



# RACISMO Y SERVICIOS DE SALUD

LA MEDICINA INDÍGENA COMO  
CLAVE PARA UNA SALUD COLECTIVA

Ana María de Veintimilla Donoso





Un estudio de caso en Chimborazo

# RACISMO Y SERVICIOS DE SALUD

LA MEDICINA INDÍGENA COMO  
CLAVE PARA UNA SALUD COLECTIVA

Ana María de Veintimilla Donoso

2021



RACISMO Y SERVICIOS DE SALUD  
LA MEDICINA INDÍGENA COMO CLAVE  
PARA UNA SALUD COLECTIVA

Un caso de estudio en Chimborazo

Autora:

**Ana María de Veintimilla Donoso**

Edición:

**Juan Cuvi**

Revisión de textos:

**Patricia Polo Almeida**

Diseño y Diagramación:

**Manthra Comunicación**

ISBN: 978-9942-836-07-6

Quito, 2021

Se autoriza la reproducción y difusión de este material siempre que se cite la fuente.

Plataforma por el Derecho a la Salud:

San Ignacio E10 - 28 y La Colina, Quito.  
Teléfono: 6014528

Tarqui 13-56 y Pío Bravo, Cuenca

Teléfonos: 28 33 031/28 45 845

Web: [saludyderechos.fundaciondonum.org](http://saludyderechos.fundaciondonum.org)

# CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS .....	5
INTRODUCCIÓN .....	6
<b>1. METODOLOGÍA.....</b>	<b>9</b>
<b>2. RASCIMO Y ATENCIÓN EN SALUD .....</b>	<b>10</b>
<b>3. LA SALUD CON LAS MANOS ATADAS .....</b>	<b>12</b>
Deficiencias históricas de la inversión en salud .....	12
Modelo económico y despojo de los pueblos y nacionalidades indígenas .....	15
<b>4. BREVE CONTEXTO DE LA PROVINCIA DE CHIMBORAZO.....</b>	<b>17</b>
<b>5. SALUD INTERCULTURAL Y DESPRESTIGIO DE LA MEDICINA TRADICIONAL .....</b>	<b>20</b>
La principal barrera: el mismo sistema de salud .....	20
Modelos, políticas públicas y exclusión .....	22
Discriminación en la atención médica.....	25
Cómo los profesionales de salud ven a los indígenas.....	27
Desprestigio de la medicina tradicional .....	30
Persecución, mujeres indígenas y prácticas del parto tradicional.....	34
<b>6. LA MEDICINA INDÍGENA COMO CLAVE PARA UNA SALUD COLECTIVA .....</b>	<b>36</b>
Una perspectiva de la salud distinta .....	36
Interculturalidad y reivindicación de la medicina tradicional .....	37
<b>7. A MODO DE CIERRE .....</b>	<b>39</b>
BIBLIOGRAFÍA .....	41





## AGRADECIMIENTOS

De corazón, agradecer a las personas y su generoso compartir de tiempo, cuidados, habilidades, experiencias, opiniones, análisis, en conversaciones informales que son verdaderos espacios de construcción de conocimiento colectivo. A los valiosos aportes de Jeremy Rayner, Juan Cuvi y Pati Polo, mi hijo Damián, mi madre Aurora Donoso y mi familia, de Pablo Hermida y Antonia Manresa, y de todas las personas entrevistadas en este estudio.



## INTRODUCCIÓN

Investigaciones sobre salud y pueblos indígenas a nivel global demuestran que son los pueblos originarios, campesinos y afrodescendientes los que mayor privación tienen en relación con el acceso a los servicios de salud, situación directamente relacionada con la desigualdad estructural y el racismo.<sup>1</sup> Estos grupos étnicos son menos saludables, reciben una atención de salud más deficiente y no pueden esperar a vivir tanto como los demás.<sup>2</sup> En América Latina, las desigualdades de género, étnicas y raciales son ejes estructurantes de la matriz de desigualdad social; al mismo tiempo, modelan brechas de bienestar, reconocimiento, autonomía y ejercicio de los derechos de los pueblos originarios y afrodescendientes con relación a las poblaciones no indígenas ni afrodescendientes.<sup>3</sup>

Estudios sobre servicios de salud, discriminación y condición étnica en Colombia, México y Brasil subrayan que la desigualdad estructural provoca un círculo de pobreza y diferencia de oportunidades que condena a estas poblaciones, en condiciones de vulnerabilidad y desventaja, a permanecer en las mismas circunstancias a lo largo de sus vidas y de las generaciones futuras.<sup>4</sup> Estas características se reflejan en los difíciles problemas de salud que deben enfrentar, pues en su vida diaria los sectores más empobrecidos experimentan situaciones de exclusión, marginalidad y discriminación que los exponen a mayores amenazas sanitarias.<sup>5</sup> Esto se evidencia en los patrones de salud-enfermedad, los procesos de transición epidemiológica y las profundas diferencias en el acceso a los servicios de salud.

