975-Formaciones-economicas-y-politicas-del-mundo-andino.pdf>.
- . 1995. “La papa, el maíz, y los ritos agrícolas del Tahuantinsuyo”. En *Cosmos, hombre y sacralidad: Lecturas para antropología religiosa*, compilado por Marco V. Rueda y Segundo Moreno, 181-93. Quito: PUCE. <https://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/11480>.
- Museos de Quito. 2019. “Parque arqueológico y de investigación científica Cochasqui”. Acceso: 17 de octubre. [http://museosdequito-nadiapovea.blogspot.com/p/blog-page\\_51.html](http://museosdequito-nadiapovea.blogspot.com/p/blog-page_51.html).

- Muyulema, Armando. 2001. "De la 'cuestión indígena' a lo 'indígena' como cuestionamiento: Hacia una crítica del latinoamericanismo, el indigenismo y el mestiz(o)aje". En *Convergencia de tiempos: Estudios subalternos/contextos latinoamericanos. Estado, cultura, subalternidad*, editado por Ileana Rodríguez, 1-32. Ámsterdam-Atlanta: Rodopi.  
[https://www.academia.edu/11943837/De\\_la\\_cuestion\\_ind%C3%ADgena\\_a\\_lo\\_ind%C3%ADgena\\_como\\_cuestionamiento](https://www.academia.edu/11943837/De_la_cuestion_ind%C3%ADgena_a_lo_ind%C3%ADgena_como_cuestionamiento).
- Naranjo, Plutarco. 1985. *Desnutrición: Problemas y soluciones*. Quito: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.  
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/27200/1/47319%20Desnutrici%C3%B3n%20Problemas%20y%20Soluciones%20Plutarco%20Naranjo.pdf>.
- Newman, Constance, Pilar Larreamendy y Ana Maldonado. 2002. *Mujeres y floricultura: Cambios y consecuencia en el hogar*. Quito: A-Y.  
[https://digitalrepository.unm.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1488&context=ab\\_ya\\_yala-](https://digitalrepository.unm.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1488&context=ab_ya_yala-).
- Nieuwland, Bernardo. 2015. *Interpretación geográfica del Manuscrito de Huarochiri*. Lima: Colegio de Geógrafos del Perú.  
[https://www.academia.edu/33209034/Interpretacion\\_Geografica\\_del\\_Manuscrito\\_de\\_Huarochiri](https://www.academia.edu/33209034/Interpretacion_Geografica_del_Manuscrito_de_Huarochiri).
- Nigenda, Gustavo, Gerardo Mora-Flores, Salvador Aldama-López y Emanuel Orozco-Núñez. 2001. "La práctica de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe: El dilema entre regulación y tolerancia". *Salud Pública de México* 43 (1) (enero-febrero): 41-51. <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v43n1/a06v43n1.pdf>.
- Nureña, César. 2009. "Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: La atención del parto vertical". *Revista Panamericana de Salud Pública* 26 (4): 368-76. <https://scielosp.org/pdf/rpsp/v26n4/v26n4a13.pdf>.
- Oberem, Udo. 1981. "El acceso a recursos naturales de diferentes ecologías en la Sierra ecuatoriana (siglo XVI)". En *Contribución a la historia ecuatoriana*, editado por Segundo Moreno y Udo Oberem, 45-72. Otavalo: IOA.
- Ochoa, Germán, y Manuel Cujilema. 2003. "La salud de los pueblos indígenas. La experiencia ecuatoriana: Mapa estratégico". En *La salud en la globalización*, editado por Dante Orellana Salvador, 169-98. Quito: CIDES (Centro de Investigaciones para el Desarrollo) / A-Y.

[https://pdfs.semanticscholar.org/9e31/66960bfcd6a60960b1d77e552d2563b60e9f.pdf?\\_ga=2.191819178.1262634673.1595636467-1943239511.1587409648](https://pdfs.semanticscholar.org/9e31/66960bfcd6a60960b1d77e552d2563b60e9f.pdf?_ga=2.191819178.1262634673.1595636467-1943239511.1587409648).

- OIM (Organización Internacional para las Migraciones). 2018. “Pueblos indígenas y migración en América del Sur: Instituciones nacionales responsables para pueblos indígenas en América del Sur. Anexo 2”. Acceso el 19 de marzo. <https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/2016/UN-Agencies-Docs/OIM-Spanish2-316.pdf>.
- Orellana, Dante. 2003. “El saber médico ancestral: Fundamento de las medicinas alternativas”. En *La salud en la globalización*, editado por Dante Orellana Salvador, 163-8. Quito: CIDES / A-Y. [https://pdfs.semanticscholar.org/9e31/66960bfcd6a60960b1d77e552d2563b60e9f.pdf?\\_ga=2.191819178.1262634673.1595636467-1943239511.1587409648](https://pdfs.semanticscholar.org/9e31/66960bfcd6a60960b1d77e552d2563b60e9f.pdf?_ga=2.191819178.1262634673.1595636467-1943239511.1587409648).
- Ortiz Gómez, Teresa. 1996. “Protomedicato y matronas: Una relación al servicio de la cirugía”. *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam* 16: 109-20. <https://core.ac.uk/download/pdf/13275235.pdf>.
- Oyarce, Ana María. 1996. “Política intercultural en salud: Elementos de una propuesta”, En *Primer Encuentro Nacional de Salud y Pueblos Indígenas: Hacia una política nacional intercultural*, 54-62. Washington DC: Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas-OPS-OMS. [https://www.paho.org/Spanish/AD/THS/OS/indi\\_7esp.pdf](https://www.paho.org/Spanish/AD/THS/OS/indi_7esp.pdf).
- Pacheco, Efraín. 1995. “Estrategias del Ministerio de Salud Pública para la atención de salud de los pueblos indígenas”. En *Políticas de salud y pueblos indios*, compilado por Carlos Terán y Miguel Malo, 23-32. Quito: UASB-E (Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador) / OPS (Organización Panamericana de la Salud)-OMS (Organización Mundial de la Salud) / A-Y.
- Pacheco, Víctor Manuel. 2016. “Elementos para una propuesta de otro concepto de salud”. Presentación de PowerPoint. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/02/HACIA-UN-NUEVO-CONCEPTO-DE-SALUD-2016.pdf>.
- Paladines, Carlos. 1986. “Ciencia y pensamiento moderno en la Audiencia de Quito”. *Cultura: Revista del Banco Central del Ecuador*, VIII, 250 años de la Primera Misión Geodésica (24a): 77-92.

- Pardo, Antonio. 1997. "¿Qué es la salud?". *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra* 41 (2): 4-9.  
[https://www.academia.edu/7150548/\\_Qu%C3%A9\\_es\\_la\\_salud](https://www.academia.edu/7150548/_Qu%C3%A9_es_la_salud).
- Paredes Borja, Virgilio. 1963. *Historia de la medicina en el Ecuador*. Quito: CCE.
- Paredes, Mario. 2001. "Aspectos históricos de la deficiencia de yodo en América". *Medicina* 56 (mayo-agosto): 124-31.  
<https://revistamedicina.net/ojsanm/index.php/Medicina/article/view/56-10/766>.
- Patiño, Ana, y María Sandín. 2014. "Diálogo y respeto: bases para la construcción de un sistema de salud intercultural para las comunidades indígenas de Puerto Nariño, Amazonas, Colombia". *Salud Colectiva* 10 (3) (septiembre-diciembre): 379-96.  
<https://www.scielosp.org/pdf/scol/2014.v10n3/379-396/es>.
- Paz y Miño, César. 2013. "Filosofía para médicos". *El Telégrafo*. 3 de febrero.  
<https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/columnistas/1/filosofia-para-medicos-2>.
- Paz y Miño, Juan. 2006. "Historia del Ecuador: Síntesis". Conferencia pronunciada en la FCE, Quito, 30 de mayo. Grabación magnetofónica.
- . 2008. "Visión histórica de las Constituciones de 1998 y 2008". *IRG: Institut de Recherche et Débat sur la Gouvernance* (noviembre). <http://www.institut-gouvernance.org/es/analyse/fiche-analyse-449.html>.
- . 2009. "Los últimos 30 años". *El Telégrafo*. 17 de agosto.
- . 2014. *Quito en el bicentenario del proceso de la independencia del Ecuador*. Quito: PUCE (Pontificia Universidad Católica del Ecuador) / Asociación de Historiadores Latinoamericanos y del Caribe / A-Y.  
<http://www.historiaypresente.com/hyp/wp-content/uploads/2016/11/Quito-Bicentenario.pdf>
- Pedraza, Zandra. 1999. *En cuerpo y alma: Visiones del progreso y la felicidad*. Bogotá: Universidad de los Andes.  
[http://bdigital.unal.edu.co/50719/11/9586950131\\_P1.PDF](http://bdigital.unal.edu.co/50719/11/9586950131_P1.PDF).
- Perkins, Barbara. 2003. *The medical delivery business: Health reform, childbirth, and the economic order*. Nueva Brunswick: Rutgers University Press.  
[https://books.google.nr/books?id=00XcKKy0S3gC&printsec=frontcover&source=gbs\\_atb#v=onepage&q&f=false](https://books.google.nr/books?id=00XcKKy0S3gC&printsec=frontcover&source=gbs_atb#v=onepage&q&f=false).
- Pilatuña, Jaime. 2009. "Sumak kawsay (Salud)". En *Módulo: Sensibilización en salud y medicina intercultural*, de Enrique Cachiguango, Jaime Pilatuña y Miguel Viera, 67-88. s. l.: MSP / UIAW / Centro de Saber Yachay Munay-Cosmovisiones.

- Pinedo, Javier. 2015. "Apuntes sobre el concepto poscolonialidad: Semejanzas y diferencias en su concepción y uso entre los intelectuales indios y latinoamericanistas". *Universum: Revista de humanidades y ciencias sociales* 30 (1): 189-226. [https://scielo.conicyt.cl/pdf/universum/v30n1/art\\_12.pdf](https://scielo.conicyt.cl/pdf/universum/v30n1/art_12.pdf).
- Polo, Jorge, y Milany Gómez. 2019. "Modernidad y colonialidad en América Latina: ¿Un binomio indisociable?". *Revista de Estudios Sociales* 1 (69): 2-13. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7013069>.
- Polo, Sonia. 2010. "Descolonización de salud es consolidar la gestión pública en base a interculturalidad". *La Patria*. 26 de marzo. <https://impresalapatria.bo/noticia/22423/descolonizacion-de-salud-es-consolidar-la-gestion-publica-en-base-a-interculturalidad#articulo>.
- Portela, Hugo, y Sandra Portela. 2020. "El arte de partear: Curanderas, comadronas y parteras del Pacífico colombiano". *Partería: Saber ancestrales y práctica viva*. 20 de abril. <https://proyectos.banrepcultural.org/parteria/es/el-arte-de-partear>.
- Portillo, Luis. 2010. "Ubicación del imperio inca". *Historia de los pueblos*. 25 de marzo. <https://www.historiacultural.com/2010/03/ubicacion-localizacion-imperio-inca.html>.
- Pressenza. 2010. "Soberanía en la salud para la región y la propuesta ecuatoriana para el Banco del Sur". *Pressenza International Press Agency*. 21 de agosto. <https://www.pressenza.com/es/2010/08/soberania-en-la-salud-para-la-region-y-la-propuesta-ecuatoriana-para-el-banco-del-sur/>.
- Puga, Miguel Ángel. 1996. "Cochasquí: Orto y ocaso. La identidad de los ecuatorianos". En *La identidad de los ecuatorianos: Un problema nacional*, de Fernando Jurado Noboa y Miguel Ángel Puga, 124-9. Quito: Sociedad Amigos de la Genealogía.
- QuestionPro. 2020. "¿Que es una encuesta?". *QuestionPro*. 3 de abril. <https://www.questionpro.com/es/una-encuesta.html>.
- Quezada, Alberto. 1988. "Caracterización del área de estudio". En *La práctica médica tradicional en las provincias de Azuay, Cañar, El Oro y Morona Santiago*, t. 1, de Alberto Quezada, César Piedra, Gustavo Vega, Ernesto Cañizares y Jorge Hermida., 35-83. Cuenca: Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud-UdC.
- Quijano, Aníbal. 1992. "Colonialidad y modernidad-racionalidad". En *Los conquistados: 1492 y la población indígena de las Américas*, editado por Heraclio Bonilla, 437-48. Bogotá: Tercer Mundo / FLACSO-E / Libri Mundi.

- <http://pdfhumanidades.com/sites/default/files/apuntes/185-QUIJANO-Colonialidad-y-Modernidad-1992%20copy.pdf>.
- . 1998a. “Colonialidad del poder, cultura y conocimiento en América Latina”. *Ecuador Debate* 44 (agosto): 227-38. <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/6042/1/RFLACSO-ED44-17-Quijano.pdf>.
- . 1998b. *La economía popular y sus caminos en América Latina*. Lima: Mosca Azul. <https://es.scribd.com/document/263732413/ANIBAL-QUIJANO-Economia-Popular-pdf>.
- . 2000. “La colonialidad del poder: Eurocentrismo y América Latina”. En *La colonialidad del saber: Eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas*, editado por Edgardo Lander, 201-46. Buenos Aires: CLACSO / Facultad de Ciencias Económicas y Sociales-Universidad Central de Venezuela / UNESCO. <https://www.tni.org/files/download/La%20colonialidad%20del%20saber.%20Eurocentrismo%20y%20ciencias%20sociales.pdf>.
- . 2007. “Colonialidad del poder”. Conferencia pronunciada en la mesa de trabajo “Cultura: Región andina” organizada por el Instituto Iberoamericano de Patrimonio Natural y Cultural-CAB, la AECID, el Ministerio de Cultura del Ecuador y la FLACSO-E, Quito, 18 y 19 de octubre.
- . 2014. “Raza, etnia y nación en Mariátegui”. En *Cuestiones y horizontes: De la dependencia histórico-estructural a la colonialidad/descolonialidad del poder*, editado por Pablo Gentili, 757-76. Buenos Aires: CLACSO. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20140424014720/Cuestionesyhorizontes.pdf>.
- Quintanilla, Víctor Hugo. 2017. “Lineamientos para la interculturalización de la medicina occidental-moderna en Bolivia: La concepción andina de medicina tradicional”. *América Latina en Movimiento*. 7 de septiembre. <https://www.alainet.org/es/articulo/187921>.
- Quinteros, Marcelo. 2018. “Nevado Cayambe, Ecuador”. *Marcelo Quinteros Mena*. Flickr. 21 de julio. <https://www.flickr.com/photos/50195517@N07/31286479248/>.

- RAE (Real Academia de la Lengua Española). 2019. “Nanotecnología”. *DLE (Diccionario de la lengua española)*. Real Academia Española. Acceso: 28 de marzo. <https://dle.rae.es/nanotecnolog%C3%ADa?m=form>.
- . 2020a. “Acullicar”. *DLE (Diccionario de la lengua española)*. Real Academia Española. Acceso: 19 de febrero. <https://dle.rae.es/acullico?m=form>.
- . 2020b. “Concertaje”. *DLE (Diccionario de la lengua española)*. Real Academia Española. Acceso: 21 de julio. <https://dle.rae.es/concertaje>.
- . 2020c. “Etiología”. *DLE*. Real Academia Española. Acceso: 21 de septiembre. <https://dle.rae.es/etiolog%C3%ADa?m=form>.
- . 2020d. “Nosografía”. *DLE*. Real Academia Española. Acceso: 21 de septiembre. <https://dle.rae.es/nosograf%C3%ADa?m=form>.
- . 2020e. “Nosología”. *DLE*. Real Academia Española. Acceso: 21 de septiembre. <https://dle.rae.es/nosolog%C3%ADa>.
- . 2020f. “Obraje”. *DLE*. Real Academia Española. Acceso: 17 de agosto. <https://dle.rae.es/obraje?m=form>.
- . 2020g. “Terapéutico”. *DLE*. Real Academia Española. Acceso: 21 de septiembre. <https://dle.rae.es/terap%C3%A9utico>.
- Ramírez Hita, Susana. 2011. *Salud intercultural: Crítica y problematización a partir del contexto boliviano*. La Paz: Instituto Superior Ecuaménico Andino de Teología. <https://www.yumpu.com/es/document/read/42692393/5-a-ramirez-hita-susana-2011-a-salud-intercultural>.
- Ramón, Galo. 1987. *La resistencia andina: Cayambe 1500-1800*. Quito: Centro Andino de Acción Popular.
- Restrepo, Roberto. 2004. “Saberes de vida: El saber-hacer andino y las tecnologías apropiadas para el desarrollo”. En *Saberes de la vida: Por el bienestar de las nuevas generaciones*, compilado por Roberto Restrepo, 14-132. Bogotá: UNESCO / Siglo del Hombre.
- Reyes, Tomás. 1999. “Métodos cualitativos de investigación: los grupos focales y el estudio de caso”. *Fórum Empresarial* 4 (1) (verano): 74-87. <https://revistas.upr.edu/index.php/forumempresarial/article/view/2892/2470>.
- Ribas, Bartolomé. 2009. “José Celestino Mutis: Amistad y colaboración con A. V. Humboldt”. En *Homenaje a Celestino Mutis en el bicentenario de su fallecimiento. Sesión 11 septiembre 2008*, 151-72. Madrid: Real Academia

- Nacional de Farmacia. <https://docplayer.es/18881634-7-jose-celestino-mutis-amistad-y-colaboracion-con-a-v-humboldt.html>.
- RIOS (Red Internacional de Organizaciones de Salud). 2020a. "Historia". *RIOS*. Acceso: 8 de junio. <https://www.rios.org.ec/historia>.
- . 2020b. "Noticias RIOS". *RIOS*. Acceso: 8 de junio. <https://www.rios.org.ec/noticias-1>.
- . 2020c. "Proyecto de salud y GDR comunitarias". *RIOS*. Acceso: 8 de junio. <https://www.rios.org.ec/noticias>.
- Rivera Cusicanqui, Silvia. 1987. *El potencial epistemológico y teórico de la historia oral: De la lógica instrumental a la descolonización de la historia*. Taller de Historia oral andina, UMSA, La Paz, 1-12. <https://historiaoralfuac.files.wordpress.com/2017/10/rivera-cusicanqui-silvia-el-potencial-epistemologico-y-teorico-de-la-historia-oral.pdf>.
- Rodríguez, Germán. 2010. *La faz oculta de la medicina andina*. Quito: A-Y. <https://vdocuments.site/la-faz-oculta-de-la-medicina-andina.html>.
- Rojo, Nereida. 2002. "La investigación cualitativa: Aplicaciones en salud". En *La investigación en salud*, compilado por Héctor Bayarre Vea, María Elena Astraín Rodríguez, Guillermo Díaz Llanes y Leticia Fernández Garrote, 91-128. La Habana: Ministerio de Salud Pública / Escuela Nacional de Salud Pública.
- Rojas, Roció. 2009. "Programa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas: Plan de acción 2005-2007". Washington DC: OPS. <https://www.paho.org/es/documentos/iniciativa-salud-pueblos-indigenas-lineamientos-estrategicos-plan-accion-2005-2007-0>.
- Romero, Andrés, Ipsa Guadalupe Limón, Rodrigo López Schietekat, José Alberto Huante, Mario Alberto Martínez y Grisel Yasmín Olvera. 2017. "Impacto del galenismo durante la Edad Media: La importancia de la cultura árabe en su introducción al mundo médico cristiano". *Anales Médicos* 62 (3) (julio-septiembre): 232-9. <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2017/bc173m.pdf>.
- Rosenblat, Ángel. 1954. *La población indígena y el mestizaje en América*, vol. 2, *El mestizaje y las castas coloniales*. Buenos Aires: Nova. <http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-66255.html>.
- Rostworowski, María. 1983. *Estructuras andinas del poder: Ideología religiosa y política*. Lima: IEP.

- Rowe, John H. 1963. "Inca culture at the time of the Spanish Conquest". En *Handbook of South American indians*, vol. 2, *The Andean civilization*, editado por Julian H. Steward, 183-330. 2.<sup>a</sup> ed. Nueva York: Cooper Square. <https://www.lib.berkeley.edu/ANTH/emeritus/rowe/pub/rowe.pdf>.
- Said, Edward. 2008. *Orientalismo*. Traducido por María Luisa Fuentes. Barcelona: Liverduplex. <https://hemerotecaroja.files.wordpress.com/2013/06/said-e-w-orientalismo-1978-ed-random-house-mondadori-2002.pdf>.
- Salaverry, Oswaldo. 2010a. "Interculturalidad en la salud: La nueva frontera de la medicina". *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 27 (1): 6-7. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v27n1/a02v27n1.pdf>.
- . 2010b. "Presentación del simposio Interculturalidad en salud". *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 27 (1): 80-93. <http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/artrevista/pdf/rpmesp.2010.v27.n1.a13.pdf>.
- Salazar, Jhonatan. 2013. "Hacia un modelo de comunicación intercultural en un centro de salud. Caso: Área de Salud N.º 19 Guamaní". Tesis de licenciatura en Comunicación Social, Universidad Central del Ecuador. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1935/1/T-UCE-0009-113.pdf>.
- Salgado, Samir. 2005. "Protocolo de la conferencia de Santiago Castro-Gómez sobre dos temas: la guerra de las razas, y disciplina y biopoder en Foucault". Monografía para la asignatura Epistemología y estudios culturales, Doctorado de Estudios Culturales Latinoamericanos, UASB-E, Quito. Fotocopia.
- Salomon, Frank. 1980. *Los señoríos étnicos de Quito en la época de los incas*. Otavalo: IOA.
- Sánchez, María Judith, María Luisa Muñoz y Guadalupe Díaz. 2020. "Capítulo 4: Farmacia galénica". *Farmacología general: Una guía de estudio*. Acceso: 25 de mayo. <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1489&sectionid=96949506>.
- Sarango, Luis Fernando. 2016. "El Estado plurinacional y la sociedad intercultural: Una visión desde el Ecuador". *Revista Direito e Práxis* 7 (13): 636-58. <https://amawtaywasi.org/wp-content/uploads/2019/06/El-estado-Plurinacional-y-la-sociedad-intercultural.pdf>.

- Schroeder, Steven. 2007. "We can do better: Improving the health of the American people". *The New England Journal of Medicine* 357 (8) (septiembre): 1221-8. [https://pdfs.semanticscholar.org/ecd9/3b16a44867010faeddecccff329974fd4f19.pdf?\\_ga=2.185714479.70058683.1597967260-1738768651.1591545816](https://pdfs.semanticscholar.org/ecd9/3b16a44867010faeddecccff329974fd4f19.pdf?_ga=2.185714479.70058683.1597967260-1738768651.1591545816).
- Sicha, Marco Antonio. 2011. "Cosmovisión andina". En *Cosmovisión del mundo antiguo*. Presentación de SlideShare. 16 de noviembre. <https://es.slideshare.net/MARCOASP/cosmovisin-del-mundo-antiguo>.
- Silva, Paola, Walter Vergara y Edmundo Acevedo. 2015. "Rotación de cultivos". En *Rastrojo de cultivos y residuos forestales: Programa de transferencia de prácticas alternativas al uso del fuego en la región del Biobío*, editado por Carlos Ruiz, 48-67. Chillán: Instituto de Investigaciones Agropecuarias / Centro Regional Quilamapu. <http://biblioteca.inia.cl/medios/biblioteca/boletines/NR40196.pdf>.
- Solá, José. 2010. "La interculturalidad y la salud desde el marco ético de la salud pública". En *Salud, interculturalidad y derechos: Claves para la reconstrucción del sumak kawsay-buen vivir*, editado por Gerardo Fernández Juárez, 121-6. Quito: MSP. <https://bibliotecapromocion.msp.gob.ec/greenstone/collect/promocin/index/assoc/HASH018f.dir/doc.pdf>.
- Spalding, Karen. 1984. *Huarochirí: An Andean society under Inca and Spanish rule*. Stanford: Stanford University Press. <https://books.google.com.ec/books?id=kTPgOxyliqQC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>.
- Suárez, José Ricardo, David R. Jacobs Jr., John H. Himes y Bruce H. Alexander. 2013. "Acetylcholinesterase activity, cohabitation with floricultural workers, and blood pressure in Ecuadorian children". *Environmental Health Perspectives* 1 (5): 619-24. <https://ehp.niehs.nih.gov/doi/pdf/10.1289/ehp.1205431>.
- Taylor, Gerald. 2008. *Ritos y tradiciones de Huarochirí: Edición bilingüe quechua normalizado-castellano. Anexo: Transcripción paleográfica del manuscrito quechua de inicios el siglo XVII y léxicos temáticos*. Lima: Instituto Francés de Estudios Andinos / IEP / Universidad Nacional Mayor de San Marcos. <https://escriturasvirreinales.files.wordpress.com/2014/03/121103492-manuscrito-quechua-de-huarochiri.pdf>.
- Tillett, Aimé. 2018. "Visibilizando la situación de salud de los pueblos indígenas de Venezuela". *Observatorio de Ecología Política de Venezuela*. 6 de marzo.

- <https://www.ecopoliticavenezuela.org/2018/03/06/visibilizando-la-situacion-salud-los-pueblos-indigenas-venezuela/>.
- Toulmin, Stephen. 1990. *Cosmopolis: The hidden agenda of Modernity*. Nueva York: Free Press.
- Tousignant, Michel, y Mario Maldonado. 1989. "Sadness, depression and social reciprocity in highland Ecuador". *Social Science and Medicine* 28 (9): 899-904. <https://libgen.sci-hub.pm/>.
- Trelles, Jaime. 2014. "La ONU y el derecho internacional". Presentación de SlideShare. 21 de abril. <https://es.slideshare.net/JaimeTrelles/la-onu-y-el-derecho-internacional>.
- UAEH (Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo). 2017. "Antecedentes del Estado-nación". En *Unidad II: Estructura Política*. Presentación de PowerPoint. [https://www.uaeh.edu.mx/docencia/P\\_Presentaciones/prepa1/2017/epesm.pptx](https://www.uaeh.edu.mx/docencia/P_Presentaciones/prepa1/2017/epesm.pptx).
- UIAW. 2004. *Sumak yachaypi, alli kawsaypipash yachakuna / Aprender en la sabiduría y el buen vivir / Learning wisdom and the good way to live*. Quito: UIAW / UNESCO.
- Ulloa, Astrid. 2012. "Producción de conocimientos en torno al clima: Procesos históricos de exclusión/apropiación de saberes y territorios de mujeres y pueblos indígenas". *DesiguALdades.net. Working Paper* 21. doi:10.13140/RG.2.1.2519.4484.
- Urta, Natalia. 2014. "La persecución de las actividades mágicas por el Tribunal Inquisitorial de Lima, siglo XVIII". *Diálogo Andino* 1 (43): 91-100. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rda/n43/art08.pdf>.
- Vaca, Rocío, y Tania Mendizábal. 1982. "Trayectoria histórica de Cayambe: Revisión bibliográfica". Monografía preparada para la carrera de Antropología de la PUCE.
- Valdivia, Alina. 2019. "La técnica del manteo". Pinterest. 16 de enero. <https://pin.it/2Gu7E46>.
- Vallard, Jean. 1995. "El concepto del alma y de la enfermedad entre los indios americanos". En *Cosmos hombre y sacralidad: Lecturas para antropología religiosa*, recopilado por Marco V. Rueda y Segundo E. Moreno, 481-505. Quito: PUCE. <https://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/11480>.
- Valverde, Luis José. 2003. "El Tribunal del Protomedicato: Composición, funciones y jurisdicción". *Cuadernos Informativos de Derecho Histórico Público, Procesal y de la Navegación* 1: 7-28.