1. Hardeman Rachel, "Examining racism in health services research: A disciplinary self-critique", *Health Service Research* (Septiembre, 2020); Hurtado-Saa, Teodora; Rosas-Vargas, Rocío; Valdés-Cobos, Alberto, "Servicios de salud, discriminación y condición étnica/racial: un estudio de caso de la problemática en México y Colombia", *Ra Ximhai* 9, no. 1 (Enero-Abril, 2013); López-Cevallos, Daniel; Chi, Chunhuei; Ortega, Fernando, "Consideraciones para la transformación del sistema de salud del Ecuador desde una perspectiva de equidad", *Rev. salud pública* 16(3) (2012).
2. Mills, Terry L., and Yvonne J. Combs. "Environmental Factors, Income Inequality, and Health Disparity: Emerging Research and Policy Implications for Black American. Examining racism" en Roberta Spalter-Roth eds., "Race, Ethnicity, and the Health of Americans", (2005).
3. Cepal, "La matriz de la desigualdad social en América Latina" (Octubre, 2016).
4. Castles, Stephen; Miller, Mark J. "La era de la migración. Movimientos internacionales de población en el mundo moderno" en Hurtado-Saa, Teodora, Rosas-Vargas, Rocío, y Valdés-Cobos, Alberto, "Servicios de salud, discriminación y condición étnica / racial".
5. Coimbra Jr., Carlos, Santos, Ricardo, "Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil" *Ciência e Saúde Coletiva* 5 (1) (2000).



Algunos indicadores importantes, como la mortalidad general y materna, el número de hospitalizaciones y muertes por enfermedades respiratorias, las enfermedades infecciosas y parasitarias de la infancia, las enfermedades transmisibles y el progresivo aumento de enfermedades crónicas no transmisibles, sitúan a la salud indígena en una marcada desigualdad frente al resto de la sociedad<sup>6</sup>. En la segunda Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Ecuador (ENSANUT 2018) se destacan los altos niveles de desnutrición crónica en menores de cinco años, así como el sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes.<sup>7</sup> La elevada mortalidad, y una menor esperanza de vida al nacer debido a causas prevenibles, demuestran la persistencia y la profundización de las desigualdades que experimentan estos grupos en relación con otros grupos sociales no etnizados o con identidades étnico/raciales dominantes.<sup>8</sup>

Las históricas luchas y demandas de las nacionalidades y pueblos indígena, afroecuatoriano y montubio presionaron al Estado a reconocer sus derechos y definir al Ecuador como un país plurinacional e intercultural en la Constitución de 2008. Esta nueva constitución ratifica a la salud como un derecho a ser garantizado por el Estado para lo cual se establecen normativas avanzadas para implementar su acceso universal y a la salud intercultural. A nivel institucional, la Dirección Nacional de Salud Intercultural (DNSI) establece como misión:

formular y coordinar la implementación de políticas, planes, programas y demás herramientas de salud intercultural en el Sistema Nacional de Salud, que garanticen el reconocimiento y respeto de la diversidad de pueblos y nacionalidades, y la articulación de los conocimientos, saberes y prácticas ancestrales de salud.<sup>9</sup>

Además, por primera vez en nuestra historia un marco constitucional establece que este derecho no se puede garantizar sin el reconocimiento de los determinantes que influyen en la salud.<sup>10</sup> El artículo 32 de la Carta Magna señala que:

*[l]a 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<sup>11</sup>. 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.<sup>12</sup>*

- 
6. Mendes, Anapaula, et al., "O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil". Rev Panam Salud Publica. 42:e (2018).
  7. Encuesta de Condiciones de Vida (ECV), "Encuesta Nacional de Salud y Nutrición – ENSANUT 2018" (Ecuador, Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2018).
  8. Torres, José Luis et al., "La salud de la población indígena en México" en Hurtado-Saa, Teodora., y Rosas-Vargas, Rocío., y Valdés-Cobos, Alberto, "Servicios de salud, discriminación y condición étnica / racial".
  9. Ministerio de Salud Pública, "Dirección Nacional de Salud Intercultural", [acceso Octubre 4, 2021].
  10. Malo-Serrano, Miguel, Malo-Corral, Nicolás, "Reforma de salud en Ecuador: nunca más el derecho a la salud como un privilegio", *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 31(4) (Diciembre, 2014).
  11. Asamblea Nacional Constituyente de Ecuador. Constitución de la República del Ecuador. (20 de octubre de 2008) Registro Oficial 449.
  12. Constitución de la República del Ecuador. Capítulo II, Artículo 66, (20 de octubre del 2008), Registro Oficial 449.



Si bien la interculturalidad ha sido asumida como reivindicación política por las organizaciones indígenas, y a pesar de los esfuerzos para incorporar el enfoque intercultural en la atención a salud, este concepto no ha cambiado la situación de racismo que se mantiene en el sistema de salud, tanto en el Ecuador como en otros países de la región (por ejemplo, en Bolivia).<sup>13</sup> En lo que se refiere al derecho a la salud, persiste un racismo estructural que se evidencia en las desigualdades étnicas y raciales, de género, del ciclo de vida (sobre todo en la infancia) y territoriales (entre áreas rurales y urbanas del país).

Los pueblos indígenas del Ecuador atraviesan situaciones de extrema vulnerabilidad debido a enfermedades como hepatitis B, tuberculosis, malaria o dengue, el nuevo coronavirus; y la desnutrición y anemia que afectan sus sistemas inmunológicos y les dejan expuestos a las enfermedades infecciosas potencialmente letales.<sup>14</sup> Datos de 2018 y 2019 revelan que más del 50% de los niños y niñas indígenas sufren desnutrición crónica<sup>15</sup>. La tasa de mortalidad infantil en comunidades indígenas es tres veces superior al promedio nacional. Hambre y malnutrición, obesidad y sobrepeso, diabetes e hipertensión se suman al perfil epidemiológico de estas poblaciones.

También la discriminación, junto con las desigualdades sociales y de la salud, fueron agravantes del Covid-19. Las desigualdades en el acceso a bienes y servicios para los sectores subalternos contribuyeron a la expansión y mortalidad del virus. La idea, desprovista de toda mirada crítica, de que la pandemia “afecta a todos por igual” invisibiliza la inequidad de los impactos de la enfermedad en los pueblos y nacionalidades indígenas, fragilizando sus condiciones de vida. Pobreza, desigualdad, racismo, ausencia de educación, limitado acceso a agua potable, saneamiento, atención sanitaria y alimentos adecuados, determinan la salud de la población. El modelo de desarrollo económico impulsado por los gobiernos no garantiza el acceso a recursos vitales ni el control y manejo de los territorios para los pueblos ancestrales. Por el contrario, impulsa un proyecto extractivista y agroindustrial que devasta la naturaleza y sus fuentes de vida.

El problema de la discriminación en el acceso a la salud y la insatisfacción de los pueblos originarios respecto de la salud pública merecen una profunda reflexión. Es urgente reformular las estrategias y las políticas públicas a fin de reducir las desigualdades e incorporar un verdadero diálogo intercultural en la atención de la salud.

---

13. Mideros, Raúl, e Hidalgo, Paula, “Pariendo como indias: el don de las indígenas en la salud de las mujeres ecuatorianas. Reflexiones sobre la tensión entre universalismo y particularismo en la atención del parto”, Boletín Informativo Spondylus (Quito, Universidad Andina Simón Bolívar, 2014); Ramírez Hita, Susana, “Salud Intercultural: Crítica y Problematicación a partir del contexto boliviano”, (La Paz, ISEAT, 2011).

14. Sierra, Yvette, “Pueblos indígenas: los más vulnerables frente al avance del coronavirus en América Latina”, en Tuaza, Luis, “El COVID-19 en las comunidades indígenas de Chimborazo, Ecuador”, Latin American and Caribbean Ethnic Studies, 15:4, (2020); Lightman, Stafford, “Llevando la enfermedad: los impactos externos de la salud indígena” en Tuaza, Luis, “El COVID-19”, p. 3.

15. “Ecuador en Emergencia por Desnutrición Crónica Infantil, (Quito, PUCE Twitter, 9 Julio, 2021), [https://twitter.com/puce\\_ecuador/status/1413589595988635652](https://twitter.com/puce_ecuador/status/1413589595988635652)



# 1. METODOLOGÍA

Este es un estudio cualitativo, que provee una fotografía de la atención en salud en la provincia de Chimborazo y en el cantón Guamote.

A través de entrevistas semiestructuradas, conversaciones informales y observación, se registraron las percepciones de los profesionales y del personal de salud respecto de la atención y los usuarios en centros públicos y privados. Mediante conversaciones informales se registraron las percepciones de los usuarios indígenas del cantón sobre la atención en los servicios de salud y si esta atención aporta elementos para el tratamiento de sus enfermedades.

Durante un mes se realizaron varios viajes a la ciudad de Riobamba y al cantón Guamote para realizar observación en centros de salud públicos, como el Hospital Básico de Guamote y el centro de salud, y consultorios privados en el área urbana. Se entrevistó a dos médicos indígenas que trabajan en el sector público. En la ciudad de Riobamba se realizaron visitas de observación al Hospital Policlínico,<sup>16</sup> se entrevistó a cinco médicos/as de consultorios privados de medicina alternativa, un médico del Hospital Fundación Ally Causay en Ambato,<sup>17</sup> y al médico indígena de la Casa Indígena de la Diócesis de Riobamba. Se realizaron entrevistas a la directora, una promotora y un médico de la Coordinación Zonal 3 de Salud.

Se mantuvieron conversaciones informales con una partera, una técnica de salud en territorio (TAPS) y durante los periodos de observación con las usuarias y usuarios de los servicios de atención de salud pública en Guamote y Riobamba. La observación se realizó en los exteriores de los centros de salud y los hospitales donde aguardaban las familias de los pacientes, y en la sala de espera del Hospital Policlínico de Riobamba.