- [https://www.academia.edu/31707283/EL\\_TRIBUNAL\\_DEL\\_PROTOMEDICATO\\_COMPOSICION\\_FUNCIONES\\_JURISDICCION](https://www.academia.edu/31707283/EL_TRIBUNAL_DEL_PROTOMEDICATO_COMPOSICION_FUNCIONES_JURISDICCION).
- Varese, Stefano. 2011. "El dilema antropocéntrico: Notas sobre la economía política de la naturaleza en la cultura indígena". *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia* 27: 97-122.  
<https://www.raco.cat/index.php/QuadernsICA/article/view/258372/351474>.
- Vargas, Victor. 2020 "Good luck". *Victor Vargas Photography. Ecuador*. Acceso el 15 de diciembre. <https://www.victorvargasphotography.com/galleries/ecuador/>.
- Velasco, Oscar. 2010. *Aún nos cuidamos con nuestra medicina: Inventario sistematizado de las prácticas sanitarias tradicionales existentes en las poblaciones originarias de los países andinos*. Lima: ORAS (Organismo Andino de Salud)-CONHU (Convenio Hipólito Unanue)-Comisión Andina de Salud Intercultural / AECID.
- Viaña, Jorge, Luis Claros y Marcelo Sarzuri. 2009. "Presentación". En *Interculturalidad crítica y descolonización: Fundamentos para el debate*, dirigido por David Mora, 7-8. La Paz: III-CAB.  
[http://www.enlazandoculturas.cicbata.org/sites/default/files/MAPEP/david\\_mora.pdf](http://www.enlazandoculturas.cicbata.org/sites/default/files/MAPEP/david_mora.pdf).
- Wachtel, Nathan. 1976. *Los vencidos: Los indios del Perú frente a la conquista española (1530-1570)*. Madrid: Alianza.
- Wallerstein, Immanuel. 2005. *Análisis de sistemas-mundo: Una introducción*. 2.<sup>a</sup> ed. México DF: Siglo XXI.  
[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4578656/mod\\_resource/content/1/COMP\\_WALLERSTEIN%20-%20Análisis%20de%20Sistemas-Mundo](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4578656/mod_resource/content/1/COMP_WALLERSTEIN%20-%20Análisis%20de%20Sistemas-Mundo).
- . 2007. *Universalismo europeo: El discurso del poder*. Traducido por Josefina Anaya. México DF: Siglo XXI.  
[https://scienzepolitiche.unical.it/bacheca/archivio/materiale/2467/Textos%20en%20espa%C3%B1ol/Immanuel%20Wallerstein-Universalismo%20europeo\\_%20el%20discurso%20del%20poder-Siglo%20XXI%20\(2007\).pdf](https://scienzepolitiche.unical.it/bacheca/archivio/materiale/2467/Textos%20en%20espa%C3%B1ol/Immanuel%20Wallerstein-Universalismo%20europeo_%20el%20discurso%20del%20poder-Siglo%20XXI%20(2007).pdf).
- Walsh, Catherine. 2000. "Propuesta sobre el tratamiento de la interculturalidad en la educación". Documento de trabajo preparado para la Unidad de Educación Bilingüe Intercultural-Dirección Nacional de Educación Inicial y Primaria-Ministerio de Educación del Perú, junio.  
[https://centroderecursos.cultura.pe/sites/default/files/rb/pdf/Propuesta%20para%](https://centroderecursos.cultura.pe/sites/default/files/rb/pdf/Propuesta%20para%20)

- 20el%20tratamiento%20de%20la%20interculturalidad%20en%20la%20educacion.pdf.
- . 2004. “Colonialidad, conocimiento y diáspora afro-andina: Construyendo etnoeducación e interculturalidad en la universidad”. En *Conflicto e (in)visibilidad: Retos en los estudios de la gente negra en Colombia*, editado por Eduardo Restrepo y Axel Rojas, 331-46. Cali: Grupo de Investigaciones para la Etnoeducación-Universidad del Cauca. [https://publications.iom.int/system/files/pdf/conflicto\\_e\\_invisibilidad.pdf](https://publications.iom.int/system/files/pdf/conflicto_e_invisibilidad.pdf).
- . 2007. “Interculturalidad y colonialidad del poder: Un pensamiento y posicionamiento ‘otro’ desde la diferencia colonial”. En *El giro decolonial: Reflexiones para una diversidad epistémica en el capitalismo global*, editado por Santiago Castro-Gómez y Ramón Grosfoguel, 47-62. Bogotá: IESCO-UC / Pensar-PUJ / Siglo del Hombre. <http://www.unsa.edu.ar/histocat/homoderna/grosfoguelcastrogomez.pdf>.
- . 2009. *Interculturalidad, Estado y sociedad: Luchas (de)coloniales en nuestra época*. Quito: UASB-E / A-Y.
- . 2010. “Interculturalidad crítica y educación intercultural”. En *Construyendo interculturalidad crítica*, de Jorge Viaña, Luis Tapia y Catherine Walsh, 75-96. La Paz: III-CAB. <https://aulaintercultural.org/2010/12/14/interculturalidad-critica-y-educacion-intercultural/>.
- Weiss, Pedro. 1980. “La enfermedad en las creencias de los americanos”. *Boletín de Lima* 1 (6) (mayo): 28-39.
- Wikipedia. 2009. “Proceso biológico”. Wikipedia. 9 de noviembre. [https://es.wikipedia.org/wiki/Proceso\\_biol%C3%B3gico](https://es.wikipedia.org/wiki/Proceso_biol%C3%B3gico).
- Yáñez, José. 2002. *Yanantin: La filosofía dialógica intercultural del Manuscrito de Huarochirí*. Quito: A-Y. [https://digitalrepository.unm.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1512&context=abya\\_yala](https://digitalrepository.unm.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1512&context=abya_yala).
- Yaya, Isabel. 2013. “Hanan y hurin: Historia de un sistema estructural inca”. *Bulletin de l'Institut Français d'Études Andines* 42 (2): 173-202. <https://journals.openedition.org/bifea/4049>.
- Zalles, Jaime. 2009. “Historia de la medicina andina boliviana: Problemas y soluciones posibles”. En *Yachay tinkuy: Salud e interculturalidad en Bolivia y América*

- Latina*, editado por Luca Citarella y Alessia Zangari, 173-80. La Paz: PROHISABA / CI. <https://bivica.org/files/salud-interculturalidad.pdf>.
- Zamora, Elías. 1983. "Conquista y crisis demográfica: La población indígena del occidente de Guatemala en el siglo XVI". *Mesoamerica* 4 (6) (febrero): 291-328. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4009273>.
- Zaruma, Vicente. 2006. *Wakanmay (Aliento sagrado): Perspectivas de teología india. Una propuesta desde la cultura cañari*. Quito: Fundación de Investigación Histórica Antropológica y Cultural de la Nación Kañari Zara-Uma / A-Y. [https://digitalrepository.unm.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1300&context=abya\\_yala](https://digitalrepository.unm.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1300&context=abya_yala).
- Žižek, Slavoj. 1998. "Multiculturalismo, o la lógica cultural del capitalismo multinacional". En *Estudios culturales: Reflexiones sobre el multiculturalismo*, de Slavoj Žizek y Fredric Jameson, 137-88. México DF: Paidós. <http://www.medicinayarte.com/img/jameson-zizek-estudios-culturales-reflexiones-sobre-el-multiculturalismo.pdf>.

### **Normativa y documentos internacionales**

- BID. 2006. *Política operativa sobre pueblos indígenas y Estrategia para el desarrollo indígena*. Washington DC: BID. <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=776079>.
- IIDH (Instituto Interamericano de Derechos Humanos). 2006. *Campaña educativa sobre derechos humanos y derechos indígenas: Salud indígena y derechos humanos. Manual de contenidos*. San José: IIDH. <https://www.iidh.ed.cr/IIDH/media/2089/campa%C3%B1a-educativa-salud-indigena-2008.pdf>.
- III (Instituto Indigenista Interamericano). 1999. "Informe sobre las acciones desarrolladas en diferentes organismos internacionales para la promoción de los derechos de los pueblos indígenas". 8 de octubre. <http://www.summit-americas.org/indigenous/W-Group-Oct99/Instituto%20Indigenista%20Americano.htm>.
- OIT (Organización Internacional del Trabajo)-Oficina Regional para América Latina y el Caribe. 1989. *Convenio Núm. 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales: Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas*. Lima: Oficina Regional de la OIT para América Latina y el Caribe.

- [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms\\_345065.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_345065.pdf).
- OMS. 1978. *Atención primaria de salud: Informe de la conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978*. Ginebra: OMS / Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf;jsessionid=FC38930F52EE48AAB84E577D0D9D5C5E?sequence=1>.
- . 2002. *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Organización Mundial de la Salud*. Ginebra: OMS. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67314/WHO\\_EDM\\_TRM\\_2002.1\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67314/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf?sequence=1).
- . 2003. *56ª Asamblea Mundial de la Salud: Resoluciones y decisiones*. Ginebra: OMS. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259353/WHA56-2003-REC-1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- . 2014. *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. Organización Mundial de la Salud*. Hong Kong: OMS. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95008/1/9789243506098\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95008/1/9789243506098_spa.pdf).
- . 2021. “¿Cómo define la OMS la salud?”. OMS. Acceso: 18 de febrero. <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>.
- ONU. 1945. *Carta de las Naciones Unidas*. San Francisco: ONU. [https://www.oas.org/36ag/espanol/doc\\_referencia/carta\\_nu.pdf](https://www.oas.org/36ag/espanol/doc_referencia/carta_nu.pdf).
- . 1959. *Declaración de los Derechos del Niño*. Asamblea General de la ONU, Resolución 1386 (XIV). <https://www.cidh.oas.org/Ninez/pdf%20files/Declaraci%C3%B3n%20de%20los%20Derechos%20del%20Ni%C3%B1o.pdf>.
- . 1989. *Convención sobre los Derechos del Niño*. Asamblea General de la ONU, Resolución 44/25. [https://www.unicef.org/convencion\(5\).pdf](https://www.unicef.org/convencion(5).pdf).
- . 1992. *Programa 21*. ONU. <https://www.un.org/spanish/esa/sustdev/agenda21/agenda21sptoc.htm>.
- . 1993. *Convenio Constitutivo del Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe*. 4 de agosto. Naciones Unidas: Serie *Tratados* 1728 (I-30177): 353-409. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2011/7631.pdf>.

- . 2005. *La Comisión de Derechos Humanos*. Ginebra: ONU. <https://www2.ohchr.org/spanish/bodies/chr/docs/61chr/leaflet61.pdf>.
- . 2007. *Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas*. Asamblea General de la ONU, Resolución 61/295. [https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS\\_es.pdf](https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_es.pdf).
- OPS. 1997. “Salud de los pueblos indígenas. Resolución CD40-R6”. Washington DC: OPS. <https://www.paho.org/es/documentos/resolucion-cd40-r6>.
- . 2008. *Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas: Componente comunitario de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)*. Washington DC: OPS. <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/54-VisionSaludInterculturalPI.pdf>.
- . 2009. *La salud de los pueblos indígenas de las Américas: Conceptos, estrategias, prácticas y desafíos*. Quito: Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud-OPS. <https://www.paho.org/es/documentos/conceptos-estrategias-practicas-desafios-salud-pueblos-indigenas-americas>.
- OPS y OMS. 1993. “Adoptar el Documento que describe la iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas (CD37/20 26 de julio)”. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/7015/15688.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- ORAS-CONHU. 2007. *Plan Andino de Salud Intercultural*. Lima: ORAS-CONHU / AECID.
- . 2014. *Política andina de salud intercultural: Elaborada por la Comisión Andina de Salud Intercultural y aprobada según Resolución XXXIV REMSAA/490*. Lima: ORAS-CONHU. <http://www.orasconhu.org/sites/default/files/POLITICA%20ANDINA%20DE%20SALUD%20INTERCULTURAL%202014.pdf>.
- . 2021. “Quiénes somos: Presentación”. Acceso: 1 de febrero. <https://orasconhu.org/portal/presentaci%C3%B3n>.
- Parlatino (Parlamento Latinoamericano). 1987. *Estatuto del Parlamento Latinoamericano*. Lima: Asamblea Ordinaria del Parlamento Latinoamericano. <https://parlatino.org/pdf/documentos/estatuto-parlatino.pdf>.
- . 1992. “I Reunión de Instalación de la Comisión de Asuntos Indígenas y Etnias. Acta No. 1”. Managua: Parlatino. <http://parlatino.org/pdf/comisiones/pueblos-indigenas/asuntos-pueblos/acta1.pdf>.

- . 2009a. *Ley Marco en Materia de Medicina Tradicional para América Latina y el Caribe*. Comisión de Salud del Parlamento Latinoamericano, Resolución: AO/2009/13. 3 de diciembre. [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/10/947237/resolucion-no-13-ley-marco-de-medicina-tradicional-para-america\\_z7FhqqF.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/10/947237/resolucion-no-13-ley-marco-de-medicina-tradicional-para-america_z7FhqqF.pdf).
- . 2009b. *Ley Marco en Materia de Medicina Complementaria para América Latina y el Caribe*. Comisión de Salud del Parlamento Latinoamericano, Resolución: AO/2009/14. 3 de diciembre. <http://parlatino.org/pdf/organos-principales/asamblea/declaraciones-resoluciones-actuales/pma-3-12-2009/resoluciones/resolucion14-ley-medicinac-alatina-caribe.pdf>.
- NI. 2011. *Ley de Medicina Tradicional Ancestral*. La Gaceta 123, Suplemento, 4 de julio. <https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/92483/107761/F-269157595/NIC92483.pdf>.
- UNESCO. 2001. *Declaración Universal de la UNESCO sobre la Diversidad Cultural*. 2 de noviembre. [http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL\\_ID=13179&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=13179&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html).
- . 2005. *La Convención sobre la protección y promoción de la diversidad de las expresiones culturales*. París, 20 de octubre. París: UNESCO. [https://en.unesco.org/creativity/sites/creativity/files/2811\\_16\\_passport\\_web\\_s.pdf](https://en.unesco.org/creativity/sites/creativity/files/2811_16_passport_web_s.pdf).
- UNICEF. 2021. “UNICEF presenta el *Atlas sociolingüístico de pueblos indígenas en América Latina*”. UNICEF. Acceso el 23 de febrero. <https://www.unicef.es/prensa/unicef-presenta-el-atlas-sociolingüístico-de-pueblos-indígenas-en-america-latina>.

### Entrevistas

- Aldaz, Mayra. 2009. Coordinadora territorial del Instituto Nacional del Niño y la Familia de Cayambe y miembro del Consejo Cantonal de Salud de Pedro Moncayo (CCSPM). Tabacundo, 3 de junio.
- Almeida, Betty. 2009. Odontóloga y directora del Subcentro de Salud de Malchinguí. Malchinguí, 12 de mayo.
- Arias, Leonardo. 2009. Curandero y presidente de la Asociación de Yachak de Pichincha. Tumbaco, 18 de mayo.
- Cabascango, Rosita. 2008. Fregadora. El Rosario, La Esperanza, 23 de septiembre.

- Cabascango, Silvia. 2009. Técnica de desarrollo infantil del Patronato Municipal de Pedro Moncayo. Pedro Moncayo, 2 de junio.
- Cachiguango, Luis Enrique. 2014. Yachak de la comuna Cotama, Otavalo. Quito, 9 de junio.
- Cacuango, Ángel María. 2008. Curandero. Tabacundo, 4 de octubre.
- Caluguillín, Julián. 2009. Alcalde del Gobierno Municipal de Pedro Moncayo. Pedro Moncayo, 26 de mayo.
- Catucuago, Juliana. 2009. Concejala del Gobierno Municipal de Pedro Moncayo. Pedro Moncayo, 2 de junio.
- Catucuago, Ximena. 2014. Técnica en desarrollo infantil del Patronato Municipal de Pedro Moncayo. Pedro Moncayo, 2 de junio.
- Chicaiza, Carla. 2014. Técnica del Patronato Municipal de Pedro Moncayo. Pedro Moncayo, 2 de junio.
- Coyago, William. 2009. Médico del Hospital de Cayambe. Tocachi, 2 de junio.
- Criollo, María Tarcila. 2010. Moradora y líder de Tocachi. Tocachi, 3 de agosto.
- Cuamacás, Florencia. 2009. Voluntaria del Centro de Diseño Industrial e Innovación Tecnológica de Visión Mundial y miembro del CCSPM. Pedro Moncayo, 26 de mayo.
- Cuascota, Washington. 2009. Presidente de TURUJTA (Tupigachi Runakunapak Jatun Tandankui). Tupigachi, 2 de junio.
- De la Cruz, Lizet. 2014. Lideresa del grupo de jóvenes de Tocachi. Tocachi, 13 de mayo.
- Díaz, Eladio. 2008. Líder del grupo de adultos mayores de Tocachi. Tocachi, 1 de abril.
- Doña Esperanza. 2008. Curandera. El Rosario, Esperanza, 23 de septiembre.
- Doña Petrona. 2008. Curandera. Cananvalle, Tabacundo, 23 de septiembre.
- Espinosa, Christian. 2014. Representante de la presidenta del Patronato Municipal de Pedro Moncayo. Pedro Moncayo, 2 de junio.
- Espinosa, Zoila. 2009. Técnica del Patronato Municipal de Pedro Moncayo. Pedro Moncayo, 26 de mayo.
- Hermosa, Marcia. 2009. Contadora del Patronato Municipal de Pedro Moncayo. Pedro Moncayo, 2 de junio.
- Inlago, Segundo. 2009. Magíster en Derechos Humanos y Pueblos Indígenas, enfermero del Centro de Salud de Tabacundo y miembro de la UCCOPEM (Unión de Organizaciones Campesinas e Indígenas de Cochasquí, Pedro Moncayo). Tabacundo, 12 de mayo.

- Jaramillo, Jaime. 2009. Concejal del Gobierno Municipal de Pedro Moncayo. Pedro Moncayo, 26 de mayo.
- Jarrín, Goreti. 2009. Concejala del Gobierno Municipal de Pedro Moncayo. Pedro Moncayo, 26 de mayo.
- Lincango, Verónica. 2009. Enfermera del Centro de Salud de Malchinguí. Malchinguí, 2 de junio.
- Maila, Hugo. 2014. Líder del grupo de jóvenes de Tocachi. Tocachi, 13 de mayo.
- Marroquín, Carlos Rafael. 2014. Vocal de la Junta Parroquial de La Esperanza. La Esperanza, 2 de junio.
- Moreno, Emerson. 2009. Líder del grupo de jóvenes de La Esperanza. La Esperanza, 26 de mayo.
- . 2014. La Esperanza, 13 de mayo.
- Morocho, Andrés. 2008. Líder del grupo de jóvenes de Tabacundo. Tabacundo, 13 de abril.
- . 2014. Tabacundo, 13 de mayo.
- Morocho, Hilario. 2009. Presidente de Junta de Agua de la Parroquia de La Esperanza. La Esperanza, 13 de mayo.
- Perugachi, Beatriz. 2014. Lideresa del grupo de jóvenes de Tupigachi. Tupigachi, 13 de mayo.
- Pila, Santos. 2008. Curandero. San José Grande, Tabacundo, 23 de septiembre.
- Pulamarín, Rolando. 2009. Vocal de la Junta Parroquial de Tupigachi. Tupigachi, 14 de junio.
- Pujota, Juan. 2009. Concejal del cantón Pedro Moncayo. Pedro Moncayo. 26 de mayo.
- Pullas, Nancy. 2009. Auxiliar de odontología del Centro de Salud de Malchinguí. Malchinguí, 2 de junio.
- . 2014. Malchinguí. 2 de junio.
- Sánchez, Juan Diego. 2014. Líder de grupo de jóvenes de Malchinguí. Malchinguí, 13 de mayo.
- Túquez, Abelardo. 2010. Morador de la parroquia Tocachi. Tocachi, 3 de agosto.
- Ulcungo, Rosa. 2009. Empleada del Patronato Municipal de Pedro Moncayo. Pedro Moncayo, 2 de junio.
- Valencia, Gulnara. 2009. Concejala del Gobierno Municipal de Pedro Moncayo. Pedro Moncayo, 2 de junio.

- Vallejo, Tatiana. 2009. Médica del Subcentro de Salud de Malchinguí. Malchinguí, 2 de junio.
- Vinueza, Leonardo. 2009. Líder comunitario y empleado del CCSPM. La Esperanza, 13 de mayo.
- Viteri, Alex. 2009. Médico del Subcentro de Salud de La Esperanza. La Esperanza, 2 de junio.

### **Grupos focales**

- G. F. (Grupo focal) 1. 2010. Cochasquí, 3 de agosto.
- G. F. 2. 2010. Cochasquí, 4 de agosto.
- G. F. 3. 2010. Malchinguí, 5 de agosto.
- G. F. 4. 2010. San Juan, 5 de agosto.
- G. F. 5. 2010. Tocachi, 2 de agosto.
- G. F. 6. 2010. Tocachi, 3 de agosto.

### **Cartografía social**

- Adelinda. 2009. Secretaria relatora del mapa Enfermedades ancestrales en Tupigachi, Tupigachi, Tupigachi, 27 de junio.
- Cabascango, Daniel. 2009. Secretario relator del mapa Plantas medicinales en Tupigachi, Tupigachi, Tupigachi, 27 de junio.
- Cacuango, Magdalena. 2008. Secretaria relatora del mapa Plantas medicinales en Cananvalle, Cananvalle, Tabacundo, 4 de octubre.
- Cayaguasco, Rosa. 2008. Secretaria relatora del mapa Rescatando la medicina natural en Cubinche, Cubinche, La Esperanza, 14 de junio.
- Chorlango, Laura. 2008. Secretaria relatora del mapa Medicina natural y química en Canavalle, Cananvalle, Tabacundo, 4 de octubre.
- Chorlango, Mariana. 2008. Secretaria relatora del mapa Paraíso de Cubinche, Cubinche, La Esperanza, 14 de junio.
- Chorlango, Natividad. 2008. Secretaria relatora del mapa Salud y alimentación para la madre y el guagua en Cubinche, Cubinche, La Esperanza, 14 de junio.
- Coyago, Alexandra. 2009. Secretaria relatora del mapa Enfermedades ancestrales en Cochasquí, Cochasquí, Tocachi 5 de julio.

Giachu, Blanca. 2008. Secretaria relatora del mapa Calendario de nuestra comunidad de Cananvalle, Tabacundo, 4 de octubre.

Muñoz, Luz María. 2009. Secretaria relatora del Mapa Medicina natural en Malchinguí, Malchinguí, 17 de junio.

Sánchez, Aníbal. 2008. Secretario relator del Mapa Buena nutrición consumiendo alimentos sanos en Cubinche, Cubinche, La Esperanza, 14 de junio.



## Anexos

### 1. Artículos de la Constitución de 2008 relacionados con interculturalidad

Título	Contenido	Capítulo	Compendio	Artículo
Título I	Elementos Constitutivos Del Estado	Capítulo primero	Principios fundamentales	1: El Ecuador es un Estado constitucional de derechos y justicia, social, democrático, soberano, independiente, unitario, intercultural, plurinacional y laico.
Título I	Elementos Constitutivos Del Estado	Capítulo primero	Principios fundamentales	2: El castellano es el idioma oficial del Ecuador; el castellano, el kichwa y el shuar son idiomas oficiales de relación intercultural.
Título II	Derechos	Capítulo segundo Sección tercera	Comunicación e información	16: Una comunicación libre, intercultural, incluyente.
Título II	Derechos	Capítulo segundo Sección quinta	Educación	27: [...] será participativa, obligatoria, intercultural.
Título II	Derechos	Capítulo segundo Sección quinta	Educación	28: El Estado promoverá el diálogo intercultural en sus múltiples dimensiones.
Título II	Derechos	Capítulo segundo Sección séptima	Salud	32: La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad.
Título II	Derechos	Capítulo cuarto	Derechos de las comunidades, pueblos y nacionalidades	57: núm. 14. Desarrollar, fortalecer y potenciar el sistema de educación intercultural bilingüe.
Título II	Derechos	Capítulo noveno	Responsabilidades	83: núm. 10. Promover la unidad y la igualdad en la diversidad y en las relaciones interculturales.
Título IV	Participación Y Organización Del Poder	Capítulo primero Sección primera	Principios de la participación	95: [...] por los principios de igualdad, autonomía, deliberación pública, respeto a la diferencia, control popular, solidaridad e interculturalidad.

Título IV	Participación Y Organización Del Poder	Capítulo tercero Sección segunda	Consejos nacionales de igualdad	156: [...] y evaluación de las políticas públicas relacionadas con las temáticas de género, étnicas, generacionales, interculturales.
Título IV	Participación Y Organización Del Poder	Capítulo sexto	Función Electoral	217: Se regirán por principios de autonomía, independencia, publicidad, transparencia, equidad, interculturalidad.
Título V	Organización Territorial Del Estado	Capítulo segundo	Organización del territorio	249: [...] mediante políticas integrales que precautelen la soberanía, biodiversidad natural e interculturalidad.
Título V	Organización Territorial Del Estado	Capítulo tercero	Gobiernos autónomos descentralizados y regímenes especiales	257: [...] y se regirán por principios de interculturalidad.
Título VI	Régimen De Desarrollo	Capítulo primero	Principios generales	275: [...] y ejerzan responsabilidades en el marco de la interculturalidad.
Título VII	Régimen Del Buen Vivir	Capítulo primero	Inclusión y equidad	340: [...] se guiará por los principios de universalidad, igualdad, equidad, progresividad, interculturalidad.
Título VII	Régimen Del Buen Vivir	Capítulo primero Sección primera	Educación	343: El sistema nacional de educación integrará una visión intercultural.
Título VII	Régimen Del Buen Vivir	Capítulo primero Sección primera	Educación	347: núm. 9. Garantizar el sistema de educación intercultural bilingüe.
Título VII	Régimen Del Buen Vivir	Capítulo primero Sección segunda	Salud	358: [...] y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad.
Título VII	Régimen Del Buen Vivir	Capítulo primero Sección cuarta	Hábitat y vivienda	375: núm. 3. a partir de los principios de universalidad, equidad e interculturalidad.
Título VII	Régimen Del Buen Vivir	Capítulo primero Sección quinta	Cultura	378: El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través del órgano competente, con respeto a la libertad de creación y expresión, a la

				interculturalidad y a la diversidad.
Título VIII	Relaciones Internacionales	Capítulo primero	Principios de las relaciones internacionales	416: núm. 10. relaciones horizontales para la construcción de un mundo justo, democrático, solidario, diverso e intercultural.
Título VIII	Relaciones Internacionales	Capítulo tercero	Principios de las relaciones internacionales  Integración latinoamericana	423: núm. 4. Proteger y promover la diversidad cultural, el ejercicio de la interculturalidad.

Fuente: EC 2008.

Elaboración propia.

## 2. Miembros del Consejo Cantonal de Salud de Pedro Moncayo (2002)

Organizaciones		Instituciones	
Estado		El alcalde o su representante	
		Jefe de Área de Salud N.º 13	
		Representante por Concejo Municipal	
		Patronato Municipal;	
		Estomatología del Área de Salud N.º 13	
		Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social	
		Seguro Social Campesino	
		Representante de la Policía Nacional	
		Policía Nacional del cantón	
		Defensa Civil del Cantón	
		Sector Educativo del cantón: Hispana y Bilingüe	
		Instituto Nacional de la Niñez y la Familia INNFA	
		Empresa de Agua Potable	
		Dirección de Higiene y Gestión Ambiental	
		Oficina Municipal de la Juventud	
		Cuerpo de Bomberos	
		Unión Nacional de Educadores (UNE)	
	Delegados de Malchinguí, Tocachi, La Esperanza y Tupigachi		
Sociedad Civil		Ciudadanía de Tabacundo	
		Asociación de Empleados y Trabajad. Área de Salud N.º 3	
		Sindicato de Trabajadores del Área de Salud N.º 3	
		Asociación de Artesanos	
		Cruz Roja Ecuatoriana	
		Floricultores Tabacundo	
		Mujeres Quilago	
		Voluntariado del Instituto de la Niñez y la Familia INNFA	
		Sindicato de Choferes del Cantón	
		Curia Asentada en el cantón	
		Organizaciones juveniles	
		Grupos de la tercera edad	
		Asociación de jubilados	
		Personas con discapacidad	
		Juntas de Agua Potable	
		De Segundo Grado	UCCOPEM (Unión de Campesinos de Cochasqui de Pedro Moncayo)
			TURUJTA (Tupigachi Runakunapak Jatun Tantankuy)
	No Gubernamentales	Visión Mundial: CEDIT (Centro de Desarrollo Infantil de Tupigachi)	
		Fundación Cimas del Ecuador	

Fuente y elaboración propia.