Este estudio registra observaciones y percepciones sobre cómo se desarrolla la atención en salud en zonas con población indígena, contextualizadas con datos sobre gasto en salud, socio-económicos, sanitarios y sociales. Como todos los estudios, tiene sus límites. Por lo que es importante seguir profundizando en el análisis sobre la atención de salud en el país, a fin de generar un debate amplio y aportar en la comprensión de las claves para alcanzar una salud social justa y de calidad, que promueva diálogos interculturales, que articule los conocimientos médicos diversos tomando en cuenta las particularidades socioculturales de los usuarios.

---

16. Se seleccionó el Hospital Policlínico de Riobamba, porque según nuestros informantes, es el hospital al que acude la mayor parte de la población indígena de la provincia.

17. El doctor Carlos Rojas fue entrevistado por su larga trayectoria y experiencia en la provincia de Imbabura, dirigiendo durante muchos años proyectos de formación en salud en comunidades indígenas y el hospital Ally Causay, ubicado en Ambato, que atiende a poblaciones indígenas de la región.



## 2. RACISMO Y ATENCIÓN EN SALUD

Las demandas de los pueblos y nacionalidades indígenas por igualdad, participación, respeto, interculturalidad, defensa de sus derechos y autodeterminación son desafíos a una sociedad históricamente dominada por élites blanco-mestizas, consolidadas en el poder desde la colonia, que cuentan con la complicidad de los gobiernos nacionales y la aquiescencia de los organismos y corporaciones internacionales. Esta situación persiste hasta hoy en el Ecuador. El racismo estructural está enraizado en el país y se expresa en la gran injusticia social y en las profundas desigualdades socioeconómicas que sufren unos grupos específicos de la población.

En la salud se observa un tratamiento particular a los usuarios que pertenecen a grupos indígenas y afroecuatorianos. Esto se evidencia en la escasa inversión destinada a la salud pública, en las políticas que se interpretan desde estructuras coloniales que apuntan a cambiar comportamientos considerados barreras para la efectiva atención en salud, en la falta de diálogo intercultural y, finalmente, en la deficiente calidad de la atención que reciben los usuarios que acuden a los servicios.

La atención en salud y su relación con la discriminación, con el acceso diferenciado y con las malas condiciones de los servicios a grupos específicos de la población por sus características étnico/raciales, hablan de una incapacidad colectiva para garantizar la salud adecuada a las personas debido a su color, cultura u origen étnico, lo que se denomina racismo institucional.<sup>18</sup> Esta forma de racismo no tiene que ver con una característica moral de los individuos, sino que permea a las instituciones donde se reproducen prácticas, códigos y mecanismos discriminatorios que afectan de manera diferenciada a las personas, dependiendo de su grado de poder en la sociedad. Al final se afecta la calidad y eficacia de los servicios en salud y las garantías para el acceso equitativo.

---

18. Carmichael, Stokely y Hamilton, Charles, "Black Power", (New York: Vintage, 1976).



Desde esta perspectiva, el racismo es un fenómeno transversal al funcionamiento de la sociedad, y hace parte de los hábitos y prácticas de los sujetos sin que, necesariamente, haya conciencia de ello. Estas prácticas discriminatorias consideran a las poblaciones indígenas como infantiles, inocentes e inferiores, sin madurez intelectual ni moral como para tomar decisiones respecto de las condiciones de vida y de los cuidados. En parte, se sustentan en una retórica desarrollista que promueve una intervención civilizatoria que oriente y dirija a esta población. Reasco describe esta forma de racismo como “blando”, totalmente vigente en la cotidianidad de la sociedad ecuatoriana. Lo contrario es el racismo “duro”, que se manifiesta cuando el indígena aparece como sujeto social, histórico y político, como actor en la lucha por la igualdad de derechos. Esta cualidad provoca rechazo social,<sup>19</sup> descalificación, deslegitimación, criminalización, intimidación, amedrentamiento, encarcelamiento, represión “ejemplarizadora”, persecución, tortura y muerte.<sup>20</sup>

La pandemia del Covid-19 evidenció una secuencia de profundas crisis estructurales de orden social, económico, político y ecológico que tienen raíces profundas en el racismo. Estas crisis siguen generando graves consecuencias en la vida de los pueblos y nacionalidades indígenas. A pesar de que la Constitución ratifica a la salud como un derecho y una obligación del Estado, esta premisa no se cumple en los territorios indígenas. La lucha y las demandas de los pueblos originarios en el Ecuador desde el primer levantamiento de 1990, que exigían cambiar las estructuras de poder, garantizar los derechos colectivos, y reconocer el carácter plurinacional de la sociedad y del Estado, entre otros objetivos, recupera un papel central en la necesidad de pensar posibles transiciones en estos tiempos de crisis global.

Aunque se percibe al tema del racismo en la atención de la salud como una problemática del pasado supuestamente superada, este estudio muestra el tratamiento racista a ciertos grupos sociales vigente en el Ecuador contemporáneo. Es imprescindible actualizar los análisis que den cuenta de ello, más aún después de los hechos evidenciados en el levantamiento de octubre de 2019 y en el contexto de la pandemia del Covid-19 durante el 2020 y 2021.