### 3. Guía de preguntas para miembros del GAD cantonal de Pedro

#### Moncayo (se incluye al Patronato Municipal)

Entrevista a: Funcionarios de los GAD parroquiales de Pedro Moncayo

Tema general: Medicina tradicional, percepciones de salud

Fecha: junio 02

Tema	Contenido
1. ¿Qué importancia tiene para el PATRONATO el enfoque de salud intercultural?	
2. ¿Desde cuándo considera es un tema prioritario dentro del PATRONATO?	
3. ¿Qué impulso al PATRONATO a incluir el tema de salud intercultural?	
4. ¿Cuáles son las políticas que desarrolla el PATRONATO sobre la interculturalidad?	
5. ¿Qué busca lograr el PATRONATO con la interculturalidad en el tema de salud?	
6. ¿Cuál es el desarrollo de la interculturalidad en salud a nivel mundial?	
7. ¿Qué instituciones se encuentran apoyando estos procesos en el Cantón?	
8. ¿Conoce procesos en América Latina y Ecuador que estén desarrollando estas políticas interculturales?	
9. ¿Cuál es su visión sobre el Ecuador en el desarrollo de la salud intercultural?	
10. ¿Cuáles son los cambios significativos que usted ve se han dado en la Nueva Constitución frente al sistema de salud ecuatoriano?	
11. ¿Cómo se refleja la salud intercultural dentro de la nueva Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud del Ecuador?	
12. ¿Cree usted que los médicos ecuatorianos aceptarán prácticas tradicionales de salud como oficiales?	
13. ¿Cómo entiende la interculturalidad?	
14. ¿Conoce sobre las Políticas Interculturales de Salud del ministerio, que piensa sobre esto?	
15. ¿Qué piensa se debe hacer a nivel cantonal sobre la salud intercultural?	
16. ¿Cree usted que es posible combinar la medicina tradicional con la medicina occidental? ¿en qué casos?	

17.¿Referiría usted a un paciente a un “médico” ancestral? ¿en qué casos?	
18.¿Considera que los saberes de la medicina tradicional son válidos?	
19.¿Qué limitaciones o problemas ve usted en la medicina tradicional?	
20.¿Cómo califica la atención del “médico” ancestral en comparación con los médicos occidentales?	
21.¿Qué opina sobre la atención del “médico” ancestral en el centro de salud?	
22.¿Para qué enfermedades acude la gente de la comunidad al “médico” ancestral del centro de salud?	
23.¿Cómo ha cambiado esta relación con la integración de un “médico” ancestral al centro de salud?	
24.¿Cuándo usted está enfermo qué es lo primero que hace?	
25.¿Para usted cuales son las causas principales para que una persona se enferme?	
26.¿Qué es para usted la medicina tradicional?	
27.¿Alguna vez ha utilizado la medicina tradicional para curarse usted o a un miembro de su familia?	
28.¿Para usted la medicina tradicional es efectiva, si/no, por qué?	
29.¿Hay enfermedades que no se curan con la medicina occidental, cuáles?	

#### 4. Guía de preguntas para miembros de los GAD parroquiales de Pedro Moncayo

Entrevista a: Miembros de los GAD parroquiales

Tema general: Medicina tradicional, percepciones de salud

Fecha:

Tema	Contenido
1. ¿Qué importancia tiene para el GAD el enfoque de salud intercultural?	
2. ¿Desde cuándo considera es un tema prioritario dentro del GAD?	
3. ¿Qué impulso al GAD a incluir el tema de salud intercultural?	
4. ¿Qué se busca lograr en el GAD con la interculturalidad en el tema de salud?	
5. ¿Qué instituciones se encuentran apoyando estos procesos en el Cantón?	
6. ¿Conoce procesos en América Latina y Ecuador que estén desarrollando estas políticas interculturales?	
7. ¿Cuál es su visión sobre el Ecuador en el desarrollo de la salud intercultural?	
8. ¿Cuáles son los cambios significativos que usted ve se han dado en la Nueva Constitución frente al sistema de salud ecuatoriano?	
9. ¿Cree usted que los médicos ecuatorianos aceptarán prácticas tradicionales de salud como oficiales?	
10. ¿Conoce sobre las Políticas Interculturales de Salud del ministerio, que piensa sobre esto?	
11. ¿Qué piensa se debe hacer a nivel cantonal sobre la salud intercultural?	
12. ¿Cree usted que es posible combinar la medicina tradicional con la medicina occidental? ¿en qué casos?	
13. ¿Referiría usted a un paciente a un “médico” ancestral? ¿en qué casos?	
14. ¿Considera que los saberes de la medicina tradicional son válidos?	
15. ¿Qué limitaciones o problemas ve usted en la medicina tradicional?	

16.¿Cómo califica la atención del “médico” ancestral en comparación con los médicos occidentales?	
17.¿Qué opina sobre la atención del “médico” ancestral en el centro de salud?	
18.¿Para qué enfermedades acude la gente de la comunidad al “médico” ancestral del centro de salud?	
19.¿Cuándo usted está enfermo qué es lo primero que hace?	
20.¿Para usted cuales son las causas principales para que una persona se enferme?	
21.¿Qué es para usted la medicina tradicional?	
22.¿Alguna vez ha utilizado la medicina tradicional para curarse usted o a un miembro de su familia?	
23.¿Para usted la medicina tradicional es efectiva, si/no, por qué?	
24.¿Hay enfermedades que no se curan con la medicina occidental, cuáles?	

**Formato funcionarios de los GAD parroquiales de Pedro Moncayo aplicados al siguiente personal**

<b>Nombre del Participante</b>	<b>Institución</b>
Carlos Rafael Marroquín	Gad La Esperanza
Rolando Pulamarín	Gad Tupigachi
Juan Pujota	Gad La Esperanza

## 5. Guía de preguntas para funcionarios y personal del MSP en Pedro Moncayo

Entrevista a: Personal del MSP  
 Tema general: Medicina tradicional, percepciones de salud  
 Fecha: junio del 2014 al 2015

Tema
1. ¿Qué importancia tiene para el Centro de Salud el enfoque de salud intercultural?
2. ¿Desde cuándo considera es un tema prioritario dentro del Centro de Salud?
3. ¿Qué impulso al centro a incluir el tema de salud intercultural?
4. ¿Qué instituciones se encuentran apoyando estos procesos en el Cantón?
5. ¿Cuáles son las políticas que desarrolla el Centro de Salud sobre la interculturalidad?
6. ¿Qué busca lograr el Centro de Salud con la interculturalidad en el tema de salud?
7. ¿Cuál es su visión sobre el desarrollo de la interculturalidad en salud a nivel mundial?
8. ¿Cuál es su visión sobre el Ecuador en el desarrollo de la salud intercultural?
9. ¿Qué instituciones se encuentran apoyando estos procesos en el Cantón?
10. ¿Conoce procesos en América Latina y Ecuador que estén desarrollando estas políticas interculturales?
11. ¿Cuál es su visión sobre el Ecuador en el desarrollo de la salud intercultural?
12. ¿Cuáles son los cambios significativos que usted ve se han dado en la Nueva Constitución frente al sistema de salud ecuatoriano?
13. ¿Cómo se refleja la salud intercultural dentro de la nueva Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud del Ecuador?
14. ¿Cree usted que los médicos ecuatorianos aceptarán prácticas tradicionales de salud como oficiales?
15. ¿Cómo entiende la interculturalidad?
16. ¿Conoce sobre las Políticas Interculturales de Salud del ministerio, que piensa sobre esto?
17. ¿Conoce sobre el Concejo Cantonal de Salud y su interés sobre la salud intercultural?
18. ¿Qué piensa se debe hacer a nivel cantonal sobre la salud intercultural?
19. ¿Cree usted que es posible combinar la medicina tradicional con la medicina occidental, en qué casos?
20. ¿Referiría usted a un paciente a un “médico” ancestral, en qué casos?
21. ¿Considera que los saberes de la medicina tradicional son válidos?

22. ¿Qué limitaciones o problemas ve usted en la medicina tradicional?
23. ¿Qué opina sobre la atención del “médico” ancestral en el centro de salud?
24. ¿Cómo califica la atención del “médico” ancestral en comparación con los médicos occidentales?
25. ¿Para qué enfermedades acude la gente de la comunidad al “médico” ancestral del centro de salud?
26. ¿Cómo es la relación entre el centro de salud y los “médicos ancestrales”?
27. ¿Cuándo usted está enfermo qué es lo primero que hace?
28. ¿Para usted cuales son las causas principales para que una persona se enferme?
29. ¿Qué es para usted la medicina tradicional?
30. ¿Alguna vez ha utilizado la medicina tradicional para curarse usted o a un miembro de su familia?
31. ¿Para usted la medicina tradicional es efectiva, si/no, por qué?
32. ¿Hay enfermedades que no se curan con la medicina occidental, cuáles?

**Formato de entrevistas para funcionarios y personal del Ministerio de Salud Pública aplicado al siguiente personal.**

Nombre del Participante	Institución
Enrique Cachiguango	Ministerio de Salud Pública
Alex Viteri	Médico La Esperanza
William Coyago	Médico Tocachi
Andrea Herrera	Odontólogo Tocachi
Bety Almeida	Odontólogo Malchinguí
Edison Chiluisa	Enfermera La Esperanza
Katalina Carpio	Enfermera Tocachi
Nancy Pullas	Enfermera Malchinguí
Pamela Coral	Médico Tocachi
Susana Caiza	Enfermera Tocachi
Tatiana Vallejo	Médico Malchinguí
Veronica Lincango	Enfermera Malchinguí

## 6. Guía de preguntas para yachak del cantón Pedro Moncayo

Entrevista: Al yachak  
 Tema general: Medicina tradicional, percepciones de salud  
 Fecha: 9 de junio del 2014

Tema
¿Cuándo le preguntan por su profesión, cómo se considera usted (“médico” ancestral, médico, alternativo, curandero)?
¿Cuál es la comunidad de donde es su familia, en que parroquia nació?
¿De quién aprendió este arte de curar?
¿Hasta qué persona de su familia recuerda que sabía curar?
¿Cuáles son las enfermedades más comunes para las que le visita la gente?
¿Cuáles son las enfermedades más difíciles que se le han presentado?
¿Para qué enfermedades acuden las mujeres?
¿Para qué enfermedades acuden los hombres?
¿Para cuales enfermedades acuden los niños?
¿Cómo se curan estas enfermedades? ¿Cuáles son sus tratamientos?
¿Cómo hace los diagnósticos, qué tipo de diagnóstico utiliza?
¿Cuáles son las causas de estas enfermedades, qué las produce?
Cuando hay enfermedades que usted piensa no puede curar ¿a quién las refiere?
¿Usted utiliza prácticas de la medicina occidental en su trabajo (medicamentos, utensilios, como fonendoscopio, exámenes de laboratorio, etc.)?
¿Alguna vez ya ha trabajado dentro de un centro de salud o en el Ministerio de Salud?
¿Cómo era su experiencia como “médico” ancestral antes de entrar al servicio de salud?
¿Dónde atendía a sus pacientes?
¿Cómo ve usted la integración de la medicina tradicional en el centro de salud?
¿Cómo esto ha afectado a las comunidades de Pedro Moncayo?
¿Qué acogida ha tenido la gente, a que número de pacientes considera ha atendido?
¿Atiende solo aquí o en otras partes del cantón?
¿Piensa que se puede mezclar la medicina occidental y la medicina tradicional?
¿Los médicos, enfermeras y demás personas del centro de salud le tratan con respeto, aceptan sus prácticas?

### Formato de entrevista para yachak aplicado al siguiente personal

Nombre del Participante	Institución
-------------------------	-------------

Ángel Cacuango	Curandero Tabacundo
Leonardo Arias	Curandero Tumbaco
Doña Esperanza	Curandera Rosario, La Esperanza
Petrona	Curandera Cananvalle, Tabacundo
Enrique Cachiguango	Natabuela, Antonio Ante
Santos Pila	Curandero, Tabacundo
Rosita Cabascango	Fregadora, El Rosario, La Esperanza

## 7. Guía de preguntas para jóvenes del cantón Pedro Moncayo

Entrevista a: Jóvenes de Tabacundo  
 Tema general: Medicina tradicional, percepciones de Salud  
 Fecha: martes 13 de junio del 2014

<b>Tema</b>	
1.	¿Conoce usted sobre conocimientos ancestrales? Explíquenos
2.	¿Qué es para usted la medicina tradicional?
3.	¿Alguna vez ha utilizado la medicina tradicional para curarse usted o a un miembro de su familia?
4.	¿Para usted la medicina tradicional es efectiva, si/no, por qué?
5.	¿Hay enfermedades que no se curan con la medicina occidental, cuáles?
6.	¿Qué opina sobre la atención del “médico” ancestral en un centro de salud?
7.	¿Cómo califica la atención del “médico” ancestral en comparación con los médicos occidentales?
8.	¿Para qué enfermedades acude la gente de la comunidad al “médico” ancestral del centro de salud?
9.	¿Cuándo usted está enfermo qué es lo primero que hace?
10.	¿Para usted cuales son las causas principales para que una persona se enferme?
11.	¿Cree usted que los médicos ecuatorianos aceptarán prácticas tradicionales de salud como oficiales?
12.	¿Cree usted que es posible combinar la medicina tradicional con la medicina occidental? ¿en qué casos?
13.	¿Cómo entiende la interculturalidad?

### Formato para jóvenes del cantón Pedro Moncayo aplicado al siguiente personal

Nombre del Participante	Institución
Andrés Morocho	Tabacundo
Beatriz Perugachi	Tupigachi
Emerson Moreno	La Esperanza
Hugo Maila	Tocachi
Juan Diego Sánchez	Malchinguí
Lizeth De la Cruz	Tocachi
Vinicio Morocho	La Esperanza

## 8. Guía para recabar información en los talleres de cartografía social

### *Calendario de nuestra comunidad*

Dibujemos que hacemos en los diferentes meses del año en nuestra comunidad

Dibujemos las épocas de invierno y verano, de siembra y cosecha

Dibujemos las fiestas más importantes de nuestra comunidad

Dibujemos cómo son estas fiestas, cómo se preparan, quiénes las organizan, que sucede en cada una de estas fiestas, qué se come, cómo se baila.

Dibujemos qué relación tiene la fiesta con la salud

Dibujemos como es nuestra relación con la naturaleza, que pensamos de ella, que aprendemos, que nos gusta y que no nos gusta.

### *Mapa practicas curativas*

Ubiquemos en el mapa los lugares de interés relacionados con nuestra salud y nuestras enfermedades

Recordemos y dibujemos en el mapa que enfermedades había antes.

Ubiquemos en el mapa quienes eran los curanderos más reconocidos

Dibujemos que se hacían los mayores para curar estas enfermedades.

Dibujemos las enfermedades que consideramos frías y que consideramos calientes, así como las plantas que se utilizan para curarlas.

Dibujemos que enfermedades se curan en la casa y que plantas medicinales hay en las huertas o alrededores de las casas.

Conversemos y escribamos para que sirve cada una de estas plantas.

Ubiquemos en el mapa a las personas reconocidas en nuestra comunidad que curan estas enfermedades.

### *Mapa del presente sobre el nacimiento*

Ubiquemos en el mapa a las mujeres parteras de nuestra comunidad.

Dibujemos cuales son los cuidados que se tienen para una mujer que va a parir, como se prepara a las madres, como se prepara la familia, la casa.

Pintemos que secretos hay para el momento del parto, que plantas se utilizan.

Dibujemos que se hace con el ombligo y la placenta, que plantas se utiliza.

Recordemos y pintemos que enfermedades están relacionadas con el parto.

### *Mapa sobre la relación con la medicina occidental*

Dibujemos cuando estamos enfermos que es lo primero que hacemos, escribamos y dibujemos las enfermedades y como las curamos.

Dibujemos qué tipo de medicina utiliza cuando usted o su familia está enferma.

Dibujemos cuando llego el primer médico cercano a nuestra comunidad.

Dibujemos para qué enfermedades vamos a visitar al médico.

Dibujemos a qué médicos acudimos, donde se encuentran, subcentro de salud,

Tabacundo, Cayambe, Médico privado.

Dibujemos los problemas que identificamos con los médicos, subcentro y hospitales

Reflexionemos y dibujemos cómo nos sentimos cuando vamos al hospital.

Compartamos como nos sentimos cuando estamos enfermos y vamos al curandero.

Cuál es la diferencia del trato y tratamiento del médico y del curandero.

Escribamos como nos sentimos dando a luz en el médico, y como nos sentimos con la partera.

## 9. Formulario para la encuesta comunitaria incluida en el Censo Demográfico y de Salud 2009

CONSEJO CANTONAL DE SALUD  
CANTÓN PEDRO MONCAYO

## CENSO DEMOGRÁFICO Y DE SALUD

FUNDACIÓN CIMAS DEL  
ECUADOR

Nº Encuesta	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Formulario Nº	<input type="text"/>	De:	<input type="text"/>
Nº de Familia	<input type="text"/>		

### INFORMACIÓN GENERAL

#### 1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR FUNDACIÓN CIMAS DEL ECUADOR

Nº de la Vivienda	<input type="text"/>	URBANO				
	<input type="text"/>	RURAL				

#### 2. UBICACIÓN GEOGRÁFICA INEC

Provincia:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cantón:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Parroquia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Barrio / Comunidad:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### 3. SÓLO PARA SECTORES AMANZANADOS

Calle principal:	<input type="text"/>	Nº	<input type="text"/>
Calle transversal:	<input type="text"/>		

#### 4. DATOS DEL INFORMANTE Y DEL HOGAR

Nombre del Informante:	<input type="text"/>	Código Persona	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jefatura de hogar :	Padre:	<input type="text"/>	Madre:	<input type="text"/>	Otro:
Nº de miembros del hogar:	<input type="text"/>				

#### 5. RESULTADO DE SEGUIMIENTO DE LA ENTREVISTAS

Razón	Resultado de la Entrevista
1. Completa	<input type="text"/>
2. Rechazo	<input type="text"/>
3. Nadie en Casa	<input type="text"/>
4. Vivienda Desocupada	<input type="text"/>
5. Vivienda inhabitable / destruida	<input type="text"/>
6. Negocio	<input type="text"/>
7. Otra Razón	<input type="text"/>

#### 6. PERSONAL RESPONSABLE

Nombre:	Código
Encuestador:	<input type="text"/>
Supervisor:	<input type="text"/>
Digitador:	<input type="text"/>
Fecha: Año: <input type="text"/>	Mes: <input type="text"/>
	Día: <input type="text"/>

#### 7. OBSERVACIONES

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

<b>SECCIÓN I. VIVIENDA</b>	
<b>1. ¿Qué tipo de vivienda tiene el hogar?</b>	
Casa/villa.....1	/ <input type="checkbox"/>
Departamento.....2	/ <input type="checkbox"/>
Cuarto de Inquilino .....3	/ <input type="checkbox"/>
Mediagua .....4	/ <input type="checkbox"/>
Rancho/Choza/Covacha .....5	/ <input type="checkbox"/>
Otro, Cuál? _____	6 / <input type="checkbox"/>
<b>2. ¿Cuál es el material predominante de TECHO?</b>	
Hormigón/Loza/Cemento.....1	/ <input type="checkbox"/>
Asbesto/Eternit.....2	/ <input type="checkbox"/>
Zinc .....3	/ <input type="checkbox"/>
Teja .....4	/ <input type="checkbox"/>
Palma/Paja/Hoja .....5	/ <input type="checkbox"/>
Otro, Cuál? _____	6 / <input type="checkbox"/>
<b>3. ¿Cuál es el material predominante de las PAREDES?</b>	
Hormigón/Bloque/Ladrillo .....1	/ <input type="checkbox"/>
Adobe/Tapia .....2	/ <input type="checkbox"/>
Madera .....3	/ <input type="checkbox"/>
Bahareque(caña o carrizo revestido).....4	/ <input type="checkbox"/>
Caña sin revestir.....5	/ <input type="checkbox"/>
Otro, Cuál? _____	6 / <input type="checkbox"/>
<b>4. ¿Cuál es el material predominante del PISO?</b>	
Duela/Parquet .....1	/ <input type="checkbox"/>
Baldosa/vinyl .....2	/ <input type="checkbox"/>
Cemento/ladrillo .....3	/ <input type="checkbox"/>
Tabla, Tablón (no tratado) .....4	/ <input type="checkbox"/>
Caña .....5	/ <input type="checkbox"/>
Tierra .....6	/ <input type="checkbox"/>
<b>5. ¿La vivienda que ocupa este hogar es?</b>	
Propia y la está pagando .....1	/ <input type="checkbox"/>
Propia y totalmente pagada .....2	/ <input type="checkbox"/>
En arriendo ó anticresis.....3	/ <input type="checkbox"/>
Cedida o gratuita .....4	/ <input type="checkbox"/>
Recibida por servicios.....5	/ <input type="checkbox"/>
Otro, Cuál? _____	6 / <input type="checkbox"/>

Pase a preg. 7

<b>6. ¿Por esta vivienda los miembros de este hogar poseen?</b>	
Escritura o título de propiedad registrado.....1	/ <input type="checkbox"/>
Escritura en trámite.....2	/ <input type="checkbox"/>
Promesa de compra venta .....3	/ <input type="checkbox"/>
Posesión efectiva .....4	/ <input type="checkbox"/>
Otro documento, Cuál? _____	5 / <input type="checkbox"/>
<b>7. ¿Cuántas habitaciones, utiliza este hogar exclusivamente para dormir?</b>	
No. / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	
<b>8. ¿En qué sitio de la vivienda preparan los alimentos?</b>	
Cuarto dedicado solo para cocinar .....1	/ <input type="checkbox"/>
Cuarto utilizado también para dormir .....2	/ <input type="checkbox"/>
En la sala comedor .....3	/ <input type="checkbox"/>
En el patio/corredor .....4	/ <input type="checkbox"/>
No cocinan (pase a la pregunta nº 12) .....5	/ <input type="checkbox"/>
<b>9. ¿Con qué cocinan en el hogar?</b>	
<b>Marque todas las respuestas que le den</b>	
Electricidad .....1	/ <input type="checkbox"/>
Gas .....2	/ <input type="checkbox"/>
Leña/Carbón .....3	/ <input type="checkbox"/>
Otro, Cuál? _____	4 / <input type="checkbox"/>
<b>SECCIÓN II. AGUA</b>	
<b>10. ¿De dónde obtienen el agua que consume el hogar?</b>	
Red pública .....1	/ <input type="checkbox"/>
Otra fuente por tubería .....2	/ <input type="checkbox"/>
Pila o llave pública .....3	/ <input type="checkbox"/>
Carro repartidor.....4	/ <input type="checkbox"/>
Triciclo .....5	/ <input type="checkbox"/>
Pozo o vertiente .....6	/ <input type="checkbox"/>
Río o acequia .....7	/ <input type="checkbox"/>
Agua lluvia .....8	/ <input type="checkbox"/>
Otro, Cuál? _____	9 / <input type="checkbox"/>

<b>11. ¿En dónde está ubicado el suministro de agua?</b>	
Dentro de la vivienda .....1	/ <input type="checkbox"/>
Fuera de la vivienda pero en el lote/terreno.....2	/ <input type="checkbox"/>
Fuera de la vivienda, el lote y terreno .....3	/ <input type="checkbox"/>
<b>12. ¿En qué almacenan el agua que consumen?</b>	
Tanques con tapa .....1	/ <input type="checkbox"/>
Tanques sin tapa .....2	/ <input type="checkbox"/>
Cisterna .....3	/ <input type="checkbox"/>
Lavandería .....4	/ <input type="checkbox"/>
Otros, Cuál? _____	5 / <input type="checkbox"/>
Nada .....6	/ <input type="checkbox"/>
<b>13. ¿Qué tratamiento le dan al agua antes de beberla?</b>	
A hierven .....1	/ <input type="checkbox"/>
Le ponen cloro .....2	/ <input type="checkbox"/>
Nada, tal como la obtienen .....3	/ <input type="checkbox"/>
Otro, Cuál? _____	4 / <input type="checkbox"/>
<b>14. ¿Con qué tipo de servicio higiénico cuenta el hogar?</b>	
Excusado y alcantarillado.....1	/ <input type="checkbox"/>
Excusado y pozo séptico.....2	/ <input type="checkbox"/>
Excusado y pozo ciego.....3	/ <input type="checkbox"/>
Letrina .....4	/ <input type="checkbox"/>
No tiene .....5	/ <input type="checkbox"/>

pase a preg. 16

<b>15. ¿El servicio higiénico es?</b>	
De uso exclusivo del hogar.....1	/ <input type="checkbox"/>
De uso común .....2	/ <input type="checkbox"/>
<b>16. ¿Cómo eliminan la mayor parte de la basura?</b>	
<b>Marque todas las respuestas que le den</b>	
Por el carro recolector .....1	/ <input type="checkbox"/>
La entierran .....2	/ <input type="checkbox"/>
La queman .....3	/ <input type="checkbox"/>
La tiran en el terreno .....4	/ <input type="checkbox"/>
La Reciclan .....5	/ <input type="checkbox"/>
Otro documento, Cuál? _____	6 / <input type="checkbox"/>
<b>17. ¿Tiene energía eléctrica en su vivienda?</b>	
SI.....1	/ <input type="checkbox"/>
NO.....2	/ <input type="checkbox"/>

**18. ¿Tiene los siguientes medios de comunicación en su vivienda?**  
**Marque todas las respuestas que le den**  
 Radio .....1 /  /   
 Televisión .....2 /  /   
 Teléfono fijo .....3 /  /   
 Teléfono celular .....4 /  /   
 Ninguno.....5 /  /

---

**SECCIÓN III. MORTALIDAD GENERAL.**

**19. ¿En los últimos 10 años, es decir desde 1998, falleció algún miembro de este hogar?**

SI.....1 /  /  llene el siguiente cuadro

NO.....2 /  /  siga a la pregunta 20

Código de Persona	PERSONA FALLECIDA				AÑO DE FALLECIMIENTO	SEXO	EDAD	
	Registre los nombres completos de las personas fallecidas.						¿En qué año falleció (...)?	Hombre...1 Mujer .....2
	Apellidos		Nombre		Para menores de 5 años, registre años y meses			
	Paterno	Materno	Primero	Segundo	Años	Meses		
01								
02								
03								
04								
05								

**SECCIÓN IV. IDENTIFICACIÓN DE MEDICOS, ENFERMEDADES Y PRÁCTICAS ANSESTRALES**

**20. Conoce o sabe de alguna persona que cura de forma diferente a la del Centro de salud, hospital o doctores tales como:**

Nº	Denominaciones	¿Cuál es el nombre o pseudónimo?	¿En dónde atiende esta persona?			
			Provincia	Catón	Parroquia	Comunidad
1	Brujo					
2	Curandero					
3	Shamán					
4	Yacha					
5	Yerberero					
6	Otro, cuál?					
7	No conoce	Pase a pregunta 23				

**21. Las enfermedades que se curan sin acudir al médico son:**  
**Marque todas las respuestas que le den**

Mal de ojo.....1 /  /       Mal Aire.....2 /  /   
 Espanto.....3 /  /       Brujería.....4 /  /   
 Magia Negra.....5 /  /       No sabe.....6 /  /   
 Otro, cuál?.....7 /  /

**22. ¿Cuál es la razón por la que acuden a estas personas y no al centro de salud?**

Porque esas enfermedades no curan los médicos.....1 /  /   
 Por la creencia de las personas.....2 /  /   
 Por falta de dinero.....3 /  /   
 Porque el centro de salud o médicos están muy lejos o no atienden pronto .....4 /  /   
 Porque en el centro de salud o los médicos el trato es irrespetuoso.....5 /  /   
 Otro, cuál? .....6 /  /   
 No sabe.....7 /  /

**23. Existen enfermedades que se curan en casa como:**

Nº	Enfermedades	Qué planta y productos utiliza	¿Cómo los consigue?		
			casa	Vecinos	compra
1	Dolor de cabeza				
2	Dolor de barriga				
3	Dolores musculares				
4	Gripe				
5	Fiebre				
6	Heridas				
7	Hemorragia				
8	Neumonía				
9	Infecciones urinarias				
10	Cólicos menstruales				
11	Otros, cuál?				
12	No sabe	pase a pregunta 25			
13	Ninguna				

**24. Las personas en casa que ayudan con estas curaciones son:  
Marque todas las respuestas que le den**

Abuelo/a.....1 /\_\_\_/      Padre.....2 /\_\_\_/  
 Madre.....3 /\_\_\_/      Parientes.....4 /\_\_\_/  
 Vecinos.....5 /\_\_\_/      Otros, cuál?.....6 /\_\_\_/

**25. ¿Conoce a parteras o comadronas que atiendan los partos por esta zona?**  
 SI.....1 /\_\_\_/ llene el cuadro siguiente  
 NO.....2 /\_\_\_/ pase a pregunta 26

Nº	¿Cuál es el nombre o pseudónimo?	¿En qué forma atiende los partos esta persona?			
		hincada	parada	acostada	cuncillillas
1					
2					
3					

**26. Considera que estos conocimientos sobre medicina tradicional y partos son:**

Muy importantes.....1 /\_\_\_/      Importantes.....2 /\_\_\_/  
 Poco importantes.....3 /\_\_\_/      Sin importancia.....4 /\_\_\_/

**¿Por qué?**

---

**27. ¿Considera importante incorporar una persona que sepa de medicina tradicional en los centros de salud a los cuales acude?**  
 SI.....1 /\_\_\_/  
 NO.....2 /\_\_\_/

**28. ¿Cuánto tiempo le toma llegar al centro o subcentro de salud más cercano, o donde usted acude normalmente?**

Horas      Minutos

Tiempo.....   :

**29. ¿Cómo es la atención que recibe en el Centro de Salud de Tabacundo, en las siguientes áreas?**

Área de atención	Muy buena	Buena	Mala	Muy mala	NS NR
Calidad de Personal Médico					
Existencia de medicamentos de entrega gratuita					
Calidad de atención de personal administrativo					
Tiempo de espera antes ser atendidos					
Estado y Calidad de las instalaciones del centro					

**30. ¿Cómo es la atención que recibe en el Sub-centro de Salud de su parroquia, en las siguientes áreas?**

Área de atención	Muy buena	Buena	Mala	Muy mala	NS NR
Calidad de Personal Médico					
Existencia de medicamentos de entrega gratuita					
Calidad de atención de personal administrativo					
Tiempo de espera antes ser atendidos					
Estado y Calidad de las instalaciones del centro					

**31. ¿Existen animales que convivan en los mismos espacios de la vivienda, dormitorios, cocina? (especialmente gallinas, cuyes, conejos, etc.)**

SI.....1 /\_\_\_/  
 NO.....2 /\_\_\_/

**SECCIÓN V. PRODUCCIÓN ANIMAL Y AGRÍCOLA**

**32. ¿Usted o alguno de los miembros del hogar cría animales?**

Especie	Nº	Cuantos	
		Venta	Consumo
Cuyes			
Conejos			
Gallinas			
Vacas			
Chachos			
Ovejas			
Caballos			
Otro, cuál? _____			
Ninguno			

**33. ¿En su propiedad cuenta con sistema de riego?**

Si .....1 / \_\_\_/

No .....2 / \_\_\_/

**34. ¿Cuál de estos productos siembra en su terreno?**

Producto	plaguicidas			Uso de abono		Destino %	
	Si	No	¿Cuál?	natural	químico	Venta	Consumo
Papas							
Maíz							
Fréjol							
Trigo							
Cebada							
hortalizas							
Quinua							
Choclo							
Arveja							
Otro, cual? _____							
Ninguno	pase a pregunta 36						

**35. ¿Qué protección utiliza cuando aplica químicos al terreno?**  
**Marque todas las respuestas que le den**

Mascarilla .....1 / \_\_\_/

Guantes .....2 / \_\_\_/

Gorro .....3 / \_\_\_/

Overol .....4 / \_\_\_/

Otro, Cuál? \_\_\_\_\_ 5 / \_\_\_/

Ninguna .....6 / \_\_\_/

No utiliza químicos .....7 / \_\_\_/

**36. ¿Ha forestado sus propiedades?**

SI.....1 / \_\_\_/

NO.....2 / \_\_\_/

10. Formulario para la encuesta comunitaria incluida en Censo Integral Local Comunitario 2017



MANCOMUNIDAD DE GOBIERNOS  
PARROQUIALES DEL NORTE



**CENSO INTEGRAL LOCAL COMUNITARIO**

**INFORMACIÓN GENERAL**

Nº Encuesta       
Formulario Nº  De:

**1. IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR**

Nº de la Vivienda	<input type="text"/>	AMANZANADO										
	<input type="text"/>	DISPERSO										

**2. UBICACIÓN GEOGRÁFICA INEC**

Parroquia	<input type="text"/>
Barrio / Comunidad:	<input type="text"/>

**3. SÓLO PARA SECTORES AMANZANADOS**

Calle principal:	<input type="text"/>	Nº	<input type="text"/>
Calle transversal:	<input type="text"/>		

**4. DATOS DEL INFORMANTE Y DEL HOGAR**

Nombre del Informante:	<input type="text"/>	Código Persona	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jefatura de hogar :	Padre:	<input type="text"/>	Madre:	<input type="text"/>
	Otro:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nº de miembros del hogar:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**5. RESULTADO DE SEGUIMIENTO DE LA ENTREVISTAS**

Razón	Resultado de la Entrevista
1. Completa	<input type="text"/>
2. Rechazo	<input type="text"/>
3. Nadie en Casa	<input type="text"/>
4. Vivienda Desocupada	<input type="text"/>
5. Vivienda inhabitable / destruida	<input type="text"/>
6. Negocio	<input type="text"/>
7. Otra Razón	<input type="text"/>

**6. PERSONAL RESPONSABLE**

Nombre:		Código
Encuestador:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Supervisor:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Digitador:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha: Año:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mes:	<input type="text"/>	Día: <input type="text"/>

**7. OBSERVACIONES**

<input type="text"/>

<b>SECCIÓN I. VIVIENDA</b>	
<b>1. ¿Qué tipo de vivienda tiene el hogar?</b>	
Casa/villa.....	1 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Departamento.....	2 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Cuarto de Inquilino.....	3 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Mediagua.....	4 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Chozas/ Rancho.....	5 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Otro, Cuál?.....	6 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
<b>2. ¿Cuál es el material predominante de TECHO?</b>	
Hormigón/Loza/Cemento.....	1 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Asbesto/Eternit.....	2 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Zinc.....	3 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Teja.....	4 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Palma/Paja/Hoja.....	5 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Otro, Cuál?.....	6 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
<b>3. ¿Cuál es el material predominante de las PAREDES?</b>	
Hormigón/Bloque/Ladrillo.....	1 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Adobe/Tapia.....	2 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Madera.....	3 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Bahareque(caña o carrizo revestido).....	4 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Caña sin revestir.....	5 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Otro, Cuál?.....	6 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
<b>4. ¿Cuál es el material predominante del PISO?</b>	
Duela/Parquet.....	1 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Baldosa/vinyl.....	2 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Cemento/ladrillo.....	3 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Tabla, Tablón (no tratado).....	4 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Caña.....	5 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Tierra.....	6 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
<b>5. ¿La vivienda que ocupa este hogar es?</b>	
Propia y la está pagando.....	1 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Propia y totalmente pagada.....	2 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
En arriendo ó anticresis.....	3 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Cedida o gratuita.....	4 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Recibida por servicios.....	5 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Otro, Cuál?.....	6 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>

Pase a  
preg. 7

<b>6. ¿Por esta vivienda los miembros de este hogar poseen?</b>	
Escritura o título de propiedad registrado.....	1 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Escritura en trámite.....	2 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Promesa de compra venta.....	3 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Posesión efectiva.....	4 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Otro documento, Cuál?.....	5 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
<b>7. ¿Cuántas habitaciones, utiliza este hogar exclusivamente para dormir?</b>	
No. / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	
<b>8. ¿En qué sitio de la vivienda preparan los alimentos?</b>	
Cuarto dedicado solo para cocinar.....	1 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Cuarto utilizado también para dormir.....	2 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
En la sala comedor.....	3 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
En el patio/corredor.....	4 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
No cocinan (pase a la pregunta nº 12).....	5 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
<b>9. ¿Con qué cocinan en el hogar?</b>	
<b>Marque todas las respuestas que le den</b>	
Electricidad.....	1 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Gas.....	2 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Leña/Carbón.....	3 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Otro, Cuál?.....	4 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
<b>SECCIÓN II. AGUA</b>	
<b>10. ¿De dónde obtienen el agua que consume el hogar?</b>	
Red pública.....	1 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Otra fuente por tubería.....	2 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Pila o llave pública.....	3 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Carro repartidor.....	4 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Triciclo.....	5 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Pozo o vertiente.....	6 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Río o acequia.....	7 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Agua lluvia.....	8 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Otro, Cuál?.....	9 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>

<b>11. ¿En dónde está ubicado el suministro de agua?</b>	
Dentro de la vivienda.....	1 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Fuera de la vivienda pero en el lote/terreno.....	2 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Fuera de la vivienda, el lote y terreno.....	3 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
<b>12. ¿En qué almacenan el agua que consumen?</b>	
Tanques con tapa.....	1 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Tanques sin tapa.....	2 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Cisterna.....	3 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Lavandería.....	4 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Otros, Cuál?.....	5 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Nada.....	6 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
<b>13. ¿Qué tratamiento le dan al agua antes de beberla?</b>	
A hierven.....	1 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Le ponen cloro.....	2 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Nada, tal como la obtienen.....	3 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Otro, Cuál?.....	4 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
<b>14. ¿Con qué tipo de servicio higiénico cuenta el hogar?</b>	
Excusado y alcantarillado.....	1 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Excusado y pozo séptico.....	2 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Excusado y pozo ciego.....	3 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Letrina.....	4 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
No tiene.....	5 / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>

pase a preg. 16

**15. ¿El servicio higiénico es?**  
De uso exclusivo del hogar.....1 /  /   
De uso común.....2 /  /

**16. ¿Cómo eliminan la mayor parte de la basura?**  
**Marque todas las respuestas que le den**  
Por el carro recolector.....1 /  /   
La entierran.....2 /  /   
La queman.....3 /  /   
La tiran en el terreno.....4 /  /   
La Reciclan.....5 /  /   
Otro documento, Cuál?.....6 /  /

**17. ¿Tiene energía eléctrica en su vivienda?**  
SI.....1 /  /   
NO.....2 /  /

**18. ¿Dispone de los siguientes electrodomésticos y servicios en su vivienda? Marque todas las respuestas que le den**

Radio .....1 /  /

Televisión .....2 /  /

Refrigerador .....3 /  /

Teléfono fijo .....4 /  /

Teléfono celular .....5 /  /

Internet .....6 /  /

TV Satelital.....7 /  /

**SECCIÓN III. MORTALIDAD GENERAL.**

**19. ¿En los últimos 5 años, es decir desde 2011, falleció algún miembro de este hogar?**

SI.....1 /  /  **llene el siguiente cuadro**

NO.....2 /  /   **siga a la pregunta 20**

Código de Persona	PERSONA FALLECIDA				AÑO ¿En qué año falleció (...)?	SEXO Hombre...1 Mujer...2	EDAD		CAUSA ¿Cuál fue la causa de deceso de (...)?
	Nombres		Apellidos				¿Qué edad tenía (...) cuando falleció? <small>Para menores de 5 años registre años y meses</small>	Años	
	Primero	Segundo	Paterno	Materno					
	01								
02									
03									
04									
05									

**SECCIÓN IV. IDENTIFICACIÓN DE AGENTES, ENFERMEDADES Y PRÁCTICAS ANSESTRALES**

**20. Conoce o sabe de alguna persona que cura con medicina tradicional - ancestral:**

Nº	Denominaciones	¿Cuál es el nombre o pseudónimo?	¿En dónde atiende esta persona?			
			Provincia	Catón	Parroquia	Comunidad
1	Curandero					
2	Shamán					
3	Yacha					
4	Yerbatero					
5	Partera					
6	Brujo					
7	Otro, cuál?					
8	No conoce	<b>Pase a pregunta 23</b>				

**21. ¿Cuál es la razón por la que acuden a estas personas y no al centro de salud?**

Porque esas enfermedades no curan los médicos.....1 /

Por la creencia de las personas.....2 /

Por falta de dinero.....3 /

Porque el centro de salud o médicos están muy lejos o no atienden pronto .....4 /

Porque en el centro de salud, call center ó los médicos el trato es irrespetuoso.....5 /

Otro, cuál? .....6 /

No sabe.....7 /

**22. Las enfermedades que se curan con medicina tradicional son:**

**No lea las opciones. Sola marque todas las respuestas que le den**

Mal de ojo.....1 /       Mal Aire.....2 /

Espanto.....3 /       Brujería.....4 /

Magia Negra.....5 /       No sabe.....6 /

Otro, cuál? .....7 /

**23. ¿Cómo es la atención que recibe en el Sub-centro de Salud de su parroquia, en las siguientes áreas?**

Área de atención	Muy buena	Buena	Mala	Muy mala	NS NR
Call Center/turnos por teléfono					
Calidad de Personal Médico					
Existencia de medicamentos de entrega gratuita					
Calidad de atención de personal administrativo					
Tiempo de espera antes ser atendidos					
Estado y Calidad de las instalaciones del centro					

SECCIÓN V. AGRICULTURA – CULTIVOS.														
UPA	CULTIVOS POR CICLO	PROPIEDAD DEL LOTE O TERRENO	SUPERFICIE LOTE O TERRENO		CULTIVO O PRODUCTO	PRODUCCION y VENTA		MANO DE OBRA		CULTIVOS ASOCIADOS	FERTILIZANTES O ABONOS UTILIZADOS			
	¿En cuántos lotes o terrenos cultiva?  Poner una marca por cada lote, sino cultiva pase a 22	Propio.....1 Cedido.....2 Arrendado.....3 Al partir.....4	En lo posible en hectáreas, metros o cuadras.  Cant. Unid.		¿Cuál es el principal Cultivo en el lote o terreno? (.....)  Incluir lotes destinados a bosques	¿Qué porcentaje de su producción destino a?  Si nada de la producción fue vendida pase a la prez 9	¿Qué porcentaje de su producción destino a?  Si nada de la producción fue vendida pase a la prez 9	Valor venta (Venta total en dólares por ciclo)	Trabajo Familiar (cantidad de jornales)  Calcular multiplicando el N° de personas por el N° de días de trabajo en un mismo ciclo	Trabajo contratado (cantidad de jornales)	Siembra con otros productos el (...), cuantos productos más?  Si no siembra con otros productos registre 00	¿Qué tipo de abono utiliza?  Coy/conejo..1 Vaca.....2 Gallinaza.....3 Compost.....4 Humus.....5 Otros.....6 Ninguno.....7	¿Qué fertilizantes químicos utiliza?  18-46-10....1 10-30-10....2 Urea.....3 Muriato....4 Sulpomag..5 Otro.....6 Ninguno....7	
N°	1	2	3		4	5		6	7	8	9	10	11	12
1								Venta						
								Consumo						
								Semilla						
2								Venta						
								Consumo						
								Semilla						
3								Venta						
								Consumo						
								Semilla						
4								Venta						
								Consumo						
								Semilla						
5								Venta						
								Consumo						
								Semilla						

SECCIÓN V. AGRICULTURA - CULTIVOS.										
UPA	FUMIGACIONES		PERMISO PESTICIDAS	RIEGO	SISTEMA DE RIEGO	ALMACENAJE DE AGUA	ASISTENCIA TECNICA	CREDITO	NUEVO CANAL	RIESGOS EN CULTIVOS
	Cuántas veces fumigó la plantación con plaguicidas o pesticidas naturales o químicos durante el ciclo de cultivo	¿Cuenta con un permiso para adquirir los pesticidas? Sí ..... 1 No.....2 No se necesita.....3	El lote o terreno tiene riego de: Canal.....1 Entubado.....2 Vertientes.....3 Pozos/bombeo..4 Solo lluvia.....6  Si responde opción 6 pase a pregunta 18	Como riega su lote o terreno: Gravedad.....1 Goteo.....2 Aspersión.....3 Manual.....4	Cuál es el sistema de almacenamiento de agua para riego del lote o terreno  Tanque.....1 Reservorio.....2 Piscina/pozo.....3 Ninguno.....4	Recibe asistencia técnica o capacitación para sus cultivos de: (puede marcar más de una)  Universidad.....1 MAGAP.....2 ONGs.....3 Empresas que venden insumos agrícolas.....4 Otros, cuál?.....5 Ninguna.....6	Recibe crédito para sus cultivos de :  Bco. de Fomento....1 Bco. privado.....2 CFN.....3 ONGs.....3 Chulco .....4 Cooperativas.....5 Cajas comunitarias.6 Familiares .....7 Otros financistas...8 Ninguno.....9	Si el nuevo canal va a regar su tierra. ¿Qué sembraría?  Frutas.....1 Legumbres.....2 Hortalizas.....3 Granos .....4 cereales.....5 Tubérculos.....6 Flores.....7 Otros.....8 No regará su lote.....9 No pasará por su lote.....10	Cuál es el mayor riesgo para los cultivos:  Sequía .....1 Helada .....2 Plagas .....3 No hay demanda..4	
Nº	13		14	15	16	17	18	19	20	21
1										
2										
3										
4										
5										

SECCIÓN 3. ACTIVIDAD PECUARIA POR AÑO														
Nº	TIPO ANIMAL	ANIMALES EN LA VIVIENDA	INVENTARIO TOTAL ANIMALES	VENTA ANIMALES	VALOR DE VENTA	AUTO CONSUMO ANIMALES	PRODUCTOS DERIVADOS			USO PRODUCTOS DERIVADOS		VALOR PRODUCTOS DERIVADOS		
							Prod 1	Prod 2	Prod 3	Venta	Consumo	Prod 1	Prod 2	Prod 3
	El hogar posee o cría animales para la venta o consumo de carne o derivados  Si ..... 1 No.....2  Si no posee animales, marcar todo código 2 y pase a sección de miembros de hogar	¿Algunos de estos animales viven en la misma espacios de vivienda, dormitorios, cocina, etc.?  Si ..... 1 No.....2	Número de animales que posee actualmente	Número de animales vendidos durante los últimos doce meses	Venta total en dólares por animales vendidos durante los últimos doce meses	Número de animales consumidos durante los últimos doce meses (carne de res, pollo, cerdo, cuyes, etc.)	Qué productos derivados obtiene de la crianza de animales Leche.....1 Queso.....2 Huevos.....3 Mantequilla...4 Lana.....6 Otros.....7 Ninguno.....8			Como destinó su producción, en %		Valor venta  (Venta total en dólares durante los últimos doce meses)		
							Prod 1	Prod 2	Prod 3	Venta	Consumo	Prod 1	Prod 2	Prod 3
	22	23	24	25	26	27	28			29		30		
1	Pollos/gallinas													
2	Pavos													
3	Patos													
4	Cerdos/Chanchos													
5	Vacas													
6	Toros													
7	Chivos													
8	Peces													
9	Cuyes													
10	Conejos													
11	Ovejas													
12	Lamas, llamingos y alpacas													
13	Otros													

1-Codigo de persona	SECCIÓN I. REGISTRO Y DATOS PARA TODO LOS MIEMBROS DEL HOGAR					PARA PERSONAS DE 5 AÑOS Y MÁS		TODOS	
	CÉDULA		SEXO	PARENTESCO	ESTADO CIVIL	GRUPO ETNICO AL QUE PERTENECE	ESTUDIOS	NIVEL DE INSTRUCCIÓN	DISCAPACIDADES
	¿Cuál es el número de cédula de (...)? Dio el Nº.....1 No lo recuerda.....2 Se negó a dar Nº.....3 No ha sacado la cédula.....4		Hombre...1 Mujer.....2	¿Qué relación de parentesco tiene (...) con el jefe del hogar? Jefe.....1 Cónyuge.....2 Hijo/a.....3 Yerno o nuera.....4 Nieto/a.....5 Padres/suegros.....6 Otros parientes.....7 Empleado/a doméstica/o.....8 Otro no pariente...9	¿Cuál es el estado civil o conyugal actual de (...)? Casado/a.....1 Separado/a.....2 Divorciado/a.....3 Viudo/a.....4 Unión libre.....5 Soltero/a.....6	¿Cómo se autoidentifica según su cultura y costumbres (...)? Indígena.....1 Mestizo/a.....2 Afro ecuatoriano.....3 Mulato/a.....4 Blanco/a.....5 Otro, cuál?.....6	¿Asiste actualmente a algún establecimiento de enseñanza? Sí.....1 No por edad.....2 No, terminó sus estudios.....3 No, por falta de recursos.....4 No, por fracaso escolar.....5 No, enfermedad o discapacidad.....6 No, ayuda en quehaceres.....7 No hay establecimientos/cupos.....8 No, porque no le interesa.....9 No, por embarazo.....10 Otro, cual(especifique).....11	¿Cuál es nivel y año de instrucción más alto que aprobó (...)? Ninguno.....1 Centro de alfabetización.....2 Jardín de infantes.....3 Primaria.....4 Secundaria.....5 Educación Básica.....6 Bachillerato.....7 Superior no universitaria.....8 Superior universitaria.....9 Post grado.....10	(...) tiene alguna discapacidad permanente tal como: Ceguera.....1 Sordera.....2 Parálisis.....3 Amputaciones.....4 Sordo mudo.....5 Retardo mental.....6 Locura.....7 Otro, cuál?.....8 Ninguna.....9
	COD	Número de cédula			Para personas de 12 años y más	COD Pueblo		NIVEL AÑO APROBADO	
2		3	4	5	6	7	8	9	
01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									
10									
11									
12									

Codigo de persona	SECCIÓN II. MIGRACIÓN. TODOS						SECCIÓN III. CARACTERÍSTICAS OCUPACIONALES. PERSONAS DE 5 AÑOS Y MÁS							
	MIGRACIÓN						SITUACIÓN LABORAL		INACTIVOS		RAMA DE ACTIVIDAD DE LA OCUPACION PRINCIPAL		GRUPO DE OCUPACIÓN	
	¿(...) siempre vivió en este lugar? SI.....1 pase preg.12 NO....2		¿Dónde vivió (...) antes de venir a esta ciudad? En otro lugar del país.....1 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Registre provincia, cantón y parroquia</span> En otro país.....2 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Registre el PAÍS en la columna Provincia</span>				¿Cuál fue la principal actividad de (...) la semana pasada? Trabajó al menos una hora.....1 Buscó trabajo.....2		¿(...) No trabajó la semana pasada por qué es? Rentista.....1 Jubilado o pensionado.....2 Estudiante.....3 Ama de casa.....4 Incapacitado.....5 Otro, cuál?.....6		¿A qué se dedica principalmente la empresa o negocio donde (...) trabaja? <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Si la empresa realiza diferente actividades, describa la principal actividad que realiza. Procure describir claramente estas actividades</span>		¿En relación a esta ocupación, que trabajo realiza (...)? <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Anote la tarea principal que realiza el informante dentro de la empresa o negocio en el que trabaja.</span>	
	COD	Nº años	COD	PROVINCIA/ PAÍS	CATÓN	PARROQUIA	Pase a pregunta <b>14</b>		Pase a pregunta <b>19</b>		COD	COD		
10		11				12		13		14		15		
01														
02														
03														
04														
05														
06														
07														
08														
09														
10														
11														
12														

Codigo de persona	SECCIÓN III EMPLEO PERSONAS DE 5 AÑOS Y MÁS			SECCIÓN IV. ATENCIÓN MÉDICA Y SALUD, PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR								
	CATEGORÍA DE OCUPACIÓN	LUGAR DE TRABAJO	HORAS DE TRABAJO	SEGURO		PRESENCIA DE ENFERMEDAD	TIPO DE ENFERMEDAD	ATENCIÓN MÉDICA	UBICACIÓN DEL CENTRO DE SALUD			
	¿En la ocupación que (...) mencionó anteriormente usted es? Empleado/obrero de gobierno.....1 Empleado/obrero privado.....2 Jornalero o peón agrícola.....3 Patrono o socio.....4 Cuenta propia.....5 Trab. Familiar no remunerado.....6 Empleado/a Doméstico/a.....7	¿En dónde trabaja (...)? Cayambe.....1 Quito.....2 Tabacundo.....3 La Esperanza.....4 Malchinguí.....5 Tocachi.....6 Tupigachi.....7 Otavalo.....8 Ibarra.....9 Otra, cuál?.....10	¿Cuántas horas a la semana trabaja (...) habitualmente?  <b>Si tiene más de un trabajo, poner la suma de todas las actividades</b>	¿(...) Está afiliado o cubierto por? Seguro de salud privado.....1 IESS, seguro general.....2 IESS, seguro campesino.....3 Seguro de ISSFA ó ISSPOL.....4 AUS, municipal, otros.....5 Medicina Preventiva.....6 Ninguno.....7	Alternativa 1	Alternativa 2	¿(...) Ha estado enfermo en los últimos 30 días? SI.....1 NO.....2  Si la respuesta es NO, Pase a pregunta <b>28</b>	Cuál fue la enfermedad o síntomas que tuvo (...) o que tiene si aún está enfermo?  <b>Escriba el nombre de la enfermedad o los principales síntomas que sintió</b>	¿A dónde acudió (...) para curarse de esta enfermedad? Centro de la Salud .....1 Hospital de Quito.....2 Médico/clínica particular...3 Farmacéutico.....4 Medicina Tradicional.....5 Otro, cuál?.....6 Ningún lado.....7  Si responde 7 pase a la <b>24</b>	¿En dónde se encuentra ubicado el mismo?  Provincia      Cantón      Parroquia		
	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>		<b>20</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>			
01												
02												
03												
04												
05												
06												
07												
08												
09												
10												
11												
12												

SECCIÓN IV. ATENCIÓN MÉDICA Y SALUD, PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR													
Codigo de persona	TRATAMIENTO	ESTADO ACTUAL	DURACIÓN DE LA ENFERMEDAD	MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTOS		ENFERMEDAD TRADICIONAL/ ANCESTRAL			MEDICINA TRADICIONAL /ANCESTRAL				
	¿Cuál fue el tratamiento que recibió (...)? Medicina farmacia.....1 Medicina naturista.....2 Medicina casera.....3 Medicina Tradicional.....4 Otro, cuál?.....5 Ninguno.....6	¿ (...), se curó? SI.....1 NO.....2	¿Cuánto tiempo duró la enfermedad?  Número de semanas	¿Cuánto gastó (...) en el tratamiento para esta enfermedad en el último mes?  <b>Anote la cantidad en dólares. Si no gasto nada, anote 00</b>	¿Habitualmente, cuando a (...) le dan una receta, compra y toma todos los medicamentos? SI.....1 NO.....2 registre motivo  Ya se siente bien.....1 Cree que no le hace bien....2 No tiene dinero.....3 Difícil de conseguir.....4 Otra, cuál?.....5	¿(...) ha sufrido de malestares, tales como?: Mal de ojo.....1 Mal aire.....2 Espanto.....3 Le hicieron brujería...4 Otro, cuál?.....5 Ninguno.....6 <b>Puede responder más de una. Si respondió ninguno pase a pregunta 31 o la siguiente persona</b>			¿(...) Recibió atención de alguien diferente al del centro de salud, hospital, médico, etc. tales como? Hierbatero .....1 Curandero.....2 Shaman.....3 Yachak.....4 Brujo .....5 Otro, cuál?.....6 Ninguno.....7 <b>Puede responder más de una</b>				
	24	25	26	27	COD	MOTIVO	1	2	3	1	2	3	4
01													
02													
03													
04													
05													
06													
07													
08													
09													
10													
11													
12													