19. Reasco, Nelson, “Hay un discurso guerrillista-templario en el Gobierno”, PLAN V (Diciembre, 2019).

20. Arrobo, Nidia, El “derecho a la resistencia” y la “resistencia indígena”, SERVINDI, (Ecuador, 2011).





## 3. LA SALUD CON LAS MANOS ATADAS

### Deficiencias históricas de la inversión en salud

El Covid-19 aparece en el Ecuador en una situación de crisis política y económica que se ha ido profundizando en los últimos seis años. La crisis global impactó fuertemente en la economía, con la caída del precio de barril de petróleo desde 2014, junto con la firma del acuerdo de deuda con el Fondo Monetario Internacional (FMI), que incluyó medidas de ajuste estructural enfocadas en la reducción del gasto social.<sup>21</sup> En 2019, el presidente Moreno firmó un nuevo acuerdo de deuda con el FMI que comprendía la eliminación de los subsidios a los combustibles, lo que provocó el paro nacional indígena de octubre 2019. La combinación de varias crisis resultó en una baja capacidad del Estado para garantizar el acceso a la salud pública y los subsidios económicos para la población, que ya venía siendo golpeada por el alto costo de la vida. Para marzo del 2020, el costo de la vida (alquiler, agua, electricidad, gasolina y otros combustibles) había subido aproximadamente un 15% con relación al 2014, y la comida más del 10%.<sup>22</sup> En ese mismo año, el presupuesto social, particularmente en salud, se redujo un 7%, mientras se incrementó en un 16% el presupuesto para el sector productivo y exportador.<sup>23</sup>

Datos del Banco Mundial del 2018 revelan que Ecuador, junto con Venezuela, Bolivia y Perú, destinan el menor presupuesto per cápita a la salud (500 dólares), en comparación con Cuba, Uruguay, Costa Rica y Chile, que invierten más del doble (para un total de 1.380 dólares en el caso de Chile). Si bien desde el 2007 se incrementó el gasto nacional general en salud pública hasta cubrir un 50% del gasto total, en el Ecuador el porcentaje sigue siendo bajo en comparación con el promedio regional: Costa Rica, Colombia y Uruguay alcanzan más del

21. Abad, Margarita y Hurtado, Francisco, "La pandemia en Ecuador. Desigualdades, impactos y desafíos", (Quito, Observatorio Social de Ecuador y FES-ILDIS, 2020).

22. McBurney, Matthew et al., "Land and livelihood in the age of COVID-19: Implications for indigenous food producers in Ecuador", *Journal of Agrarian Change* 21, (Febrero, 2021).

23. Abad y Hurtado, "La pandemia en Ecuador."



70%.<sup>24</sup> Según Villacrés, datos del 2006 evidencian que los ecuatorianos de bajos ingresos dedicaban proporcionalmente más recursos económicos en salud que el resto de la población (el 9% de sus ingresos<sup>25</sup>); en el 2011 este porcentaje se redujo al 7.5%, lo que puede relacionarse con una mayor inversión en salud pública; sin embargo, todavía es un porcentaje alto en relación con el nivel de ingresos. Datos de la revista *The Lancet* revelan que los hogares ecuatorianos contribuyen con el 41.4% del financiamiento total en salud.<sup>26</sup> Familias consultadas para esta investigación manifiestan que la mayor parte del Bono de Desarrollo Humano que reciben se gasta en salud.<sup>27</sup>

El debilitamiento de los sistemas sanitarios en América Latina se profundizó pocos meses antes de la llegada de la COVID-19. Decisiones como la expulsión de personal médico cubano o la suspensión del financiamiento a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) contribuyeron a agravar la situación. Mandatarios de derecha como Trump y Bolsonaro minimizaron la amenaza del coronavirus y, de ese modo, justificaron la retención de las aportaciones de Estados Unidos y Brasil a la Organización Mundial de la Salud (OMS). Estas decisiones limitaron la posibilidad de dar respuestas más urgentes y efectivas a la pandemia. En 2019 se expulsó a diez mil médicos y enfermeros cubanos de zonas vulnerables de Brasil, Ecuador, Bolivia y El Salvador, sin haber resuelto su reemplazo. La ideología que privilegia el crecimiento económico frente a la vida de las personas, y las políticas a corto plazo por encima de las advertencias de la salud pública, incidieron en gran parte de las muertes en América Latina, la región del mundo más golpeada por la pandemia.<sup>28</sup>

En Ecuador, la debilidad crónica del Estado, la ausencia de un verdadero sistema público de salud y la informalidad institucional van progresivamente afianzando el espíritu liberal del modelo biomédico,<sup>29</sup> que amenaza a la salud pública y a la seguridad social. A esta situación se añade la capacidad de las clases medias y las élites de acceder a servicios salud privados, con lo cual se debilita la necesidad de ejercer presión social y política a favor de una salud pública de calidad para toda la población.

Para el movimiento indígena, la falta de inversión del Estado ecuatoriano en salud tiene efectos irreversibles en su cotidianidad. Además, provoca efectos como la desconfianza e insatisfacción frente a los servicios de salud, la ausencia de garantías para el acceso a la salud, la incredulidad en el papel del Estado y, finalmente, la percepción de que cuando se trata de pueblos indígenas y campesinos el derecho universal a la salud no se cumple.

---

24. "Banco Mundial", Datos del Banco Mundial. <https://datos.bancomundial.org/>

25. Villacrés, Nilda, "Buen gobierno en salud: un desafío de todos", en *Sistemas y servicios de salud en Ecuador y América Latina* (Quito, Flacso, 2003), p.1-12.

26. "Gasto de bolsillo en salud de los ecuatorianos es el segundo más alto de Latinoamérica". Edición Médica, (19 de Junio, 2019).

27. Este bono, es un pago mensual para las familias (de \$50 a un tope de \$150), adultos mayores que se encuentran en la pobreza y personas con discapacidad, estas personas pueden no tener afiliación a la seguridad social. En vez de extender la seguridad social a los sectores empobrecidos y proveer una seguridad social universal, se pretende combatir el hambre y la pobreza con los bonos, como una de las soluciones. Si bien los bonos contribuyen a la economía familiar, no son soluciones estructurales hacia sociedades más justa y equitativas.

28. Kirkpatrick, David D., y León, José María, "Donald Trump y Jair Bolsonaro debilitaron las defensas sanitarias de América Latina contra la COVID-19", *New York Times* (27 de Octubre, 2020), <https://www.nytimes.com/es/2020/10/27/espanol/trump-bolsonaro-coronavirus.html>

29. Cuví, Juan, "Curar y Someter. Modelo Biomédico y Cultura Política en Ecuador", (Quito, Abya Yala, 2011).





Antes de la llegada del Covid-19, varios acontecimientos revelan la situación y el tratamiento que se da desde el Estado y desde la sociedad a los pueblos y nacionalidades indígenas. El primer acontecimiento fue el paro indígena y popular en octubre del 2019, donde, como explica Nina Pacari “el colonialismo mostró su cara visible: el racismo.”<sup>30</sup> El segundo se refiere al grave derrame de crudo ocurrido en la Amazonía en abril de 2020, que afectó a miles de familias indígenas y sus fuentes de sustento. Fue obvio que desde el Estado y desde lo grupos de poder económico se priorizó la renta petrolera por encima de los derechos colectivos de los afectados.

Agravan esta situación la violación a los derechos laborales por la mal llamada Ley Humanitaria y los despidos masivos que resultan en mayores desigualdades, vulnerabilidad, explotación y precarización de las condiciones de vida de los grupos sociales ya históricamente empobrecidos. Como apuntan Lang y Ortega-Caicedo, estos datos “revelan la biopolítica de un Estado corrupto, despojado de todo compromiso en materia de salud, educación y alimentación y al servicio de las élites.”<sup>31</sup>



El futuro necesita de cambios profundos que apunten al bienestar colectivo, a la medicina integral y a la garantía de buenas condiciones para los pueblos. La miseria que estamos viviendo producto de las desigualdades, también trae enfermedad. Francisco Ducilema, Chimborazo.

30. El paro de octubre de 2019 mostró el racismo vigente en la sociedad ecuatoriana en expresiones como las de Jaime Nebot, representante y vocero de los grupos empresariales guayaquileños, cuando recomendó a los indígenas quedarse en el páramo. Este mensaje evidenciaba que, “quienes toman las decisiones en materia económica y política en el país son los blanco-mestizos, los predestinados, los privilegiados; no los pueblos y nacionalidades indígenas, a quienes osen desafiarlos debe caerles todo el peso de la ley”. Ortega, Alicia y Lang, Miriam, “Gritos, grietas y siembras de nuestros territorios del sur: Catherine Walsh y el pensamiento crítico-decolonial en América Latina”, (Quito, Universidad Andina Simón Bolívar, Abya Yala, 2020).