Codigo de persona	SECCIÓN V. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. PARA MUJERES DE 10 A 49 AÑOS											
	Nº DE EMBARAZOS	EMBARAZO ACTUAL	Nº DE ABORTOS	Nº DE NACIDOS VIVOS	Nº DE HIJOS VIVOS	ULTIMO EMBARAZO		ULTIMO PARTO		LUGAR DE PARTO	ATENCIÓN DEL PARTO	TIPO DE PARTO
	¿Cuántos embarazos ha tenido (...) incluya si está embarazada actualmente?  Si no ha tenido embarazos, registre 00 y pase a la pregunta 45	¿Está (...) embarazada actualmente? SI.....1 NO.....2  Si la respuesta es SI y el actual es su único embarazo, pase a la pregunta 41	¿Cuántos abortos ha tenido (...)?  Si no ha tenido abortos, registre 00	¿Cuántos hijos nacidos vivos ha tenido (...)?  Si no ha tenido hijos nacidos vivos, registre 00	¿Cuántos hijos vivos tienen (...) actualmente?  Si no tiene hijos vivos, registre 00	¿Hace cuánto fue el último embarazo de (...) puede ser actual  Si el último embarazo fue hace más de cinco años, pase a pregunta 41		¿Hace cuánto tiempo fue su último parto?  Si el último parto fue hace más de cinco años o si está actualmente embarazada anote y pase a pregunta 40		¿Dónde fue el último parto de (...)?	¿Quién atendió el último parto de (...)?	¿Cómo dió a luz en el último parto (...)?
	31	32	33	34	35	años	meses	años	Meses	38	39	40
01												
02												
03												
04												
05												
06												
07												
08												
09												
10												
11												
12												

Codigo de persona	SECCIÓN V. PARA MUJERES DE 10 A 49 AÑOS					SECCIÓN VI. SALUD INFANTIL. NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS							
	PREFERENCIA ATENCIÓN DEL PARTO	PREFERENCIA TIPO DE PARTO	PLANIFICACIÓN FAMILIAR		SALUD SEXUAL	COMPLICACIONES DE EMBARAZO	CONTROLES DE EMBARAZO	COMPLICACIONES DEL PARTO	TIEMPO DE LACTANCIA		INICIO DE ALIMENTACIÓN		
	¿Si pudiera elegir, Quién preferiría que le atendiera el parto (...)? Médico.....1 Obstetras.....2 Enfermera.....3 Aux. enfermería..4 Partera.....5 Otro, cuál?.....6 Nadie.....7	¿Si pudiera elegir, Cómo le gustaría dar a luz (...)? Hincada.....1 Parada.....2 Acostada.....3 Cesárea.....4 Otro, cuál?....5	¿A qué edad tuvo (...) su primer embarazo?  SI.....1 NO.....2	¿Su último embarazo fue planificado?  SI.....1 NO.....2	¿Cuál es el método anticonceptivo que (...) o su pareja, utiliza? Hormonal.....1 Preservativo.....2 Intrauterino .....3 Ligadura/vasectomía...4 Ritmo/ natural.....5 Hiervas.....6 Otro, cuál?.....7 Ninguno.....8 No tiene act. Sexual....9	¿(...) se ha hecho un examen de papanicolau en el último año? SI.....1 NO.....2	¿Hubo complicaciones durante el embarazo de (...)? SI.....1 NO.....2	¿Cuántos controles se realizó durante el embarazo de (...)?	¿Hubo complicaciones durante el parto de (...)? SI.....1 NO.....2	¿Hasta qué edad (...) tomo leche materna?  Años Meses		¿A qué edad (...) comenzó a consumir otros alimentos?  Años Meses	
	<b>41</b>	<b>42</b>	<b>43</b>	<b>44</b>	<b>45</b>	<b>46</b>	<b>47</b>	<b>48</b>	<b>49</b>	<b>50</b>		<b>51</b>	
01													
02													
03													
04													
05													
06													
07													
08													
09													
10													
11													
12													

**11. Informe de la Coordinación del CCSPM del periodo 2001-2009**

Informe de la Coordinación  
del Consejo Cantonal de Salud  
de Pedro Moncayo 2001-2009



Fundación Cimas del Ecuador

Agosto 2009

Contenido

1. *ANTECEDENTES*
2. *PROCESO DE CONFORMACION DEL CONSEJO CANTONAL DE SALUD DE PEDRO MONCAYO*
3. *ACTIVIDADES RELEVANTES DESARROLLADAS EN EL PROCESO DEL CCSPM*
4. *LOGROS ALCANZADOS DEL CCSPM*
5. *DIFICULTADES Y LIMITACIONES DEL CCSPM*
6. *LECCIONES APRENDIDAS DEL CCSPM*
7. *PRODUCTOS DEL PROCESO*
8. *INFORME DE ACTIVIDADES 2008-2009*

## 1. ANTECEDENTES

El 11 de mayo del 2001, en sesión convocada por el Comité Interinstitucional de Desarrollo, se conforma el *Comité de Salud del Cantón*, integrando a representantes del gobierno local, y sectores sociales y comunitarios que desarrollan acciones en salud.

Se encargo la coordinación a la Fundación Cimas del Ecuador y la Secretaría al Área de Salud N° 13 en septiembre del mismo año. Frente a la excusa presentada por el Área de Salud, la secretaría fue asumida por la UCCOPEM. La directiva fue ratificada en la reunión ampliada el 25 de septiembre del 2001. La Fundación Cimas durante este período fue nominada como Coordinadora y ha cumplido con el papel de asesor técnico, asumiendo los costos del coordinador, en el desarrollo de las diferentes actividades que se han llevado a cabo en el componente de salud.

El Comité de Salud participó en reuniones parroquiales en las que se reconocieron las necesidades y planteamientos comunitarios, que sirvieron de base para definir las prioridades y estrategias incorporadas en las propuestas del Plan de Desarrollo

Cantonal y del Plan Integral de Salud 2003-2007. Desarrolló los elementos fundamentales para la conformación del Consejo Cantonal de Salud.

Con ordenanza municipal del 11 de noviembre del 2002, se constituye el Consejo Cantonal de Salud de Pedro Moncayo (CCSPM) como un espacio de participación ciudadana y de coordinación interinstitucional, desarrollando un proceso de trabajo colectivo con el propósito de identificar los problemas fundamentales de salud y desarrollo en el ámbito cantonal y construir un plan de acción conjunto. El CCS, entre el 2001 y el 2002 propone una agenda de trabajo y mediante un proceso de discusión en varios talleres logra la formulación del “*Plan Integral de Salud 2003-2007*”. La ordenanza establece las siguientes comisiones de trabajo: Red de Servicios de Salud; Promoción de la Salud; Seguridad Ciudadana; Investigación y Educación Continua; Desarrollo Productivo y Saludable; Maternidad Gratuita; Sistema de información cantonal y vigilancia epidemiológica comunitaria.

El 21 de febrero del 2007 se procede a la Reforma Integral a la Ordenanza de Creación del Consejo Cantonal de Salud de Pedro Moncayo por parte del Consejo Municipal, en la que definen nuevos miembros, y se definen las Comisiones siguientes: Red de Servicios de Salud; Promoción de Salud; Desarrollo Productivo y

Saludable; y Sistema de Información Cantonal y Vigilancia Epidemiológica Comunitaria.

El Consejo Cantonal de Salud de Pedro Moncayo, es una instancia de ámbito cantonal que se organiza y constituye para coordinar y articular a nivel interinstitucional e intersectorial el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, de manera descentralizada, desconcentrada y participativa, mediante la ejecución del Plan Integral de Salud, con enfoques de Promoción de la Salud, con el fin de mejorar el nivel de salud y vida de la población, aplicando los principios de equidad, solidaridad, calidad, eficiencia, en un sólido proceso de participación social.

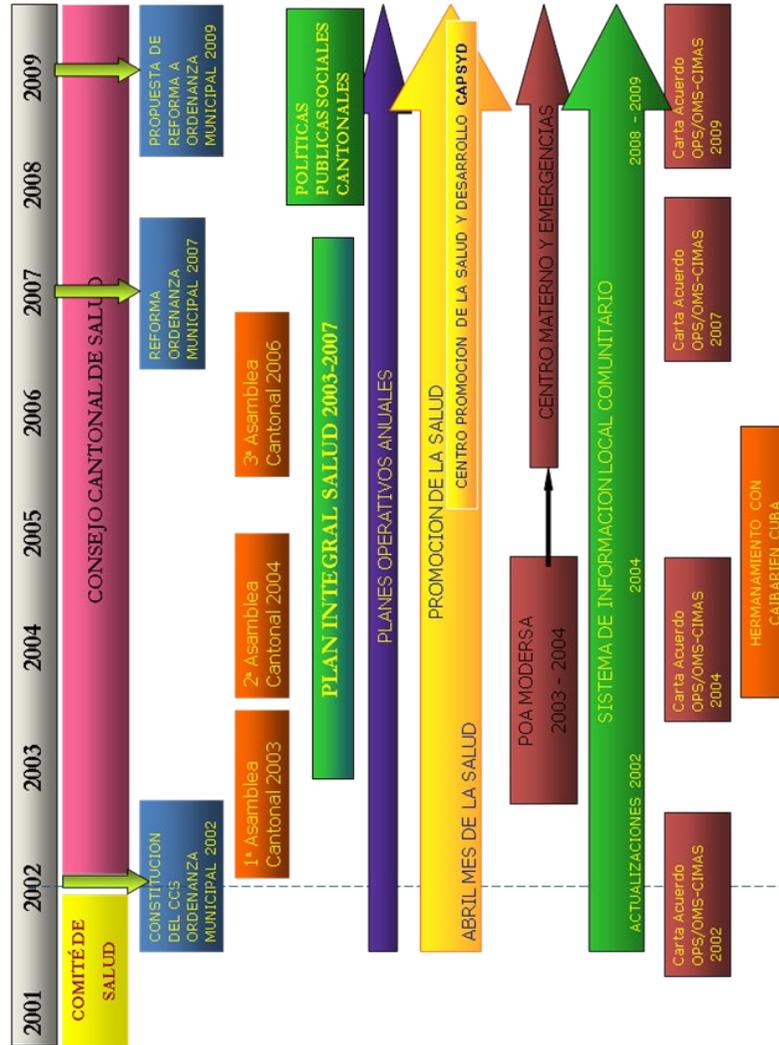
El presidente del CCSPM es el alcalde, la Secretaria Técnica es asumida por el jefe del Área de Salud No, 13. Los miembros de la sociedad civil son 17 instituciones y del Estado son 18 instituciones. Para el funcionamiento se estableció una Coordinación General, por decisión del Consejo, esta ha sido encargada a la Fundación Cimas, que ha asumido esta responsabilidad tanto a nivel técnico como económico, desde que se inició el Comité de Salud hasta la actualidad. (Con excepción de dos periodos cortos cuando se estableció un coordinador financiado por MODERSA y durante el periodo de transición política 2005) Luego de estas experiencias el Consejo solicita a la

Fundación Cimas asuma nuevamente la coordinación técnica y el financiamiento respectivo. Función que ha venido cumpliéndola hasta los momentos actuales.

El Consejo Cantonal de Salud ha logrado desarrollar sus programaciones anuales para los años 2006,2007, 2008 y 2009, se ha logrado cumplir parcialmente el Plan Integral de Salud 2003-2007. Han existido diversos factores que han limitado el cumplimiento de las actividades programadas, que deberán merecer una evaluación amplia y crítica por parte del CCSPM.

En el taller de sistematización realizado por los miembros del Consejo con el apoyo del Consejo Nacional de Salud (CONASA), sobre proceso del Consejo Cantonal de Salud de Pedro Moncayo.

## 2. Proceso de Conformación del Consejo Cantonal de Salud de Pedro Moncayo



## 3. Actividades Relevantes Desarrolladas en el Proceso del CCSPM

- Mayo 2001, Acuerdos de participación en el TCC-Ecuador-Cuba “Fortalecimiento para el Desarrollo local en Salud”. Dentro de este marco se firmó el Convenio de Hermanamiento entre la I. Municipalidad del Cantón Pedro Moncayo-Ecuador y el Municipio del Caibarién-Cuba, con el apoyo de la OPS.
- Junio 2001. Pre-censo poblacional: identificación de familias (actualmente se está actualizando)
- Julio 2001. Estudio de Oferta y Demanda de servicios de Salud. Capacitación a becarios comunitarios en investigación epidemiológica.
- Agosto 2001. Presentación del Proyecto de Desarrollo del Municipio Productivo y Saludable a organismos nacionales e internacionales. Actualización cartográfica cantonal, de infraestructura y numeración de viviendas.
- Noviembre 2001. Definición participativa de la propuesta de mejoramiento de las condiciones de salud para su presentación al programa MODERSA, MSP.
- Noviembre 2001. Publicación: Caracterización social, Demográfica, de acceso a servicios de infraestructura sanitaria básica, oferta y demanda de servicios de salud del cantón Pedro Moncayo.
- Abril 2002. Desarrollo del Mes de la Salud, establecido en la Ordenanza del CCSPM, se mantiene hasta la actualidad.
- Mayo 2002. Firma del Convenio de Cooperación que apoyara el diseño e implementación del Proyecto de Modernización de Salud MODERSA-Municipio y apoyo para la ampliación del Centro de Salud (Construcción al Área de Atención Materna y Emergencias) con apoyo del Municipio
- Junio-Julio 2002. Estudio de tendencias por causas de

mortalidad general e infantil 1990-1999. Proyecto Piloto de screening en niños menores de 5 años, en Tocachi. Becas de capacitación a líderes locales en investigación epidemiológica. Desarrollo del Sistema de Vigilancia Epidemiológica comunitaria.

- Agosto 2002. Presentación del Plan Operativo anual POA a MODERSA para su aprobación. Colocación de placas numeradas en viviendas del cantón. Propuesta de Ordenanza Municipal para la Creación del Comité de Gestión del Fondo Solidario Local de Salud. Propuesta de ordenanza Municipal para la creación del consejo Cantonal de Salud. Firma de convenio OPS/OMS-CIMAS, para brindar apoyo Técnico.
- Septiembre-diciembre 2002. Reuniones de coordinación Interinstitucional (OPS-MSP-Dirección Provincial de Salud y los miembros del Comité de Salud, la Universidad Católica, FUNSAD) para operativizar los POA's OPS/OMS y MODERSA. Inicio del trabajo 4 comisiones: Red de servicios de Salud, Promoción de la Salud, Salud ambiental, y vigilancia epidemiológica.
- Diciembre 2002. Elaboración del Plan Integral de Salud.
- Elaboración y ejecución de POA's a partir del año 2002 hasta 2009
- Enero 2003. Inicio del Programa Escuelas Promotoras de la Salud (EPS), capacitación sobre AIEPI a los miembros invitados a conformar la red de servicios de salud.
- Febrero 2003. Asamblea Cantonal del Plan Integral de Salud.
- Marzo 2003. Talleres para la Elaboración del Plan de mejoramiento de los servicios de Salud (FODA)
- 2002-2003 firma de la Carta Acuerdo de apoyo técnico entre la OPS-OMS y la Fundación Cimas del Ecuador.
- Segunda Carta Acuerdo 2004-2005, así como a través de la inclusión de Pedro Moncayo en el Proyecto de Cooperación Técnica Ecuador-Cuba “Fortalecimiento para el Desarrollo Local en Salud”, dentro del cual se estableció un Convenio de Hermanamiento con el Municipio de Caibarien, Cuba. La directora de OPS/OMS Dra. Mirta Roses, en una visita al cantón en agosto del año 2003, pudo observar la focalización de la Cooperación Técnica de la OPS/OMS fortaleciendo el desarrollo local en forma interprogramática y con enfoque integral. El proyecto constituye una propuesta de continuidad a ese proceso de trabajo conjunto y se basa fundamentalmente en la necesidad de fortalecer a uno de los Consejos Cantonales de Salud más activos y comprometidos del país, a sus diferentes comisiones de trabajo y a la constitución y funcionamiento del Centro Alternativo de Promoción de la Salud y Desarrollo (CAPSYD), que se construye con el aporte del gobierno municipal e incluye actividades de investigación, educación, sistemas de información y un Centro de Información Toxicológica para la Región Norte Andina del país, a más de ser el espacio del funcionamiento del Consejo de Salud.
- 4 de diciembre 2007 firma de la Carta Acuerdo de apoyo técnico entre la OPS-OMS y la Fundación Cimas del Ecuador. Por parte del Dr. Jorge Proserpi, Representante de la OPS-OMS para el Ecuador, el Dr. José Suárez Torres, Director Ejecutivo de la Fundación Cimas del Ecuador
- 2007 inclusión de una visión intercultural en el cantón. Desarrollo del Circulo Intercultural para el Fortalecimiento de Sabidurías en las medicinas Ancestrales (CCS de PM y Cayambe, con aval UC)
- 2008 inauguración del Centro Alternativo de Promoción de Salud y Desarrollo CAPSYD, en el que se han desarrollado talleres, seminarios, reuniones del CCSPM y de otras instituciones y organizaciones cantonales.
- 2008 inauguración del Centro de Atención Materna y

Emergencia, Área de Salud N° 13.

- Desarrollo del Sistema de Información Local SILC, desde 2003. Actualizaciones 2004, 2009.
- Documento borrador de las Políticas Públicas Sociales e inicio de difusión a nivel parroquial, desarrollado conjuntamente con el Consejo de la Niñez y Adolescencia, y la Red Interinstitucional por los Derechos

#### 4. Logros alcanzados del CCSPM

- Plan Cantonal de Salud y planes parroquiales 2003-2007, se ha iniciado el proceso de discusión del plan quinquenal 2009-2013
- Inclusión en el programa de MODERSA, apoyo para la Ampliación del Centro de Salud (Construcción al Área de Atención Materna y Emergencias) con apoyo del Municipio
- Hermanamiento con municipio de Caibarién-Cuba
- Institucionalización de Abril Mes de la Salud desde el 2002.
- Reunión de los consejos de salud de la red nororiental de Salud de Pichincha.
- Fortalecimiento de la Promoción de la Salud Asignación del Antiguo Mercado para el funcionamiento del Centro Alternativo de promoción de Salud y Desarrollo CAPSYD y del CCS. Consecución de donaciones de Fundación CIMAS y el Club Rotario para el equipamiento.
- Documento borrador de las Políticas Públicas Sociales e inicio de difusión a nivel parroquial, desarrollado conjuntamente con el Consejo de la Niñez y Adolescencia, y la Red Interinstitucional por los Derechos.
- Implementación de iniciativa de las Escuelas Promotoras de Salud EPS. 12 escuelas participando.
- Desarrollo del Sistema de Información Local SILC, desde 2003. Actualizaciones 2004, 2009.

- Elaboración de POAS anuales 2006 hasta 2009, con un 70% de cumplimiento
- Asignación presupuestaria por el Municipio para el CCSPM 2007-2009.
- Inclusión de una visión intercultural en el cantón. Desarrollo del Taller Nacional de Fortalecimiento de Sabidurías Ancestrales (CCS de PM y Cayambe, con aval Universidad Central)
- CCSPM reconocido como uno de los cantones exitosos a nivel nacional CONASA, OPS-OMS. La experiencia fue presentada en el Foro Nacional de Consejos de Salud de junio del 2009.
- Conformaciones de comisiones de trabajo: Red de Servicios, Promoción de la Salud, Sistema de Información Local, Desarrollo Productivo y Saludable, Secretaría Técnica y Coordinación.
- Reforma de ordenanza de creación con inclusión de más participantes.
- Satisfacer necesidades de impacto social a corto y largo plazo.

#### 5. Dificultades y limitaciones del CCSPM

- Dificultades Políticas partidistas cantonales que han limitado el desarrollo de las actividades del CCSPM.
- Dificultades administrativas a nivel del municipio para la ejecución del presupuesto (excesivo burocratismo)
- Limitación de la Ordenanza para el manejo autónomo de fondos.
- Limitada participación de algunos miembros que constan en la Ordenanza.
- Las resoluciones del CCS no se ha socializado suficientemente a nivel de las instituciones, parroquias y comunidades.
- Limitada consolidación de instancias participativas en las

parroquias referentes al CCS.

- Cumplimiento parcial de las actividades programadas, por dificultades antes mencionadas.

## 6. Lecciones aprendidas del CCSPM

- Reconocimiento de la importancia de la participación social.
- Las ordenanzas se han definido y reformado en base a las dinámicas locales.
- La necesidad de mantener independencia de las políticas partidistas coyunturales.
- La necesidad de robustecer las relaciones entre los niveles local, cantonal, provincial y nacional.
- Importancia de planificar desde las necesidades locales sin protagonismos personales ni institucionales.
- Los resultados del CCS no deben ser asumidos como logros institucionales.
- Importancia de fortalecer la coordinación interinstitucional para potencializar el impacto de las intervenciones.
- La participación de los miembros de organizaciones comunitarias son los voceros de las necesidades comunitarias.
- La permanencia de los participantes les da continuidad a los procesos del CCS.
- Ampliación de una visión integral de la salud de los miembros del CCS a través de seminarios y discusiones temáticas. (Interculturalidad, medicina ancestral, Alli Kausay, modelos de atención de salud integral y alternativa, aplicación de nuevas metodologías)
- Relevancia de los consejos cantonales, provinciales y nacional de salud como espacios democráticos de concertación, participación y consensos; y la necesidad de la vinculación estrecha entre estos niveles.

- Fortalecimiento de la conciencia participativa ciudadana aglutinada alrededor del CCS.
- La articulación y coordinación de las instituciones ha potencializado y racionalizado las acciones y recursos.
- Necesidad de desarrollar procesos de evaluación permanentes.

## 7. Productos del proceso

- Consejo Cantonal de Salud conformado y en funcionamiento: Conformado el 11 de noviembre del 2002 y en funcionamiento hasta la presente fecha.
- Plan Cantonal de Salud 2003-2007 y POA's 2003,2004.2005. 2006, 2007. 2008 y 2009.
- Sistema Local de Salud:
  - Sistema de Información Local SILC georreferenciado creado en el 2002 y actualizado en forma participativa en el 2004 y 2009. Capacitación a nivel comunitario en la actualización de información local.
  - Red Interinstitucional de servicios coordinada desde el año 2008: MSP, IESS, centro de rehabilitación, INNFA. Acuerdo bi-cantonal (Pedro Moncayo - Cayambe) para la atención a personas con capacidades especiales.
- Participación Social y Ciudadana: Se ha robustecido el proceso de participación con la generación de demandas desde los niveles comunitarios.
- Participación Institucional:
  - Articulación de los niveles de Ministerio de Salud, Seguridad Social, Ministerio de Educación, MIES y Municipio.
  - Articulación con organismos internacionales.

## 8. Actividades 2008-2009

El presente informe está orientado a proporcionar al CCSPM con elementos que le permitan realizar la continuación de las actividades del POA 2009, y avanzar en la definición de la programación para el año 2010.

Por lo tanto, este informe no constituye un elemento analítico de los procesos cumplidos y no cumplidos, que deberá ser realizado en un taller con la participación de todos los miembros del Consejo y de las diferentes comisiones.

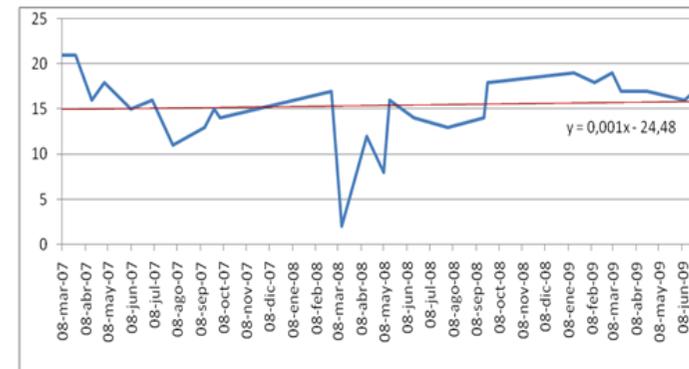
A continuación, presentaremos los siguientes puntos: participación de los miembros del Consejo en las sesiones, informe de las comisiones, otras actividades realizadas y la programación del POA-CCSPM 2008-2009.

### 8.1 Las sesiones del CCSPM reuniones desarrolladas y participación enero 2008 - agosto 2009

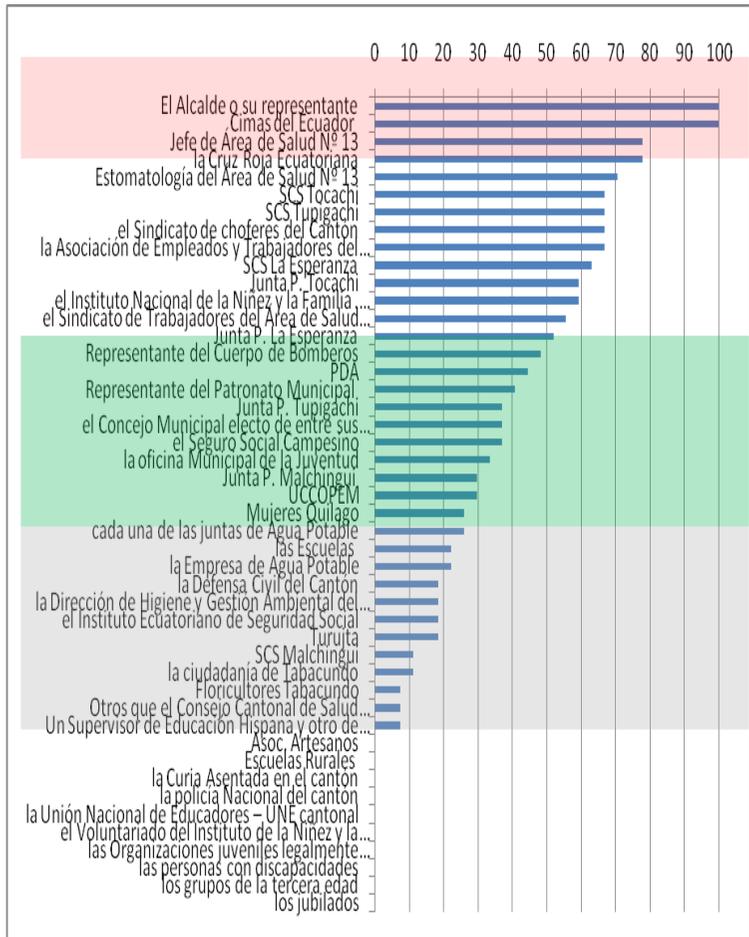
El Consejo de Salud de Pedro Moncayo ha sesionado el primer jueves de cada mes en forma ordinaria, y extraordinariamente cuando ha sido necesario. Actualmente las sesiones se están realizando los primeros miércoles de cada mes por acuerdos internos. La Coordinación ha enviado una agenda borrador para revisión del Sr. alcalde y la copia de las actas a ser aprobadas, antes de las reuniones.

En los siguientes gráficos presentamos un listado de las sesiones ordinarias y extraordinarias realizadas entre el 2007 y julio 2009, en los que se consignan la participación de los distintos miembros. Es importante señalar la falta de regularidad en la realización de las sesiones del CCSPM, y de la participación de los miembros, algunos de ellos con nula participación.