31. Lang y Ortega-Caicedo, “Gritos, grietas y siembras.”

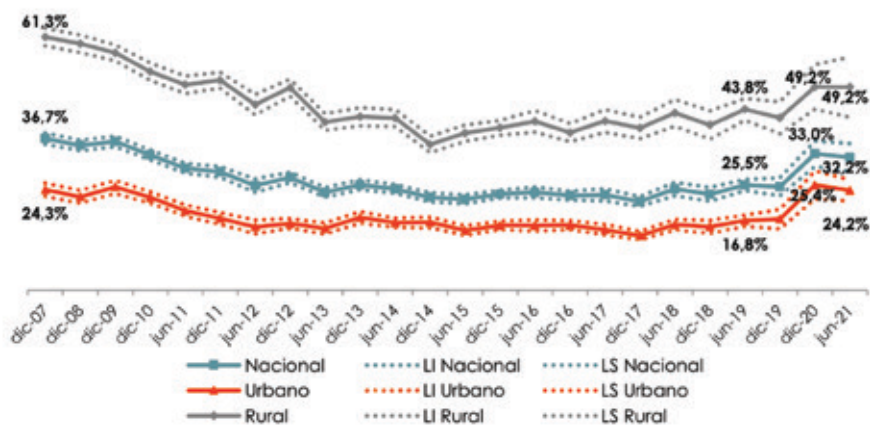




## Modelo económico y despojo de los pueblos y nacionalidades indígenas

En las últimas tres décadas, el Ecuador se ha vuelto más dependiente de una economía basada en la exportación de materias primas obtenidas a través del extractivismo y el agronegocio (petróleo, banano, camarón, flores y otras *commodities*). Este modelo económico afecta principalmente a los pueblos campesinos e indígenas, a sus territorios y su salud.<sup>32</sup> Las políticas agrarias y los presupuestos invertidos en su desarrollo y promoción han beneficiado a los grandes y medianos empresarios agrícolas, mientras los pequeños productores, entre estos las mujeres campesinas, han sido injustamente excluidos. A pesar de que la agricultura campesina está decreciendo por las graves dificultades estructurales, todavía en el país más del 64% de la producción agrícola está en manos de pequeños productores, que cultivan el 60% de los alimentos para el consumo local. A pesar de que aseguran las bases de la soberanía alimentaria para toda la población, las familias campesinas poseen solo el 20% de la tierra y el 37% de agua de riego. Por su parte, las industrias agrícolas acaparan el 80% de la tierra, incluyendo un estimado de 63% del agua para riego.<sup>33</sup> Estas condiciones adversas para la subsistencia, el bienestar y la autonomía de las familias campesinas e indígenas presionan al abandono de sus comunidades para migrar a las ciudades y emplearse en trabajos temporales, generalmente inestables y precarios, como albañiles, trabajadores de la agroindustria, vendedores y prestadores de servicios informales. Según cifras de 2021, la pobreza por ingresos a nivel nacional se ubica en 32,2%, la pobreza por ingresos en áreas urbanas en 24,2% y en zonas rurales en 49,2%.<sup>34</sup> La figura 1 muestra la evolución de la pobreza por ingresos desde el 2007 al 2021 en los niveles nacional, urbano y rural.

Figura 1. Evolución de pobreza por ingresos: niveles nacional, urbano y rural.



Fuente: Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU), 2021.

Nota: LI y LS se refieren a los límites inferior y superior de la estimación, considerando un intervalo de confianza del 95%.

32. Ninguna de las épocas de auge de las exportaciones de productos como cacao, banano y petróleo mejoraron las condiciones de vida de las poblaciones mayoritarias; por el contrario, significaron mayores niveles de pobreza. En el caso del boom bananero de los años 70, hubo una mayor urbanización y un incremento de la pobreza en el campo, sobre todo en la Sierra. La esperanza de vida al nacer, en el periodo 1965-1970, alcanzó un valor inferior al promedio latinoamericano. El Ecuador era uno de los países con mayor porcentaje de población urbana sin suministro de agua por cañería (los otros eran Bolivia y Haití), y se ubicaba entre los cuatro países que tenían mayor déficit en la ingesta de calorías (junto con Bolivia, el Salvador y Haití). Con respecto a los logros en salud y educación, Ecuador ocupaba los lugares quinto y sexto si la pobreza se mide, respectivamente, por la mortalidad infantil y el analfabetismo. Larrea, Carlos, "Hacia una historia ecológica del Ecuador. Propuestas para el Debate", (Quito, Universidad Andina Simón Bolívar, 1989).

33. Ministerio de Agricultura, Ganadería, Acuacultura y Pesca MAGAP, "La política Agropecuaria Ecuatoriana. Hacia el Desarrollo Territorial Rural Sostenible 2015-2025", (Quito, 2016).

34. Instituto Nacional de Estadística y Censos. "Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU). Pobreza y Desigualdad", (22 Junio, 2021).



Este panorama se correlaciona con el deterioro de las condiciones económicas. El subempleo creció notablemente durante los últimos tres años, con un importante incremento en el 2020. El nefasto manejo de la emergencia sanitaria provocó mayor precarización. Según datos de 2020, existe 51% de personas trabajando en la informalidad, lo que implica que no tienen acceso a seguridad social.<sup>35</sup>