**Marzo 2007-junio 2009**



**PARTICIPACIÓN DE MIEMBROS**  
**REUNIONES DEL CONSEJO CANTONAL DE SALUD**  
**CANTON PEDRO MONCAYO**  
**MARZO 2007- JUNIO 2009**



**8.2 Informe de las comisiones año 2009**

Según el POA 2009 las Comisiones son las siguientes:

- a) Comisión del CCS: Secretaría Técnica y Coordinación
- b) Comisión del CCS: Promoción de la Salud
- c) Comisión del CCS: Desarrollo Productivo y Saludable
- d) Comisión del CCS: Red de Servicios de Salud
- e) Comisión del CCS: Sistema de Información Local

Comunitaria.

**8.2.1 Comisión Secretaría Técnica y Coordinación**

**8.2.1.1 Centro de Promoción de la Salud y Desarrollo CAPSYD**

Un avance importante es la consolidación del Centro de Promoción de la Salud y Desarrollo (CAPSYD), con la adecuación que hiciera la Municipalidad del antiguo mercado de Tabacundo y la asignación presupuestaria para parte de mobiliario y equipamiento, y de asignaciones por Fundación Cimas para la compra de butacas para el auditorio, y del Club Rotario para completar el equipamiento del CAPSYD.

**8.2.1.2 Contratación del secretario-Contador para el CCSPM**

Dando cumplimiento al POA 2009, se ingresó a la Municipalidad del cantón Pedro Moncayo el trámite para la Contratación del secretario-Contador para el CCSPM a fin de que sea contratado a partir de agosto del 2009.

**8.2.2 Comisión de Promoción de la Salud**

- o Organización de las actividades por octava ocasión del Mes de la Salud a nivel parroquial.

- Elaboración poster, trípticos del Mes de la Salud, actividades tales como:
  - Acto inaugural del mes de la salud en cada una de las Parroquias del cantón
  - Degustación de comida tradicional
  - Presentaciones artísticas
  - Desfile escolar (instituciones educativas, autoridades).
  - Sembremos salud: entrega de un árbol
  - Proyección de películas, agua, basura, desechos sólidos.
  - Demostración: primeros auxilios, prevención de accidentes comunes y seguridad
  - Derecho de los niños/as y adolescentes a una salud integral.
  - Feria de la salud: atención: presión, glucosa, masa corporal, club de hipertensos y enfermedades crónicas, atención ginecológica, control del embarazo y Papanicolaou, atención de medicina ancestral - yachac
  - Demostración sistema de información local comunitario silc
  - Atención, medicina general, odontológica, atención médica niños-as menores 5 años, entrega de medicamentos
  - Recuperando nuestra alimentación tradicional
  - Aeróbicos: actividad física recreacional
- Difusión del centro de rehabilitación, terapia y carnetización.
- Reciclaje y clasificación de basura
- Programa quien sabe, sabe: educación sexual, proyección de videos de educación para la salud, para 5, 6 y 7 grados
- El deporte y salud: campeonato deportivo cantonal.
- Concurso parroquial y cantonal de teatro promotor cantonal. Final a la clausura del mes de la salud. Amor, derechos: sexual y reproductivo (embarazo precoz), afecto, seguridad, VIH- SIDA, higiene, niños 10 a 19 años
- Capacitación sobre la salud sexual y reproductiva en los centros educativos/ centro de promoción mensaje
  - Organización de Escuelas Promotoras de la Salud
  - Talleres de Capacitación:
- Recuperando nuestra alimentación tradicional: uso y consumo de hojas verdes (zambo, zapallo, ortiga, lengua de vaca, etc.) maestros, estudiantes y padres de familia
- Educación sexual reproductiva a jóvenes
- Nutrición andina y plantas medicinales: maestros de las EPS
- Uso y manejo de manuales OPS-OMS y del ministerio de educación: maestros de las EPS
  - Concurso murales VIH/ SIDA
  - Giras de observación: Experiencias escuelas promotoras de la salud
  - Marcha de antorchas: contra violencia intrafamiliar
  - Selección de las escuelas promotoras de la salud

La comisión de Promoción de la Salud, conjuntamente con la Dirección Provincial de Salud ha venido desarrollando en forma intensiva el programa de Escuelas Promotoras de la Salud (EPS), para lo cual partió de reuniones participativas y del establecimiento diagnóstico de las necesidades de infraestructura, saneamiento básico, etc. de las escuelas del cantón. Se realizó un relevamiento de un conjunto de indicadores escolares, en base a los cuales se definieron aquellas escuelas que mayor necesidad.

Se realizó luego de varias reuniones la selección de las EPS en base a un formulario que cada una de las escuelas llenó (tomando en cuenta 65 variables) para la selección. Las escuelas seleccionadas son Niño Manuel, Santa Rosa, Patricia Brown, Marieta de Veintimilla, Ernesto Mantilla, Francisco Robles, C. Ed. San Blas, Pedro Moncayo, Inti Chasqui, 13 abril

Las escuelas seleccionadas son:

Localidad	Escuelas
Tupigachi	Niño Manuel, Santa Rosa, Patricia Brown, Marieta de Veintimilla.
La Esperanza	Ernesto Mantilla.
Tabacundo	Francisco Robles, C. Ed. San Blas.
Malchingui	Pedro Moncayo, Inti Chasqui.
Tocachi	Escuela 13 abril

Dentro de los procesos de capacitación, se desarrolló el Taller dirigido a las autoridades locales, funcionarios técnicos, miembros del CCSPM y líderes del Cantón, con la finalidad de establecer una visión compartida cantonal sobre los principales

temas e intervenciones para la salud y el bienestar de la población pedromoncaense el día martes 4 de diciembre en el Centro Alternativo de Promoción de Salud y Desarrollo (CAPSYD). Los temas tratados en este taller incluyeron: La importancia de la Promoción de la salud, sustentada por el Dr. José Villacís de OPS; La Participación Social en el mejoramiento de la Salud Colectiva, charla dictada por de la Secretaría de participación de los pueblos; el Nuevo Modelo de Atención en Salud propuesto por el Ministerio de Salud Pública, presentado por el Dr. Jorge Cueva. A continuación, se desarrolló un taller para la Conformación de una visión concertada sobre la salud del cantón. Se contó con la participación de los concejales del Gobierno Municipal de Pedro Moncayo y los miembros del CCS PM, este taller fue conducido por el Dr. José Villacís de OPS.

### 8.2.2.1 Tamizaje Oftalmológico

La Comisión de Promoción de la Salud, con la colaboración de la Fundación Ramiro Almeida, Fundación Cimas y Área de Salud # 13 desarrollaron entre los meses de febrero – abril 2008, y proceso de tamizaje oftalmológico a todos los niños escolares y ancianos de las 5 parroquias del cantón.

#### Exámenes oftalmológicos realizados

Parroquias	Pts. Tamizados	Pts. Atendidos En Campaña
Malchinguí	161	25
Tabacundo	193	101
La Esperanza	74	38

Tupigachi	63	24
Tocachi	29	13
<b>Total cantonal</b>	<b>520</b>	<b>201</b>

### 8.2.2.2 Conformación de la red de promotores integrales

La conformación de promotores integrales fue acordada con todas las instituciones que conforman el CCSPM, algunas de las cuales ya había promotores. Se planteó un proceso de selección y capacitación participativa de los promotores que debía cumplir un papel importante en la actualización de la información comunitaria, en la identificación de casos de intervención inmediata, como mujeres embarazadas y niños desnutridos, facilitar procesos de capacitación en promoción de la salud, etc. Se requirió de una contratación de un equipo de facilitación de este proceso que fue pedido a la Municipalidad, sin que hubiera respuesta favorable.

### 8.2.2.3 Recuperando nuestra alimentación tradicional

La Comisión de Promoción de la salud coordinó la ejecución de talleres demostrativos para promover hábitos alimentarios saludables en la población, sobre el tema “Recuperando nuestra alimentación tradicional”, con la participación de la Lda. Edith Gonzalez.

La comisión es integrada por: Lic. Patricia Cabascango Área de salud N° 13, Dra. Dolores López de la fundación Cimas, Lic. Florencia Cuamacaz CEDIT, Lic. Edith González Sindicato de Choferes Profesionales y Lic. Gabriela Gallardo del INNFA en la que se han realizado varias actividades, citando que hubo

problemas por la falta de recursos financieros que no fueron entregado al CCSPM por parte de la Municipalidad y que sin embargo se cumplió a cabalidad.

Aclara que el trabajo de la comisión de promoción se la realizo en forma conjunta con la colaboración de todas las instituciones, pero lo más importante es que lo han realizado con toda la buena voluntad, con todo el carisma de apoyo al prójimo y principalmente pensando en el bienestar y desarrollo del cantón, se han cumplido casi en su totalidad la mayoría de actividades programadas en el POA 2008. En el mes de octubre de año 2008 fue elegida la nueva directiva de la COMISIÓN DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, dignidades recaídas en Florencia Cuamacaz en calidad de Coordinadora y Edith González en calidad de secretaria. Dentro de las actividades más prioritarias que se han realizado son la creación e integración de 11 EPS con las cuales se ha realizado varias capacitaciones de salud y nutrición a todos los comités centrales de Padres de familia, a los alumnos del 6 y 7mo año de básica y a todos los maestros que son parte de las EPS, con el tema Recuperando nuestra alimentación Tradicional y el uso y consumo de hojas verdes como hojas de zambo, zapallo, ortiga, lengua de vaca, etc.

Se realizó también 2 giras observatorios a la ciudad de Ibarra y Riobamba, donde se compartió experiencias de EPS, y que fue una directriz muy importante para continuar nuestro trabajo.

Asistieron 3 delegadas de la Comisión De Promoción De La Salud a la Asamblea Nacional de EPS para conocer y mejorar los conocimientos y técnicas a utilizarse en las EPS del Cantón. Se dictó un seminario taller en Ambuquí con el apoyo de la Comisión De Promoción De La Salud dirigida a todos los Maestros de las EPS para el uso y manejo de los manuales de la OPS y del

Ministerio de Educación sobre las técnicas a usarse en las EPS. Se realizó un taller de Educación Sexual Reproductiva dirigida a los jóvenes y adolescentes de nuestro cantón, con sus réplicas respectivas en cada parroquia.

Se realizó un concurso de murales con el tema del VIH SIDA con la participación de los alumnos de las EPS, y se obsequió premios donados por miembros de la CPS.

Realizamos la marcha de antorchas con el apoyo del Centro Educativo ‘San Blas’, con el tema no a la violencia familiar para ello se usó velas, papel celofán, marcadores etc. Y se gestionó al INNFA nos donen el refrigerio.

Se realizó un seminario taller en coordinación con la Dirección Provincial de Salud y el componente Intercultural Bilingüe sobre el tema de Nutrición Andina y Plantas Medicinales, realizada en la Hostería ALLI MICUY de la ciudad de Otavalo, dirigido a los Maestros de las EPS y a los líderes comunitarios del cantón.

Se realizó un mapeo de los Centros Infantiles existentes en el Cantón, pero por falta de movilización no hemos logrado culminarlo satisfactoriamente, sin embargo, es una actividad pendiente para este año.

En resumen estas son las actividades realizadas dentro de la comisión de promoción de la salud, a pesar del corto tiempo y siendo los últimos meses del año muy apretados, no impidió que logremos cumplir casi en su totalidad las tareas encomendadas, lo hubiésemos hecho mejor si tuviésemos el apoyo económico del Gobierno Municipal a tiempo, es un gran problema que tenemos cada año, esperan que con la ayuda del Sr. Alcalde puedan mejorar

éstas falencias que no permiten continuar con el desarrollo normal de las actividades programadas. Reitera su agradecimiento para toda la comisión de promoción de la salud por todo el aporte brindado e incentivar a continuar con más ánimo trabajando colectivamente en bien del cantón.

### **8.2.3 Comisión Del CCS: Desarrollo Productivo Y Saludable**

Esta comisión hasta el momento no se ha estado funcionando.

### **8.2.4 Comisión De Red De Servicios**

- Construcción del Área de atención materna y emergencia de Tabacundo
- Aprobación de la normativa para la utilización de ayudas emergentes y el establecimiento de tarifas en el centro de rehabilitación física del patronato municipal
- Las actividades del Área de Salud son complementarias con las de la comisión y procede el cumplimiento del POA 2008 del Área de Salud N.º 13.

### **8.2.5 Comisión del Sistema de Información Local Comunitario (SILC)**

La Comisión del Sistema de Información Local ha venido desarrollando intensamente actividades de actualización de la información cantonal. Al momento se cuenta con información detallada del Censo de Población y Vivienda del 2001 (INEC), de Estadísticas Vitales 1990-2006 (INEC), y de la encuesta de familias y comunidades (2004). Se han ido igualmente consignando información de escuelas y centros infantiles. El proceso de actualización programado para el 2008 ha tenido

retrasos por la falta de asignación presupuestaria, la presencia de las fiestas de San Pedro y la crisis política cantonal, que han obligado a diferir la programación de recolección de la información, inicialmente programada para los meses de marzo-junio. Desde de los aspectos que se han logrado construir participativamente, tenemos los siguientes.

#### **8.2.5.1 Actualización del número de las viviendas a nivel cantonal**

La Comisión ha logrado verificar, numerar las viviendas del cantón, con la excepción de Tabacundo Rural. Cabe destacarse el comprometimiento y apoyo de las Juntas Parroquiales de Malchinguí, La Esperanza, Tabacundo y Tupigachi, la ayuda de los dirigentes de las comunidades del Cantón, principalmente de la TURUJTA y UCCOPEM, ha sido fundamental para realizar este trabajo. Se han identificado hasta el momento a 9400, y se aspira que hasta la finalización se Agosto se habrá completado la información pendiente de Tabacundo Rural, con lo que la gran mayoría de viviendas será numerada, como para base de la actualización de información comunitaria.

#### **8.2.5.2 Actualización de la información del Censo Comunitario**

Se establecieron procesos de organización, logística y capacitación para la aplicación del censo comunitario. Se procedió a actualizar el formulario de encuesta con la participación de personal técnico del INEC, el mismo que ha sido validado técnicamente. El proceso ha sido socializado con las Juntas Parroquiales y la Asociación de Juntas Parroquiales del Cantón Pedro Moncayo, todos los cuales han manifestado la necesidad urgente de contar con información actualizada, y se comprometieron a brindar todo el apoyo necesario. En dichas

reuniones se procedió a revisar la encuesta, la metodología y se establecieron cronogramas de aplicación del censo comunitario.

Se realizaron 3 Talleres de Capacitación para los supervisores y encuestadores para la aplicación del censo a nivel parroquial y comunitario, con la presencia y apoyo de funcionarios del INEC.

Se comenzó a la aplicación del Censo Comunitario en la parroquia La Esperanza con la participación de 60 encuestadores de los barrios y comunidades de la misma parroquia. Se capacitó en el manejo básico de los programas de Office y en mejoramiento del sistema en las computadoras, a más o menos 20 personas las mismas que ayudaron en el censo parroquial, con la colaboración de capacitadores del Concejo Provincial de Pichincha

Se ha capacitado en la digitación de la información a algunos de los encuestadores de La Esperanza, los mismos que se encuentran terminando la digitalización de toda la información recogida. Se encuentran en fase de capacitación para verificación de la calidad del ingreso de la información, y para actividades de limpieza de errores. Posteriormente se iniciará la capacitación en análisis de bases de datos, generación de tablas y gráficos estadísticos.

Se inició la aplicación del Censo Comunitario en la parte urbana de Tabacundo, con la la participación de 224 estudiantes de los años superiores (cuarto y quinto) del Colegio Nacional Tabacundo, en la actualidad se cuenta con la información actualizada del Sistema de Información geográfico parroquial de todas y cada una de las parroquias mismo que será manejado por cada una de ellas, a excepción de la parroquia de Tupigachi, ya que

en varias ocasiones se les ha estado informando y decidieron no realizar la encuesta en esta fase.

#### **8.2.5.3 Actualizar información de centros escolares e infantiles.**

Se ha venido incorporando información de los centros escolares e infantiles. Además de los indicadores de infraestructura, sanitarios, de los centros escolares, que sirvieron de base para el establecimiento de las Escuelas Promotoras de la Salud, se ha venido incorporando información sobre los estudiantes de las distintas escuelas del cantón. La incorporación de información del número de vivienda de los niños escolares y preescolares, servirá de base para una actualización antropométrica que está programada para luego del inicio del Año Escolar.

#### **8.2.5.4 Recolección de información de estudio de “Efecto de los Plaguicidas en el Desarrollo Neuromotor Infantil”**

Se ha procedido a seleccionar subgrupos de familias con y sin trabajadores florícolas o agrícolas, a partir de los cuales se conformaron grupos de niños en los cuales se realizaron diversos estudios. Se procedió a obtener hojas de consentimiento informado de todos los padres de familia, a fin de realizar los siguientes estudios: antropometría, análisis de hemoglobina y colinesterasa eritrocitaria, estudios de desarrollo neuromotor.

Al momento se ha terminado de recoger la información de 315 niños. Se ha iniciado la fase de digitación de la información, para posteriormente realizar una limpieza de las bases de datos y proceder al análisis final y elaboración de informe.

#### **8.2.5.5 Fase 4 Incorporación de Bases de Datos**

- Encuesta comunitaria (familiar de salud) 2002 - 2009
- Censo de Población y Vivienda 2001 a nivel de sector censal
- Estadísticas Vitales (1990 - 2007): nacimientos y defunciones
- Egresos hospitalarios según lugar de residencia (2000-2007)

#### **8.2.5.6 Fase 5 incorporación de nuevas Bases de Datos**

- Información de centros educacionales (escolares y centros infantiles) actualizándose
- Información interinstitucional de instituciones y ONG (Red Interinstitucional de la Niñez y Adolescencia) actualizándose
- Información del Catastro Multifinanciado cantonal
- Tamizajes de niños (oftalmológico, antropometría, malformaciones congénitas, dificultades aprendizaje) actualizándose
- Tamizaje de ancianos (hipertensión y oftalmológico) actualizándose
- Actualización de censo comunitario 2008-2009

### **8.3 Otras actividades realizadas**

#### **8.3.1 Desarrollo del borrador de las Políticas Públicas Sociales Cantonales.**

Pedro Moncayo ha tenido una historia importante de participación social que ha contribuido desde diferentes espacios a la definición de Políticas Públicas Sociales cantonales. En este sentido los primeros escenarios de participación se dan desde los procesos de Planificación Local Participativa en 1995 para consolidar el Plan de Desarrollo Cantonal 1996-2000. Espacios que han logrado institucionalizarse en propuestas como la formación del Consejo Interinstitucional e Intersectorial de Pedro Moncayo (2003-2006), creado con el objetivo de contribuir a la

## Propuesta para la Construcción Participativa de Políticas Públicas Sociales

CANTÓN PEDRO MONCAYO SEPTIEMBRE DEL 2008

Documento borrador propuesto por el Consejo Cantonal de Salud, el Consejo Cantonal de la Niñez y Adolescencia y la Red Interinstitucional de Pedro Moncayo. Elaborado para el conocimiento, discusión y aprobación a nivel de los Consejos, las Asambleas Parroquiales y Cantonal y del Consejo de Gobierno Municipal.

Invitan:

- Consejo Cantonal de Salud (CCS - PM)
- Consejo Cantonal de la Niñez y Adolescencia (CCNA - PM)
- Red Interinstitucional.

### CONTENIDO

Un proceso en Construcción	1
Las Políticas Públicas Sociales de PM	1
Objetivo General	2
Metodología	2
Salud y Nutrición	3
Educación	4
Participación	5
Quiénes invitan a este llamado	6

### Un proceso en construcción

Pedro Moncayo ha tenido una historia importante de participación social que ha contribuido desde diferentes espacios a la definición de Políticas Públicas Sociales cantonales. En este sentido los primeros escenarios de participación se dan desde los procesos de Planificación Local Participativa en 1995 para consolidar el Plan de Desarrollo Cantonal 1996-2000. Espacios que han logrado institucionalizarse en propuestas como la formación del Consejo Interinstitucional e Intersectorial de Pedro Moncayo (2003-2006), creado con el objetivo de contribuir a la investigación, análisis, concertación, planificación, gestión, capacitación e información de procesos a nivel cantonal.

En este contexto el Consejo Cantonal de Salud, El Consejo Cantonal

de la Niñez y la Adolescencia y la Red Interinstitucional recogen tales antecedentes como puntos de partida para la actual formulación de Políticas Públicas Sociales cantonales.



tonales.

Procesos que desde el 2007 logran coordinar y concertar espacios participativos e interinstitucionales para desarrollar un primer borrador de políticas que constituirá un insumo para la socialización, validación y definición de las políticas

a nivel comunitario, parroquial y cantonal.

La presente propuesta borrador de Políticas Públicas Sociales, es el trabajo realizado en distintos espacios y escenarios de diálogo, formulación y validación. En esta propuesta se tejen voluntades y compromisos de las autoridades, líderes e instituciones que trabajan en el cantón en el tema de salud, derechos de los niños, niñas, adolescentes, jóvenes y demás población.

Este proceso buscará el desarrollo de los habitantes del cantón en su conjunto, desde una perspectiva de respeto, igualdad, transparencia, solidaridad y el ejercicio de la democracia, intentando generar un escenario de construcción donde todos y todas aportemos con nuestros conocimientos y experiencias de vida en una propuesta intercultural.

### Las Políticas Públicas Sociales de Pedro Moncayo

Nuestro propósito es la formulación participativa de Políticas Públicas Sociales para ser posteriormente presentadas al Consejo Municipal, a quien corresponde su aprobación y elevación a política pública cantonal bajo ordenanza, y a otros niveles de gobierno para incidir en la planificación y asignación de recursos. De esta manera será posible la construcción de un Plan Estratégico que posibilite la ejecución de las políticas de manera coordinada y concertada con la población del cantón. Estas Políticas Públicas Sociales nos permitirán definir los ejes fundamentales que posibilitan generar una igualdad de oportunidades en salud y nutrición, educación y participación, principalmente de los niños, niñas, adolescentes, jóvenes y demás población vulnerable que requiera atención.

Estarán comprometidas con aquellos proyectos que buscan el desarrollo del Cantón Pedro Moncayo desde la generación de talentos humanos, haciendo que las asignaciones de recursos sean más justas y equitativas; apoyando los procesos de planificación, definición de prioridades y rendición de cuentas para el control del manejo de presupuestos. El planteamiento de esta propuesta permitirá que todas las personas puedan tener

garantizados sus derechos humanos y vivir en comunidad y solidaridad.

Las presentes Políticas Públicas Sociales cantonales serán el resultado de la participación ciudadana, de los actores sociales, instituciones y autoridades del cantón, a fin de proyectar una acción concertada y comprometida con las prioridades del Cantón Pedro Moncayo. Esperamos sean las asambleas parroquiales y cantonal los espacios de diálogo, concertación y compromiso para la definición de estas políticas, para luego ser presentadas y aprobadas por la instancia competente.

En este sentido la participación, como espacio de concertación colectiva para la toma de decisiones, es un eje fundamental en la definición de las Políticas Públicas Sociales, no sólo en su posibilidad movilizadora, en tanto nos permite reunirnos, acordar y construir colectivamente, sino también como fundamento filosófico de vida, de ciudadanía, en donde la población adquiera un protagonismo activo, propositivo y de veeduría que garantice el ejercicio y la vigencia de derechos para todos y todas.

investigación, análisis, concertación planificación, gestión, capacitación e información de procesos a nivel cantonal.

En este contexto representantes del Consejo Cantonal de Salud (CCSPM), el Consejo Cantonal de Niñez y Adolescencia (CCNNA) y la Red Interinstitucional de Derechos de Niños y Niñas y Adolescentes (RED) del cantón Pedro Moncayo recogen tales antecedentes como puntos de partida para la actual formulación del borrador de las Políticas Públicas Sociales cantonales. Los CCS y CCNA han desarrollado procesos participativos internos, buscando articular las necesidades sentidas de la población, logrando de esta manera consolidar un diagnóstico inicial del cantón. A partir del 2006, el CCNA conjuntamente con la RED Interinstitucional conforman mesas de trabajo alrededor de temas tales como juventud, educación, salud, familia y pobreza entre otros, identificando las percepciones frente a las necesidades y problemáticas más sentidas de la población. Por otro lado, el CCS ha desarrollado desde el año 2002 un Sistema de Información Local Comunitario, para lo cual ha integrado información estadística de censos (2001 -2004) y encuestas familiares realizados en coordinación de la Fundación Cimas y autoridades locales, información base para la formulación del Plan Integral de Salud 2003-2007.

En el mes de agosto de 2007 los CCS, CCNA y la RED acuerdan trabajar en forma integrada para la formulación de Política Públicas Sociales del cantón Pedro Moncayo, tomando como insumos los procesos participativos y la información recopilada. A partir de este espacio de coordinación interinstitucional se define la necesidad de trabajar de manera prioritaria las políticas de Salud y Nutrición, Educación, y Participación, para lo cual se conforman comisiones y se inicia un trabajo continuo en el tratamiento de estos temas. Como resultado

de este proceso participativo se ha elaborado un documento borrador de propuesta de Políticas Públicas Sociales Cantonales, como un insumo de discusión amplia en asambleas parroquiales y cantonal. Este proceso buscará el desarrollo de los habitantes del cantón en su conjunto, desde una perspectiva de respeto, igualdad, transparencia, solidaridad y el ejercicio de la democracia, intentando generar un escenario de construcción donde todos y todas aportemos con nuestros conocimientos y experiencias de vida buscando tejer las distintas voluntades en una propuesta intercultural. Se anhela que al completar el proceso de discusión participativa se conforme políticas sociales cantonales, que, refrendadas con ordenanza municipal, articulen las voluntades y compromisos de las autoridades, líderes e instituciones que trabajan en el cantón a fin de mejorar la salud, nutrición, los derechos de los niños, niñas, adolescentes, jóvenes y toda la población del cantón Pedro Moncayo.

El miércoles 22 de julio del 2009, se realizó un taller de preparación de las Políticas Públicas Sociales Cantonales con la presencia de miembros del Consejo Cantonal de Salud de Pedro Moncayo, el Concejo de la Niñez y Adolescencia y ahora la Red Interinstitucional de Derechos posteriormente se sistematizará esta información en la que se dará a conocer sobre lo tratado en el mismo.

### **8.3.2 Firma Carta Acuerdo OPS-CIMAS**

La Tercera Carta Acuerdo EC/LOA/0900003.01, firmada el 10 marzo 2009, cuyo objetivo es el de Apoyar al desarrollo de actividades del Consejo cantonal de Salud del Cantón Pedro Moncayo, suscrita por Fundación Cimas del Ecuador- OPS/OMS.

### **8.3.3 Reunión Fortalecimiento del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) “Aporte de la Red Noroccidental para la Transformación Sectorial de la Salud en el Ecuador”.**

Esta actividad se realizó con el objeto de promover los diálogos consultivos y aportar las estrategias para el IV Congreso de la Salud y la Vida “Edmundo Granda Ugalde”. En el que participaron delegados: Sr. Julián Caliguillin alcalde, Lic. Gorethy Jarrin concejala y Sr. Segundo Inlago representante de la UCCOPEM, en la ciudad de Loja del 4 al 7 de marzo del 2009.

### **8.3.4 Taller de Sistematización de la Experiencia del CCSPM Organizado por el Consejo Nacional de Salud (CONASA)**

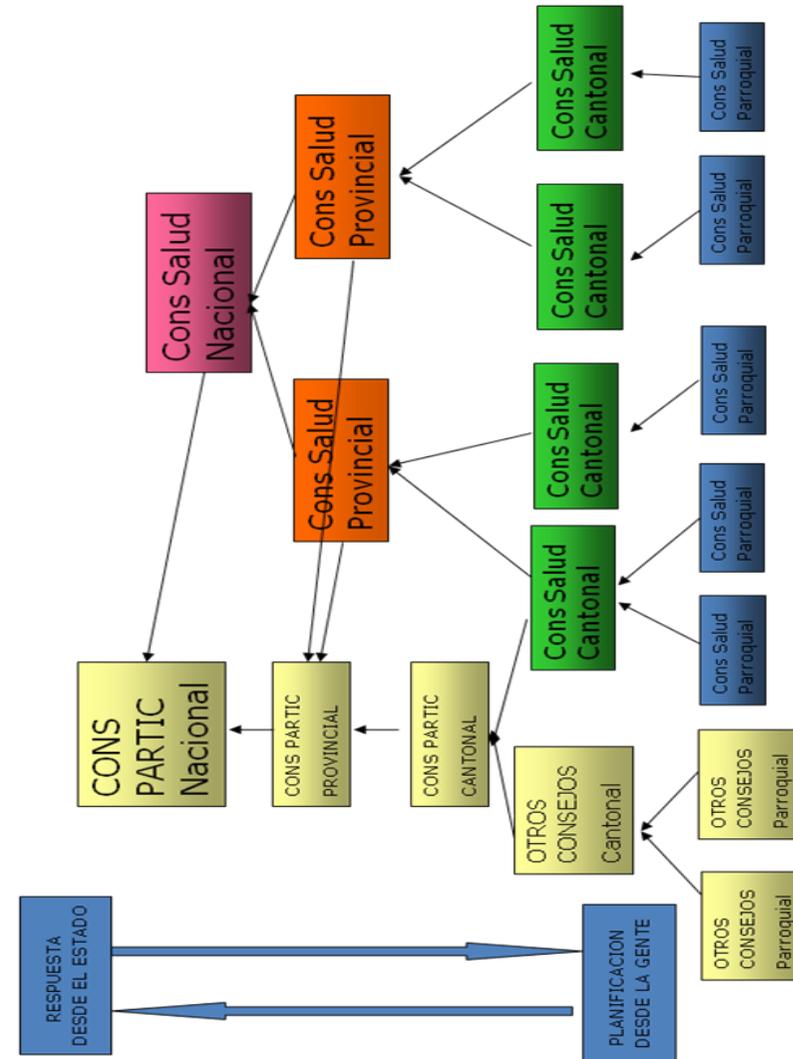
El miércoles 24 de julio del 2009 en una sesión extraordinaria del CCSPM, con la presencia del El Dr. Jorge Alban del CONASA señaló cual será el Objetivo General con el que se trabajará en el Taller:

- Reorientar el rol de los Consejos de Salud como los organismos encargados de viabilizar los procesos de concertación y participación paritaria de la ciudadanía y de las instituciones del sector para la construcción del Sistema Nacional de Salud en el marco de la nueva institucionalidad del Estado.
- Aprender de las experiencias representativas en la conformación y funcionamiento de los Consejos Cantonales y Provinciales de Salud reconociendo los éxitos, problemas y lecciones sobre la participación social e institucional, en construcción del Sistema Nacional de Salud, Identificar las principales propuestas y mecanismos que viabilicen el derecho ciudadano de participación en salud, particularmente en el ámbito de la planificación participativa local, incluyendo la

presencia amplia de nuevos actores.

- Definir conjuntamente con las instituciones del Estado y la sociedad civil el rol de los Consejos de Salud como espacios de participación ciudadana en la nueva institucionalidad del Estado. La Metodología es que mediante el Foro de los Consejos Provinciales y Cantonales de Salud se promoverá una metodología interactiva y participativa partiendo de la presentación de los actores locales sobre sus experiencias que permitieron la conformación y funcionamiento de los Consejos de Salud, se pondrá especial énfasis en la participación de los representantes de la ciudadanía. Previo al Foro el Consejo Nacional de Salud, con el apoyo de otras entidades involucradas, realizará reuniones de trabajo para sistematizar las experiencias de doce consejos cantonales de salud seleccionados a nivel nacional. La sistematización de las experiencias de los Consejos de Salud será presentada en el Foro, definiendo aspectos centrales que serán discutidos en mesas de trabajo de acuerdo a tres ejes de discusión 1) Los Consejos de Salud: Espacios de concertación y organización ciudadana en el sector salud, 2) Los Consejos de Salud: Espacios de concertación y organización ciudadana en el sector salud, 3) Los Consejos de Salud: Espacios de concertación y organización ciudadana en el sector salud. El análisis y debate permitirán elaborar propuestas que aporten a la definición colectiva del rol del CONASA y consejos de salud en el marco de la nueva institucionalidad del Estado, en cumplimiento del derecho de participación democrática en salud especificadas en la Constitución de la República.

### 8.3.5 Participación en el Foro Nacional de Consejos Cantonales de Salud



El CONASA con el fin de difundir experiencias emblemáticas de conformación y funcionamiento de los consejos de salud a nivel nacional que permitan conocer éxitos, problemas

y construcción del Sistema Nacional de Salud, evento que contó con la participación del del ministerio de Salud Pública, SEMPLADES, consejo de Participación Ciudadana y Control Social, el Consejo Cantonal de Salud de Pedro Moncayo CCSPM participo de dicho foro y presento su propuesta de: Construcción de una Red de Consejos de Salud como espacios de ejercicio derecho a la participación ciudadana y al control social.

#### **8.4 Actividades planificadas en el POA 2008-2009**

El Consejo Municipal aprobó un monto total de \$60,000.00 lo que sirvió de base para una reprogramación Muchas de las actividades prioritarias del CCSPM fueron redefinidas en el POA 2008 presentado al Consejo Municipal, con cumplimiento parcial, y que sirvió de base para una reprogramación para el siguiente año, a fin de intentar cumplir con algunas actividades prioritarias.

Se procedió a entregar la programación al Consejo Municipal el POA para el año 2009 por un monto de \$459.033 de los cuales 128.170 corresponden a la municipalidad, 89.800 corresponden a la Fundación Cimas, 125.033,00 al Área de Salud N° 13, 44.000 al PDA-CEDIT y 72.000 a otros.

Será una función del CCSPM en pleno realizar una evaluación crítica de los factores que limitaron el cumplimiento de las programaciones de los POA's, entre los que se destacan: dificultades en la asignación presupuestaria de los fondos municipales, (CCSPM no dispone de una cuenta corriente propia), y el desarrollo irregular de sesiones y actividades del CCSPM, afectadas por la difícil situación política vivida en el cantón en los últimos dos años.

## 12. I Curso: Circulo Intercultural para el Fortalecimiento de las Sabidurías en las Medicinas Ancestrales

### OBJETIVO

Propiciar un acercamiento sociocultural y profesional entre los múltiples conocimientos y prácticas de las Sabidurías Ancestrales y la Medicina Occidental.



### INTERCULTURALIDAD

Interculturalidad no es un concepto sino un cambio de actitud, correspondencia y convivencia social y personal de vida que está basada en el respeto al otro, implica el reconocimiento respetuoso entre culturas.

Chikan Chikan kuna kashpapash  
Ñawpa Kawsay Yuyaykunata Taripashpa Tukuy Runakuna  
Tantanakushk  
Kawsashunchi

El Reencuentro de Conocimientos de la  
Vida en la Diversidad de los Pueblos

Organizan:



Auspician:



AVAL:  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA  
UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR  
COLEGIO DE MÉDICOS DE PICHINCHA  
COLEGIO DE ODONTÓLOGOS DE  
PICHINCHA  
COLEGIO DE OBSTETRICAS DE PICHINCHA  
COLEGIO DE ENFERMERAS/OS DE  
PICHINCHA

INSCRIPCIÓN: \$15.00

INFORMACIÓN:

Salud Intercultural

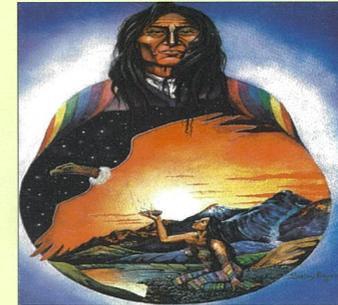
2580185 Ext.3066

si\_pichincha@yahoo.com

Comunicación

2580- 185 Ext. 3069.Fundación Cimas del Ecuador

2452300 / 2452509



DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DE PI-  
CHINCHA -SALUD INTERCULTURAL  
AREAS DE SALUD 12- 13  
CONSEJOS CANTONALES DE SALUD DE  
PEDRO MONCAYO Y CAYAMBE

### I CURSO

*CÍRCULO INTERCULTURAL PARA EL FORTA-  
LECIMIENTO DE LAS SABIDURIAS EN LAS ME-  
DICINAS ANCESTRALES*

Fecha: del 17 agosto al 14 septiembre 2007  
Lugar: Centro Alternativo de Promoción de la  
Salud y Desarrollo (CAPSYD)  
Calle: 26 de Septiembre y Bolívar  
Tabacundo - Ecuador

## ANTECEDENTES

Las demandas de las Nacionalidades y Pueblos Indígenas y Pueblos Negros, se encuentran amparadas bajo una doctrina jurídica; declaraciones, acuerdos, convenios y tratados internacionales, donde se reconocen Los Derechos Colectivos.

En el caso de Pichincha en el Plan Operativo se contemplan las necesidades reales y sentidas de las comunidades de los Pueblos Kayambi, Kitukara, Kichwas Migrantes y Nacionalidad Tsachila y para el cumplimiento de las mismas se ha coordinado el trabajo con diferentes Instituciones Gubernamentales y no Gubernamentales, con la finalidad de aunar esfuerzos y contribuir al mejoramiento de las condiciones de Salud y Vida de las comunidades.

Igualmente en el proceso participativo del Consejo Cantonal de Salud de Pedro Moncayo se ha reconocido la interculturalidad y la recuperación de los valores ancestrales como elementos fundamentales en el mejoramiento de la salud colectiva.

En este contexto se desarrollará el primer curso intercultural para el Fortalecimiento de las Sabidurías en las Medicinas Ancestrales



## PROGRAMA DE ACTIVIDADES

**Viernes 17 de agosto de 2007**

**De 08:00 a 08:30**

Inauguración: Consejos Cantonales de Salud de Pedro Moncayo y Cayambe.

**De 08:30 a 11:30**

Círculo de reflexión del proceso histórico de las prácticas de las Sabidurías Ancestrales y Occidental, Lic. Enrique Cachiguango y Sr. Celso Fiallo.

**De 11:30 a 12:30**

Mesa redonda: Salud de los Pueblos Indígenas en la Región, Salud de los Pueblos y Nacionalidades Indígenas, Dra. Rocío Rojas OPS, Dra. Letty Viteri DNSPI.

**De 13:30 a 16:30**

Cosmovisión y Salud de los Pueblos Negros, Dr. Juan García (Pueblo Afro), Dr. Edizon León.

**Viernes 24 de Agosto de 2007**

**De 08:00 a 10:00**

Cosmovisión Andina, principios y fundamento Dr. Shairy Quimbo.

**De 10:00 a 12:00**

Filosofía Andina, Dr. Nelson Reascos.

**De 13:00 a 16:00**

La Armonía del Hombre y la Pachamama, Lic. Enrique Cachiguango y Shairy Quimbo.



**Viernes 31 de agosto de 2007**

**De 08:00 a 09:30**

Experiencia Intercultural, Caso Loreto, Dr. Amilcar Alban-Dra. Rosa alvarado

**De 09:30 a 11:00**

Experiencia Intercultural, Caso Guamaní, Dr. Fernando Calderón

**De 11:00 a 12:00**

Experiencia Intercultural caso Jambi Huasi- Otavalo, Dra. Mirian Conejo

**De 13:00 a 14:30**

Experiencia Intercultural Caso Riobamba, Dr. César Rivadeneira.

**De 14:30 a 16:00**

Experiencia Intercultural, Caso Jambi Mascaric- Cotacachi, Lic. Shanon Cadena.

**Viernes 7 de Septiembre del 2007**

**De 08:00 a 10:00**

Ceremonias - Rituales, Tecn. Jaime Pilatuña

**De 10:00 a 12:00**

Testimonios prácticos, Tayta Yachac Rafael Carrascal.

**De 13:00 a 14:30**

Medios de diagnóstico práctica con cuy, Mama Partera Eloisa Catucucamba.

**De 14:30 a 15:00**

Testimonios de una Mama Partera, Presentación del Video Parto tradicional, Mama Partera Carmen Unaicho

**De 15:00 a 16:00**

Ceremonias, valor simbólico, Oscar Santillán.

**Viernes 14 de Septiembre del 2007**

**De 08:00 a 11:00**

Promoción de la Salud Materno Infantil desde la visión Intercultural, Dr. Alfredo de Amores

**De 11:00 a 12:00**

Modelos de Atención con enfoque Intercultural, Dr. Luis Muñoz

**De 13:00 a 15:00**

Cultura Simbólica y práctica ritual del parto, Dr. Alberto Pucuna

Ritual de clausura, Taita Yachak.

### 13. Índice de educación clasificado del cantón Pedro Moncayo

Parroquia	Muy malo	Malo	Bueno	Muy Bueno	Total
Tabacundo	56	473	1407	3388	5324
	1,1%	8,9%	26,4%	63,6%	100,0%
La Esperanza	7	42	182	766	997
	0,7%	4,2%	18,3%	76,8%	100,0%
Malchingui	28	108	224	726	1086
	2,6%	9,9%	20,6%	66,9%	100,0%
Tocachi	6	20	96	266	388
	1,5%	5,2%	24,7%	68,6%	100,0%
Tupigachi	77	187	285	663	1212
	6,4%	15,4%	23,5%	54,7%	100,0%
Total	174	830	2194	5809	9007
	1,9%	9,2%	24,4%	64,5%	100,0%

Fuente: FCE 2017<sup>38</sup>.

Elaboración propia

<sup>38</sup> Se logra incorporar esta información del SILC 2017, a pesar que este trabajo tiene un periodo de años del 2008 al 2014.

#### 14. Organismos internacionales que trabajan en temas de salud intercultural

INSTITUCIÓN		MISIÓN	TEMAS DE SALUD INTERCULTURAL	AÑO
SISTEMA DE NACIONES UNIDAS (UN)	SISTEMA DE NACIONES UNIDAS (UN)	El Sistema de Naciones Unidas ha realizado importantes esfuerzos para promover y salvaguardar los derechos de los pueblos indígenas. Desde el primer momento en las Naciones Unidas se plantearon algunos aspectos que sentaron las bases para que posteriormente se crearan instrumentos legales para promover el derecho de los pueblos indígenas. El Consejo Económico y Social de la ONU, constituyó en 1946 la Comisión de Derechos Humanos, con la facultad de crear subcomisiones de protección de minorías y de prevención de discriminación (III 1999, párr. 15-6).	Con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).	1946
	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)	El PNUD, como organismo multilateral de asistencia para el desarrollo en el mundo ha centrado su tarea en el fortalecimiento del desarrollo humano sostenible de los países. Para ello, ha desarrollado acciones que tienen que ver con la eliminación de la pobreza, la promoción de la mujer, el fomento del empleo productivo y el impulso a los proyectos generadores de empleo, lo mismo que la protección y el fortalecimiento de grupos vulnerables y la protección y generación del medio ambiente (III 1999, párr. 108).		1965
	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)	El Convenio Internacional de Derechos de Niños/as, ratificado por la mayoría de países, reconoce derechos lingüísticos y étnicos para los miembros de los pueblos indígenas y comunidades étnicas (UNICEF 2021, párr. 9-10).		1989
	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO)	La FAO puso en marcha los esfuerzos pioneros de la comunidad internacional por eliminar el hambre y la malnutrición. A pesar de esta condición, la FAO no ha puesto especial importancia en los pueblos indígenas, independientemente del papel que la cultura tiene en la alimentación y los hábitos alimenticios. Su actuación ha sido más discreta con relación a los pueblos indígenas, sin embargo, en los últimos años de la década de los ochenta, al igual que los otros organismos de la ONU, la FAO empieza a preocuparse por comprender la especificidad indígena y el carácter de esta especificidad en el desarrollo, la agricultura y la pobreza: La FAO concluyó con un Plan de Acción sobre Participación Popular en el desarrollo rural, aprobado en 1991 (III 1999, párr. 106).	Modelo de "Salud Intercultural", para fortalecer y mejorar la calidad de los servicios básicos de atención médica.	1991

	Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA)	El asunto de los pueblos indígenas se ha tratado por este organismo en diversos foros. Desde 1989 hay una creciente presencia en la discusión del tema de los pueblos indígenas en el debate internacional, especialmente en los organismos internacionales que forman parte del Sistema de Naciones Unidas, pero es en la Conferencia de Río, celebrada en 1992 cuando se avanza en este sentido. La estrategia de la Agenda 21 concede un lugar central a los pueblos indígenas como sujetos fundamentales que debían involucrarse en la agenda ambientalista (III 1999, párr. 115).		1992
	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO)	La posición de la UNESCO para la toma de conciencia en el concierto de las Naciones ha sido trascendente y sus efectos se han visto convertidos en conferencias y proyectos, encuentros y actividades en favor de los pueblos indígenas. La UNESCO ha centrado principalmente su papel en la educación a favor de los pueblos autóctonos o indígenas (III 1999, párr. 70-2).	Implementación de Sistema de Salud Intercultural a través del parto médico con respecto a la salud intercultural y el parto culturalmente adecuado.	1994
Organización Mundial de la Salud (OMS).	Organización Panamericana de la Salud (OPS).	Dentro de los programas de la OMS que se plantea para el año 2000 como meta, Salud para todos, reconocen las desigualdades que persisten en el acceso a los servicios y a las tecnologías de la salud para los pueblos indígenas. Se plantean una serie de programas globales que entrarían en vigor a partir de 1996 y en estas condiciones se presentan un marco adecuado y oportuno para la acción en materia de salud de la población indígena, que debería abrir espacio para la cooperación técnica entre los diversos grupos indígenas y el desarrollo de programas y actividades conjuntas para el mejoramiento de la salud y el ambiente (III 1999, párr. 85).	Información de organización y participación social, de promoción, de medicamentos, de recursos humanos, de bioética, de salud intercultural.	1996
Organización Internacional del Trabajo (OIT)		Desde sus inicios, la OIT reconoció que en el área rural se daban situaciones diferentes que no correspondían al término de campesinos tradicionales. Se trataba de las poblaciones indígenas con todas sus características y particularidades que los diferencian y particularizan. En función de esas diferencias la OIT, después de un largo estudio, en 1957 adoptó el Convenio sobre poblaciones indígenas y tribales, conocido como Convenio 107 (III 1999, párr. 96).	Publicaciones de trabajo infantil y niñez indígena en América Latina, donde debe haber acceso a servicios de salud intercultural que reconozcan cada vez más la medicina y las prácticas medicinales y curativas indígenas.	1957

Banco Interamericano de Desarrollo (BID)	El Banco Interamericano de Desarrollo (BID), desde mediados de los ochenta, comenzó a abordar el asunto indígena, como parte de la prevención de los aspectos negativos que pudieran causar los proyectos financiados por ellos y en 1990 se adoptaron procedimientos internos para evitar o mitigar los aspectos negativos. Con carácter excepcional, el BID había venido participando en proyectos de educación bilingüe, programas de salud y nutrición, además de muchos programas de desarrollo rural dentro del concepto de apoyo a la población rural campesina. Lo mismo que programas del medio ambiente, manejo de cuencas hidrográficas, silvicultura sostenible (III 1999, párr. 150-1).		1990
Convenio sobre la diversidad biológica	La Conferencia de las Partes del Convenio sobre Diversidad Biológica debe: Requerir que a las comunidades indígenas y locales se les otorgue la seguridad de la tenencia relativa a la tierra y otros recursos, además, recomienda el respeto a los sistemas de propiedad común, el fortalecimiento a los sistemas de manejo comunitarios locales de la biodiversidad, el financiamiento a las iniciativas comunitarias, y que los prejuicios contra los sistemas de conocimiento indígenas, los sistemas tradicionales de cultivo y los cultivos locales sean eliminados las políticas agrícolas y programas de desarrollo (III 1999, párr. 122-3).		1990
Banco Mundial (BM)	El Banco Mundial es uno de los organismos multilaterales que mayor comprensión muestra con relación a los derechos de los pueblos indígenas. Realizó un estudio sobre la situación de los pueblos indígenas cuyo resultado revela la relación directa entre pobreza y pueblos indígenas en la región. Su directriz operativa concerniente a los pueblos Indígenas, es un documento destinado a orientar a los funcionarios y el personal operativo del Banco para poner en práctica sus políticas con relación a los pueblos indígenas (III 1999, párr. 143).		1991
Cumbre de Madrid (Creación del Fondo Indígena)	En Madrid, España se celebró la II Cumbre de Jefes de Estado y de Gobierno Iberoamericanos en julio de 1992. En presencia de representantes de pueblos indígenas de América Latina y el Caribe, se adoptó el Convenio Constitutivo del Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe, el cual sería denominado en adelante "Fondo Indígena" y tiene como objetivo principal establecer un mecanismo destinado a apoyar los procesos de autodesarrollo de pueblos, comunidades y organizaciones indígenas de la América Latina y el Caribe. Se entenderá, por pueblos indígenas, a los que descenden de poblaciones que habitan en el país o en una región geográfica a la que pertenecía el país en la época de la conquista o la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación		1992

	jurídica, conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas (III 1999, párr. 136).		
Parlamento latinoamericano-Parlatino	El Parlatino es la Asociación de los Parlamentos o Asambleas Nacionales de América Latina. En mayo de 1992, se instaló en Nicaragua, la Comisión Permanente de Asuntos Indígenas y Etnias del PARLATINO. La misma comisión, ha sostenido diversas reuniones para tratar temas relacionados al medio ambiente y la situación de los pueblos indígenas, lo mismo que sobre los derechos indígenas y los procesos de legalización de tierras (III 1999, párr. 167).	Resolución N.º 13: Ley Marco de Medicina Tradicional para América Latina y el Caribe (Parlatino 2009a). Resolución N.º 14: Ley Marco en Materia de Medicinas Complementarias para América Latina y el Caribe (Parlatino 2009b).	1987
Cumbre de Viña del Mar	En la Cumbre de Viña del Mar, Chile, 1996, se hace un reconocimiento especial a los pueblos indígenas cuando dicen: La gobernabilidad en democracia supone la representación y participación de todos los habitantes de nuestros Estados, sin consideración de origen, raza, religión o sexo, con especial consideración a las poblaciones indígenas, pues ello refrenda la legitimidad de la democracia política. Ello implica reconocer la contribución de las mayorías y de las minorías al perfeccionamiento de nuestros modelos democráticos (III 1999, párr. 138).		1996
Cumbre de Isla Margarita	Es en la Cumbre de la Isla Margarita, donde los gobernantes Iberoamericanos se muestran más definidos en el reconocimiento de la importancia de los pueblos indígenas para el desarrollo y como modelo de nuestros países dicen: Nos comprometemos a tomar en cuenta los modelos de desarrollo propios de las poblaciones indígenas, que se caracterizan por una concepción integral de las necesidades de la vida económica y cultural, sin separar una área de la otra, a diseñar modalidades concretas de asistencia, reconociéndoles plenamente sus derechos de propiedad, así como la protección de su patrimonio cultural e intelectual. En ese sentido, hacemos un llamado a los organismos de cooperación técnica y financiera, a brindar su apoyo a los proyectos que les sean presentados para alcanzar dichos objetivos (III 1999, párr. 41-2).		1997

Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social	Cobra creciente importancia el cúmulo de tradiciones, valores, instituciones y características particulares de los pueblos indígenas en el marco de la transformación de la sociedad y, en particular, en el contexto de la modernización del Estado y de los procesos de globalización (III 1999, párr. 187).		1999
Parlamento Europeo	El Parlamento Europeo en numerosas resoluciones ha exigido que se actúe y se preste atención a la crítica situación de los pueblos indígenas en todo el mundo. El parlamento ha expresado su apoyo a la labor que realiza el Sistema de las Naciones Unidas definiendo los derechos de los pueblos indígenas y ha apelado al Consejo y a la Comisión para que tomen en consideración las preocupaciones de los indígenas (III 1999, párr. 164).		2002
Plan Andino de Salud	El Plan Andino de Salud Intercultural que fue aprobado en la Reunión de Ministros de Salud Andinos del año 2007, el cual pretende contribuir a la adopción por parte de los países andinos participantes de políticas, estrategias, programas o tareas que fortalezcan las acciones que se vienen desarrollando en el marco de los Planes Nacionales de Salud, contribuyendo al ejercicio de los derechos de las poblaciones indígenas, promoviendo espacios de concertación social que permitan la construcción de modelos de salud con adecuación intercultural para el empoderamiento de dichas poblaciones y mejoramiento de la salud de la población indígena de los países miembros (ORAS-CONHU 2007).	Resolución: Política Andina de Salud Intercultural. Aprobación de la Política Andina de Salud Intercultural, un instrumento que contiene insumos conceptuales.	2007

Elaboración propia.

### 15. Instituciones y organizaciones nacionales que trabajan en temas de salud intercultural

INSTITUCIÓN	MISIÓN	TEMAS DE SALUD INTERCULTURAL	AÑO
Jambi Huasi	<p>Jambi Huasi es una institución privada y sin fines de lucro, está conformada por profesionales indígenas y no indígenas quienes trabajan por el fortalecimiento de la salud intercultural. Es un centro médico intercultural fundado en 1984 ubicado en Otavalo. Esta casa de salud atiende a la población indígena respetando su cultura y cosmovisión, y buscan rescatar y revalorizar las prácticas de la curación tradicional (Cisneros 2015, párr. 2-4).</p> <p>Esta casa de salud tiene un laboratorio clínico, servicios de odontología, de vacunación, y tiene un botiquín popular. Ofrece también atención en: pediatría, gastroenterología, endoscopia, psicología, ginecología, ecografía, dermatología, charlas de prevención de enfermedades, violencia, etc. El lugar atiende a 60 pacientes en un día, y al mes un promedio de 900 entre mestizos e indígenas (Cisneros 2015, párr. 10-1).</p>	<p>En este lugar trabajan 9 médicos, voluntarios, e indígenas, que trabajan tanto en pediatría, odontología y medicina occidental. El parto intercultural, integrado en la medicina tradicional, está basado en la atención del alumbramiento en la posición vertical-horizontal. En este proceso la partera es quien se encarga de dar atención, también realiza un proceso llamado encaderamiento, en el que se debe consumir plantas en infusiones, colocarse emplastos, y realizar baños de plantas calientes (Cisneros 2015, párr. 5-6).</p>	1984
Red Internacional de Organizaciones de Salud (RIOS)	<p>Asociación RIOS, Red Internacional De Organizaciones de Salud, llega a Ecuador en marzo de 1987 para aportar en la repuesta a las consecuencias del terremoto que afectó a la Amazonía (RIOS 2020a, párr. 1).</p> <p>Desde el inicio de sus actividades en Ecuador, RIOS ONG ha acompañado a organizaciones indígenas y de representación comunitaria, para mejorar sus competencias técnicas, sociales y de liderazgo, que les permitan participar de manera activa en la implementación de programas y políticas públicas en salud y gestión de riesgos con diversos actores públicos y privados (párr. 3).</p>	<p>RIOS facilita la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud del Ministerio de Salud Pública a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Formación de redes interinstitucionales para generar agendas locales en salud bajo el liderazgo del Ministerio de Salud Pública.</li> <li>Capacitación de agentes comunitarios en salud para la mejora de sus destrezas.</li> <li>Apoyo a brigadas integrales de salud, para facilitar su llegada a las zonas de mayor vulnerabilidad.</li> </ul>	1987

	RIOS lleva trabajando en la Amazonía ecuatoriana, provincia de Orellana (antes Napo) desde hace 30 años con la nacionalidad Kichwa. En la provincia de Sucumbíos hace 20 años. Y en Tiwino provincia de Orellana, desde hace 19 años con la nacionalidad Waorani (párr. 4).	Coordinamos el intercambio de saberes ancestrales con la medicina occidental (RIOS 2020c, párr. 1).	
Centro de Salud de Guamaní	El Área de salud de Guamaní quizás la experiencia más significativa en la integración de diversos sistemas médicos o alternativos de curación en particular de la Homeopatía, Acupuntura, Biomagnetismo Médico, Terapia Neural que fue forjado hace más de quince años como producto de la lucha reivindicativa de más de 120 barrios urbano-populares al sur de la ciudad de Quito y que ha logrado armar, no sin altibajos, un modelo comunitario de gestión/atención de salud en el que la cogestión ha inspirado los más altos niveles de participación social, generando inclusive procesos de protección social comunitaria (Calderón 2010, 58).	El Área de salud de Guamaní no solamente es pionera, como modelo de salud intercultural sino como modelo de comunicación, se constituye así en una referencia a nivel americano y atrae el interés de varias ONG's, varios Estados o fundaciones. El modelo intercultural de Guamaní puede mostrarse como la posibilidad de organización más inclusiva, pues la base de su accionar está en el respeto a la diversidad y en su preocupación por el bienestar de su población usuaria (Salazar 2013, 5).	1994
Confederación de Nacionalidades y Pueblos Indígenas del Ecuador (CONAIE)	<p>El 12 de Octubre del 2001 es aprobado en el I Congreso Nacional de las Nacionalidades y Pueblos Indígenas del Ecuador el proyecto político de la CONAIE, en donde se "propone a la sociedad nacional e impulsa el [...] proyecto Político que no es más que [...]un instrumento teórico basado en nuestro accionar, que guiarán la lucha de hoy y del futuro, hacia la construcción del Nuevo Estado Plurinacional, Plurilingüe y Pluricultural, consecuentemente la Nueva Sociedad Comunitaria, Colectiva, Igualitaria e Intercultural". (CONAIE 2001, párr. 4)</p> <p>El principio de la Interculturalidad respeta la diversidad de las Nacionalidades y Pueblos, del Pueblo Afro-ecuatoriano e Hispano-ecuatoriano y demás sectores sociales ecuatorianas, pero a su vez demanda la unidad de estas, en el campo económico, social, cultural y político, en aras de transformar las actuales estructuras y construir el Nuevo Estado Plurinacional, en un marco de igualdad de derechos, respeto mutuo, paz y armonía entre las Nacionalidades y los Pueblos, conjuntamente con los sectores sociales. (párr. 39).</p> <p>La unidad de las Nacionalidades y los Pueblos parte del reconocimiento y respeto de los derechos de cada Nacionalidad y Pueblo sin distinción de ninguna</p>	En 1989, la CONAIE firmó un acuerdo con el Ministro de Educación, estableciendo un programa nacional de educación bilingüe intercultural, programa diseñado y manejado por la CONAIE y sus organizaciones miembros. Por medio de la educación bilingüe intercultural, las nuevas generaciones aprenden a ser orgullosas de sus identidades, y utilizar sus propios idiomas. La CONAIE y sus organizaciones promueven los actos sagrados como son los rituales de la Fiesta del Sol (Inti Raymi), valorando también y promoviendo el desarrollo de la medicina indígena (LIRC 2002, párr. 2).	2001

	<p>naturaleza, esta unidad es necesaria porque el actual Estado Uninacional no reconoce los derechos específicos de las Nacionalidades y Pueblos y porque además el sector hegemónico se ha encargado de aislarnos dispersarnos y dividirnos. (párr. 40).</p> <p>El reconocimiento, promoción y vigencia de la diversidad garantiza la unidad y permite la convivencia, coexistencia e interrelación fraterna y solidaria entre las Nacionalidades y Pueblos lo que garantiza el establecimiento del Estado Plurinacional (párr. 41).</p> <p>La Unidad de las Nacionalidades y Pueblos se contraponen a la fuerza hegemónica del actual ordenamiento jurídico-político y económico-cultural, impuesto por la clase dominante blanco-mestiza (párr. 42).</p> <p>La Unidad en la Diversidad garantizará la constitución y consolidación de la Sociedad Ecuatoriana, que el Estado Plurinacional deberá impulsar, con la participación y compromiso de todas las Nacionalidades y Pueblos hasta alcanzar el desarrollo económico, político y social en un marco de mutua cooperación, reciprocidad e igualdad (párr. 43).</p>		
Hospital Andino Alternativo Chimborazo	<p>Desde el 2002 el Hospital Andino Alternativo Chimborazo, en Riobamba, se encuentra desarrollando un modelo de atención intercultural en salud, integrando los conocimientos de la medicina occidental, con los de la medicina alternativa y la medicina andina (EC MSP 2008, 19).</p>	<p>En este proceso de la Obstetricia se implementaron servicios de atención del parto humanizado, permitiendo que la paciente elija la posición en la que desea dar a luz, así como con quién en el campo desea ser atendida y quién quiere que le acompañe. Con este fin se desarrollaron experticias para la atención del parto vertical: arrodillada, sentada o parada, para responder a la cosmovisión andina, implementando los espacios físicos adecuados para cumplir con este fin (EC MSP 2008, 19).</p>	2002

Hospital San Luis de Otavalo	<p>Con la implementación de la sala del parto culturalmente adecuado y la casa materna en el hospital de Otavalo, que se inauguró en marzo del 2008. El Hospital San Luis de Otavalo inició un proceso de construcción de un modelo que muestra la posibilidad de abrir nuevas miradas a la salud, de interpelar los viejos paradigmas y de generar diálogos entre los distintos enfoques y saberes (EC MSP 2009a, 6).</p> <p>El Hospital San Luis de Otavalo se plantea la necesidad de identificar los factores culturales que dificultan o impiden el acceso de las mujeres indígenas a los servicios de salud del hospital y que inciden en la morbilidad y mortalidad materna e infantil en el cantón; conocer igualmente las percepciones del personal de salud y su disposición o no a los cambios que se pudieran proponer en el hospital (18). El área de salud No. 4 Hospital San Luis Otavalo, propicia servicios de salud oportunos e integrales con calidad, calidez, eficacia y equidad a la comunidad, particularmente a los grupos de mayor riesgo biológico y social respetando su cosmovisión y basándose en una gestión transparente, descentralizada y participativa (24).</p>	<p>Este hospital está catalogado como “básico”, con una capacidad de 120 camas para atender cuatro especialidades: medicina interna, gineco-obstetricia, pediatría y cirugía. Se cuenta con servicios complementarios como rehabilitación, imagenología, farmacia, trabajo social, control sanitario, y educación para la salud. La modalidad de atención es curativa (EC MSP 2009a, 24).</p> <p>Ecuador recibió tres premios regionales y dos latinoamericanos de la Organización Panamericana de la Salud, todos ellos de Otavalo, el segundo a nivel de 22 países, era por la implementación del parto culturalmente adecuado, dentro de las buenas prácticas de una maternidad segura.</p>	2008
Casa Intercultural del Parto en Loreto	<p>Para el 2008 se adecuó la infraestructura del Centro de Salud (CS) de Loreto y se implementó la ‘Casa Intercultural del Parto’ (RantiparipakWachachinaWasi) por onde rotan a cada 15 días parteras pertenecientes a la red de parteras tradicionales de la Organización de Comunidades Kichwas de Loreto (OCKIL), y atienden partos de acuerdo a la norma técnica para atención del parto vertical culturalmente adaptado. El modelo en Loreto cuenta con una red de servicios de salud adaptados a la realidad local organizada, que tiene como participantes varios sectores, entre las que se encuentran el estado (MSP), el municipio, las organizaciones comunitarias y las organizaciones no gubernamentales (Arteaga, San Sebastián y Amores 2012, 405).</p>	<p>En esta casa rotan las parteras de la comunidad. Tienen, por ejemplo, un huerto con algunas de las plantas medicinales utilizadas por las mujeres indígenas para calmar hemorragias, y han logrado reducir cifras de mortalidad materno-infantil, de parto horizontal e incluso de cesáreas (Aguirre 2016, 29).</p>	2008

Consejo de Desarrollo de las Nacionalidades y Pueblos del Ecuador (CODENPE)	CODENPE propone modelos propios de desarrollo, basados en las potencialidades y conocimientos originarios, en este sentido, desde las cosmovisiones de las Nacionalidades y Pueblos, se plantean nuevos conceptos o ejes conductores, que deben ser tomados en cuenta a la hora de proponer objetivos y políticas para alcanzar mejores niveles de vida; la adopción de dichos conceptos provenientes de las demandas de las demandas del movimiento indígena se convierten en los nuevos ejes conductores, en la nueva institucionalidad del CODENPE, para alcanzar un modelo de desarrollo endógeno y son: Plurinacionalidad, Interculturalidad, Derechos de la Naturaleza (Pachamama) y Sumak Kawsay (régimen del Buen Vivir) (OIM 2018, 6-7).	Es una institución pública que, en el ejercicio de los derechos del Estado Plurinacional, ejecuta políticas para fortalecer a las Nacionalidades y Pueblos, la vivencia de la interculturalidad promueve, planes de vida y contribuye a una relación equilibrada con la Pachamama, para alcanzar el Sumak Kawsay (OIM 2018, 5).	2009
Dirección Nacional de Salud Intercultural MSP	Formular y coordinar la implementación de políticas, planes, programas y demás herramientas de salud intercultural en el Sistema Nacional de Salud y la gestión del Ministerio de Salud Pública, que garanticen el reconocimiento y respeto de la diversidad de pueblos y nacionalidades, y la articulación de los conocimientos, saberes y prácticas ancestrales de salud (EC MSP 2019, párr. 1).	Conducir y coordinar la formulación de propuestas de políticas públicas y la elaboración de planes y proyectos para institucionalizar el enfoque de interculturalidad en el Sistema Nacional de Salud (EC MSP 2019, párr. 2).	2014

Elaboración propia.

## 16. Salud intercultural: Dirección Provincial de Salud de Guayas

Visión	Servicios de Salud brindando atención de Salud con Enfoque Intercultural a la población, basada en el respeto y construcción colectiva de estrategias, metodologías y protocolos que mejoren la capacidad operativa con personal especializado en los Sistemas de Medicina Tradicional y Alternativa.
Misión	Contribuir a mejorar la calidad de Vida y Salud de la Población a través del desarrollo progresivo de un Modelo de Atención Intercultural en los servicios de Salud con la Medicina Tradicional y Alternativa.
Objetivos	Mejorar la calidad de Vida y Salud de la Población desarrollando la Medicina Tradicional y Alternativa en el contexto del Modelo de Atención de Salud Familiar Comunitario e Intercultural.
Líneas de Acción	Diseñar el enfoque intercultural en los servicios de salud para ser operativizado en las áreas.
	Asesoramiento de las políticas interculturales en la Dirección Provincial de Salud.
	Realización de convenios con entidades formadoras de Recursos Humanos en terapias tradicionales y alternativas.
	Capacitación a los Profesionales de Salud de las diferentes áreas que conforman la DPS-G.
	Capacitaciones a los Promotores de las áreas de salud.
	Formación de Equipos multidisciplinarios para la atención en el Centro de Sanación.
	Elaboración de Manuales, Normas y Reglamentos.
	Elaboración de material Educativo como Guías, Trípticos, Pancartas, Cuñas Radiales, etc., para difundir y promocionar el Modelo de Atención Intercultural.
	Intercambio de experiencias con Terapeutas tradicionales: Curanderos, Yachak, Sobadores, Parteras y yerbateros

Fuente: EC MSP-DPS de Guayas. 2008.

Elaboración propia.

## 17. Salud intercultural: Dirección Provincial de Salud de Imbabura

Objetivos	Desarrollar y Fortalecer los conocimientos ancestrales fomentando el acceso a la atención en salud, generando mecanismo de participación en el proceso de desarrollo del modelo Intercultural en Salud.
	Implementar el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural, basada en la estrategia de la atención primaria en salud, trabajando articuladamente con todos los niveles de atención de la red pública y complementaria que conforman el Sistema Nacional de Salud.
Líneas de Acción	Participación en las Ferias de Salud: Nacional (3) y locales (6): Cosmovisión Alimentaria, Pomadas y Uso de Plantas Medicinales, Parto Vertical
	Taller Sensibilización de los Lugares Sagrados y Baño de Sanación
	Talleres sobre el uso, propiedades, dosificación de plantas medicinales y elaboración de pomadas dirigido a promotores de salud, estudiantes y población
	Intercambio de Experiencias de las parteras tradicionales de Imbabura con Pastaza, Pichincha.
	Capacitación a las parteras tradicionales de los 4 cantones de la Provincia de Imbabura en diferentes temas medicina formal y medicina tradicional.
	Seguimiento a las parteras en la atención de la adecuación cultural del parto en el Hospital San Luis de Otavalo.
	Socialización en otras provincias sobre la implementación del Parto Vertical en el Hospital de Otavalo y atención de embarazo, parto y post parto y atención del recién nacido conocimientos recopilados a las parteras.
	18 talleres de capacitación a la población sobre la INFLUENZA AH1N1 en las comunidades de la provincia con un total de 1444 participantes.
	Apoyo en los programas prioritarios del MSP en las 4 áreas de Salud: Brigadas Médicas Interculturales de Salud con énfasis de promoción y prevención de las enfermedades a la población y niños de las escuelas de las comunidades de difícil acceso.
	Campaña de vacunación a niños menores de 5 años; operación de Cataratas, Campaña de Perros.
	Apoyo por la temporada invernal que se presentó desastres en las comunidades afectadas de la nacionalidad Awa.
	Socialización en otras provincias sobre la implementación del Parto Vertical en el Hospital de Otavalo y atención de embarazo, parto y post parto y atención del recién nacido conocimientos recopilados a las parteras.
	Aplicación de encuestas para el diagnóstico para la implementación de la adecuación del parto en el área de salud # 3 – Cotacachi.
Acuerdos: Sensibilizar al personal de salud del Área en temas interculturalidad en salud, carnetizar a nuevas parteras de Cotacachi luego de un proceso de capacitación y evaluación. Además, se realizará el diagnóstico de salud a mujeres en edad fértil y Visita de observación a la Sala de Adecuación Cultural del Parto en el Hospital San Luis de Otavalo para trasladar la experiencia al Hospital Asdrúbal de la Torre de Cotacachi.	

	Reuniones para coordinar y ejecutar actividades con diferentes instituciones: MSP- DNSPI, Áreas de salud : 1, 2, 3, 4 y Hospital San Vicente de Paúl, UMSE, Municipios Otavalo, Ibarra, Antonio Ante, Cotacachi, otras Instituciones: Cuerpo de bomberos, Educación Bilingüe, Privadas: Universidad Simón Bolívar, UTN, Cruz Roja, PAWKAR RAYMI PEGUCHE, Ministerio de Cultura, Ministerio de Medio Ambiente, INFA Medios de Comunicación (Radios, diarios, TV), Gobierno Provincial de Imbabura, Organizaciones Indígenas : UNFPA, ECUARUNARI, CONAIE, UNORCAC- Jambi Mascaric, Maquipurashun, Federación de centros Awa del Ecuador.
--	--

Fuente: EC MSP-DPS de Imbabura. 2009.

Elaboración propia.

## 18. Salud intercultural: Dirección Provincial de Salud de Cotopaxi

Visión	Con la participación activa de los pueblos y nacionalidades, apoyar a la reconstrucción del buen vivir o Sumak kawsay.
Misión	Formulación y ejecución de políticas y programas culturalmente pertinentes con base en el dialogo social y corresponsabilidad de los actores en las diferentes etapas del proceso. Da seguimiento al cumplimiento de los derechos en salud y colectivos.
Objetivos	Contribuir a mejorar la calidad y calidez de los servicios de salud mediante la implementación de la estrategia intercultural en el modelo de atención de la gestión de salud respondiendo a la realidad multicultural de la provincia.
	Fomentar la recuperación y fortalecimiento de los sistemas ancestrales de salud del pueblo Panzaleo de la nacionalidad Kichwa en la provincia de Cotopaxi,
	Fortalecer la participación social e intersectorial hacia la construcción de la estrategia intercultural.
	Contribuir a la inclusión de las medicinas tradicionales, alternativas y complementarias en los Modelos de Atención de salud en la provincia de Cotopaxi.
Líneas de Acción	Ejecución de Ferias de nutrición y salud interculturales en las áreas de Latacunga, Pujilí, Salcedo, Saquisilí, Zumbahua y Pastocalle para promocionar los servicios de salud en rescate a la “medicina ancestral” y la importancia del enfoque intercultural en los servicios de salud.
	Acciones de trabajo con Escuelas promotoras de salud enfocado al rescate de alimentos andinos con talleres de capacitación a 30 maestros de las escuelas pilotos de la provincia y en temas de salud y medio ambiente.
	Giras de observación de experiencias de trabajos conjuntos en la “medicina ancestral” y Medicina Occidental a Otavalo y Riobamba con personal de salud, líderes indígenas, conocedores de la “medicina ancestral” delegados de consejos cantonales y parroquiales de salud.
	Participación en los Consejos Cantonales y Parroquial de Cusubamba para la construcción de la implementación de la estrategia de Interculturalidad en Salud y trabajo complementario con la Medicina Ancestral.
	8 talleres de sensibilización y fortalecimiento al personal de salud de las áreas de Pujilí, Salcedo y Saquisilí en Interculturalidad en salud, buen trato, Medicina y cosmovisión Andina.
	Elaboración de la malla curricular de capacitación a parteras tradicionales.
	Reuniones de seguimiento y fortalecimiento a las parteras y voluntarios de salud en acciones orientadas a la disminución de muerte materna neonatal y reconocimiento de una emergencia obstétrica y referencias a los servicios de salud.
	Adaptación cultural para la atención de parto en el área de Saquisilí (permitir el acompañamiento, toma de aguas medicinales, escoger la posición) y aplicación de encuestas a mujeres post parto para medir la satisfacción de las usuarias.
	Participación en la Red Nacional de Interculturalidad en Salud en donde formamos como salud intercultural espacios de fortalecimiento de la Estrategia Intercultural basada en giras de observación de experiencias locales.

	Talleres de Nutrición enfocados al rescate de alimentos andinos y alimentación complementaria por edades en niños menores de 5 años en las comunidades con diferentes grupos: grupos de mujeres, padres de familias de las escuelas y mujeres de comunidades esta última en convenio con el MIDUVI.
	Ejecución de 12 Mapas Parlantes en donde son de utilidad en las Unidades Operativas con identificación de casos de seguimiento a mujeres y niños en riesgo, identificación de actores locales y conocedores de la “medicina ancestral” e identificación de riesgos naturales.
	Reuniones con el Pre Consejo de conocedores de la “medicina ancestral” para Trabajar el Código de Ética y sensibilización para trabajar los lineamientos y perfil de la certificación a los verdaderos Yachakkuna.
	Publicación de Plantas Medicinas con investigación de principios activos del sector de Planchaloma.
	Reuniones por categorías de los conocedores de la “medicina ancestral” para la unificación del Sistema de información.
	Avalizaciones comunitarias por categorías en los cantones de Latacunga, Pujilí, Salcedo, Saquisilí, Sigchos a 30 conocedores de la Medicina Ancestral.
	Identificación de los lugares sagrados y su historia del pueblo Panzaleo de la provincia de Cotopaxi.
Resultados	Personal de salud y otros actores sociales de Consejos de Salud sensibilizados en la cosmovisión andina en salud e Interculturalidad y con conocimientos de experiencias locales de otras provincias.
	Rescate de buenas prácticas interculturales en salud dentro de la estrategia de escuelas promotoras en salud.
	Inclusión de la Estrategia intercultural dentro de Planes Estratégicos de Consejos de Salud.
	Fortalecimiento organizativo en temas de salud enfocado al rescate de la “medicina ancestral” y la reconstrucción del buen vivir (Sumak kawsay)
	137 parteras y 46 voluntarios de salud activos.
	Se cuenta con una Guía Técnica para la atención del parto Culturalmente adaptado.
	Atención del parto culturalmente adaptado en el Área de Salud 4.
	Borrador del Código de Ética de la Medicina Ancestral.
	Publicación de un libro de plantas medicinales de la organización UNOCAN de Planchaloma.
	Propuesta borrador del sistema de información a ser utilizados por los conocedores de la Medicina Ancestral.
	El 80% de los conocedores de la “medicina ancestral” están abalizados en sus comunidades, del total de identificados.
	Inclusión de los temas de la malla curricular a parteras en los módulos diseñados con EDUCTRADE Y PASSE.
	Sistematización de los lugares sagrados más utilizados por los sanadores de la Medicina Ancestral.

	Propuesta borrador de certificación e inclusión al sistema nacional de salud a las parteras.
--	--

Fuente: EC MSP-DPS de Cotopaxi. 2012.

Elaboración propia.

## 19. Salud intercultural: Dirección Provincial de Salud de Zamora

### Chinchipe

Visión	El Subproceso de Salud Intercultural en el año 2012 es una instancia que ha logrado un nivel óptimo de salud de la población en su propia diversidad cultural, que facilita el acceso a los servicios y prestaciones de salud con enfoque intercultural, que cuenta con talento humano capacitado y se constituya en un espacio organizado, de participación socio-comunitaria del Buen Vivir, que fortalezca la medicina tradicional para una atención con eficiencia y equidad.
Misión	Somos una instancia que promueve y operativiza planes y programas nacionales y locales de fortalecimiento y recuperación de la medicina tradicional; con la participación integral, comunitaria, organizativa de acuerdo al conocimiento y sabiduría de las culturas sanitarias de la provincia, basados en los instrumentos jurídicos y la Constitución, cuyo ejercicio garantice la complementariedad con los servicios de salud, articulándose con acciones de cooperación interinstitucional, investigativo y de servicio comunitario.
Objetivos	<p>Lograr un nivel óptimo de salud de la población mediante la implementación un modelo de atención culturalmente adaptado, que complemente la medicina occidental con la medicina tradicional, promoviendo una efectiva interculturalidad en el proceso de salud/enfermedad.</p> <p>Fortalecer y fomentar las prácticas de la medicina tradicional en los diferentes ámbitos socio-comunitarios con la participación de actores sociales para garantizar su aplicación.</p> <p>Implementar una red de información y educación, para lograr un buen conocimiento del concepto de Interculturalidad en salud y su aplicación en los servicios de salud.</p> <p>Implementar proyectos en investigación en fitoterapia y la farmacopea de la medicina tradicional.</p> <p>Impulsar la recuperación de la soberanía alimentaria mediante la implementación de planes y programas alimentarios.</p> <p>Integrar a los promotores comunitarios capacitados en la red de los servicios de salud.</p>
Líneas de Acción	<p>Talleres de capacitación e intercambio de experiencias dirigido a los agentes comunitarios de salud distribuidos según sus categorías.</p> <p>Talleres de capacitación y adiestramiento a parteras tradicionales sobre procedimientos y técnicas generales para mejorar la atención.</p> <p>Encuentro de sanadores para intercambio de experiencias.</p> <p>Sistematización y recuperación de los conocimientos en las técnicas, procedimientos del manejo del sistema de la medicina tradicional con la participación de sanadores.</p> <p>Conservación, identificación y manejo de plantas medicinales aplicados en la medicina ancestral.</p> <p>Mantenimiento y construcción de huertos de plantas medicinales como muestrario de recursos terapéuticos en riesgo de extinción en la zona.</p> <p>Apoyo a la construcción de huertos comunitarios mixtos.</p> <p>Recopilación y sistematización de conocimientos sobre usos y aplicaciones de las plantas medicinales.</p>

Entrega de semillas de hortalizas y plantas medicinales a las comunidades con mayores iniciativas para el trabajo comunitario.
Incorporación de un Nuevo Modelo de Atención en los servicios de salud de las unidades operativas.
Capacitación y entrega de materiales e insumos a parteras tradicionales.
Impulsar el sistema de referencia a los servicios de salud de las madres embarazadas atendidas por las parteras tradicionales.
Talleres de sensibilización para el personal de salud de unidades operativas con mayor población indígena.
Manejo del flujo de información de las prestaciones realizadas por los agentes comunitarios de salud en instrumentos de diseño local hacia las unidades de salud.
Formación de promotores de salud en convenio con la Universidad Nacional de Loja.
Promoción y difusión del programa de Salud Intercultural mediante trípticos, afiches, spots radiales y otros.
Fortalecimiento de la participación social e intersectorial hacia la construcción de la estrategia intercultural.
Firma y ejecución de convenio de capacitación con la DIPEIB-ZCH para capacitar a maestros de educación bilingüe.
Coordinación interinstitucional para impulsar la promoción y difusión de la medicina tradicional a través de ferias culturales con Casa de la Cultura, Dirección Provincial de Cultura.
Coordinación y consolidación de planes de trabajo con las organizaciones indígenas de la provincia para priorizar acciones de intervención según requerimientos de las comunidades.
Fortalecimiento del proceso administrativo y operativo del Subproceso de Salud Intercultural.
Se conforma el equipo de trabajo con 3 Promotores de Salud Comunitario que trabajan en calidad de facilitadores representantes de la nacionalidad shuar y el pueblo Kichwa, cuentan con el aval de las organizaciones indígenas como la Federación Shuar de Zamora Chinchipe, Federación Provincial de Kichwas Saraguros de Zamora Chinchipe SAMASKIJAT y la Federación Provincial de la Nacionalidad Shuar de Zamora Chinchipe FEPNASH.
Apoyo para la formación académica de 3 facilitadores con distintas universidades del país.
Participación de cursos y programas de capacitación en temas de medicina tradicional.
Agentes comunitarios de salud: 20 Uwishin o Yachak; 16 Hierbateros; 6 Sobadores; 35 Parteras/os; 53 Promotores/as. Con un total de 130 agentes comunitarios.

Fuente: EC MSP-DPS de Zamora Chinchipe. 2012.

Elaboración propia.

## 20. Salud intercultural: Dirección Provincial de Salud de Morona

### Santiago

Visión	Ejercer rectoría en la definición de los modelos y políticas de Salud Intercultural, bajo los principios del “BUEN VIVIR-PENKER PUJUSTIN” en las Nacionalidades Shuar y Achuar, mediante el fortalecimiento de la Medicina Alternativa, Complementaria y Tradicional en el nuevo Modelo de Atención Integral en Salud.
Misión	Contribuir a mejorar la calidad y calidez de los servicios de Salud, mediante la implementación de los Modelos de Atención Integral e Intercultural y Gestión de Salud Culturalmente Adecuados, fortaleciendo los sistemas ancestrales de salud de las nacionalidades y pueblos, de sus gentes y espacios sagrados, con énfasis en la promoción del “BUEN VIVIR-PENKER PUJUSTIN”.
Líneas de Acción	Contribuir a mejorar la calidad y calidez de los servicios de salud, mediante la implementación de los modelos de atención y gestión de salud culturalmente adecuados.
	Implementación del parto tradicional humanizado con enfoque Integral e Intercultural en el Áreas de Salud N.º 6, para que las mujeres puedan elegir su forma de dar a luz.
	Fortalecimiento de los sistemas ancestrales de Salud de las nacionalidades y pueblos, de sus gentes y espacios sagrados.
	Fortalecimiento en la participación social e intercultural, así como la comunicación alternativa con énfasis en la promoción de la salud.
	Contribución a la inclusión de la medicina alternativa y complementaria en el modelo de atención.
	Fortalecimiento de los sistemas ancestrales de Salud de las nacionalidades y pueblos, de sus gentes y espacios sagrados.
	En el transcurso de trabajo del Subproceso de Salud Intercultural de la Dirección Provincial de Salud de Morona Santiago, en coordinación con el Departamento de Nutrición, Comunicador Social, Departamento Técnico, se procedió a sistematizar una dieta alimenticia que está vinculado a formar una vida saludable, con estrategia de disminuir la desnutrición en el Pueblo Shuar/Achuar, en niños , adultos y madres embarazadas, enfocado al proceso de capacitación y revalorización de sus costumbres y formas de convivir diario en las comunidades que se encuentran asentados en sus territorios ancestrales.

Fuente: EC MSP-DPS de Morona Santiago. 2013.

Elaboración propia.