En cuanto al acceso a servicios, las desigualdades relacionadas con el acceso a agua y saneamiento son alarmantes. Garantizar el acceso sostenible al agua potable y saneamiento es una de las metas principales de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) e implicaba reducir hasta el 2015 la proporción de personas sin su acceso. A pesar de esto, existe un restringido acceso a agua potable y servicios básicos de saneamiento. Un estudio reciente que pone el énfasis en la intervención en salud reproductiva, materna e infantil muestra que, en 2012, año marcado por la recuperación de la estabilidad política, la promoción de políticas redistributivas, un mayor gasto social y una importante inversión en salud, solo el 50% de la población ecuatoriana correspondiente al quintil más pobre tiene acceso a cobertura en servicios básicos.<sup>36</sup> El mismo estudio revela que los quintiles ricos tienen 2,4 veces más cobertura en agua potable y saneamiento que los más pobres. En el país, dos de cada diez personas tienen acceso a agua potable. Los patrones de desigualdad entre áreas urbanas y rurales son vergonzosos. En Quito, la cobertura es consistentemente más alta en comparación con otras provincias de la Sierra, donde se concentran altos niveles de pobreza. Los médicos tienden a concentrarse en las grandes ciudades, lo que genera problemas serios de distribución. En la región Sierra, las provincias de Chimborazo, Bolívar y Cotopaxi son las que mayores carencias han tenido en lo que se refiere a cobertura de salud y saneamiento; además, presentan las tasas más bajas de médicos por cada 10.000 habitantes (aproximadamente 34 médicos).<sup>37</sup>

Estas diferencias territoriales expresan patrones de desigualdad entre áreas urbanas y rurales en el país, y reflejan el tratamiento que, desde el Estado, los gobiernos locales, las autoridades y la sociedad se da a los pueblos originarios y afrodescendientes.

La pandemia en un escenario de graves desigualdades en las condiciones de vida de los pueblos y nacionalidades indígenas implicó una mayor exposición a situaciones de vulnerabilidad y pobreza. Es el caso de Chimborazo, una provincia con condiciones de marginalidad incuestionables, donde los pueblos originarios han sido histórica y sistemáticamente discriminados del acceso a servicios y bienes, educación, salud, agua, saneamiento, empleo digno, inversión pública y condiciones aptas para la agricultura. Esta población vive en áreas rurales alejadas de los centros urbanos y abandonadas por las autoridades. El racismo y la falta de garantías para acceder a salud intercultural son limitantes estructurales.

---

35. Coba, Gabriela, "Cinco de cada 10 personas con empleo están en la informalidad", *PRIMICIAS.EC.*, (15 Octubre, 2020).

36. Ríos, Paulina et al., "Cobertura nacional y subnacional y desigualdades en intervenciones de salud reproductiva, materna, neonatal infantil y sanitaria en Ecuador: un estudio comparativo entre 1994 y 2012", *Int J Equity Health* 20, 48, (2021).

37. Ríos, Paulina et al., "Cobertura nacional y subnacional."



## 4. BREVE CONTEXTO DE LA PROVINCIA DE CHIMBORAZO

Chimborazo es una de las provincias con mayor población indígena y una de las más pobres del país. La pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) es del 64,9%, siendo el cantón Guamote, con mayor población indígena, el que presenta el 94,27% de pobreza por NBI. El porcentaje más bajo se ubica en el cantón Riobamba, con el 44,72%, lo que establece una marcada brecha entre los dos cantones.<sup>38</sup>

Junto con las provincias de la Amazonía y Esmeraldas, Chimborazo registra los porcentajes más altos de pobreza por ingresos, entre 34% y 53%; a diferencia de Guayas, Azuay y Pichincha, que están por debajo del 17%. Datos del 2020 también revelan para Chimborazo altos niveles de desempleo (6,3%), seguido por Morona Santiago, Bolívar y Cotopaxi.<sup>39</sup>

Información sobre empleo y actividades económicas la describen como una provincia agrícola. El 64% de la población indígena se dedica a la agricultura, ganadería, caza y silvicultura, más del 30% de hombres y del 35% de mujeres son agricultores, seguidas por otras actividades como comercio (10%) y construcción (8%); por último, el trabajo informal (venta de productos sobretodo agrícolas o servicios). El trabajo informal involucra al 78% de personas<sup>40</sup>, siendo la mayoría mujeres (74%).<sup>41</sup>

Las mujeres indígenas son las que mayor precarización laboral enfrentan: el 48.8% de mujeres productoras y el 55.8% de mujeres indígenas no reciben remuneración.<sup>42</sup>

Como en otras provincias de la Sierra, las comunidades campesinas de Chimborazo carecen de suelos fértiles, tierra y agua de riego, a pesar de que aportan con el 23% de la producción

38. Cruz, Juan Pablo, "Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial PDOT 2020-2030", (Provincia de Chimborazo, Abril, 2020).

39. Abad y Hurtado, "La pandemia en Ecuador."

40. Instituto Nacional de Estadística y Censos. "Encuesta Nacional de Empleo."

41. Fernández, Gabith, "Comercio informal en ciudades intermedias del Ecuador: Efectos socioeconómicos y tributarios", *Revista de Ciencias Sociales* (Ve), vol. XXVI, núm. 3, (2020).

42. Herrera, Stalin, "Movimiento indígena campesino y vías de democratización en el Ecuador: Los Ríos y Chimborazo", *Revista Ecuador Debate* 101, (2017).

nacional.<sup>43</sup> El deterioro ambiental, la falta de apoyos debido a políticas agrarias deficientes y la comercialización inequitativa, entre otros factores, inciden en el abandono de la agricultura de subsistencia y comercial, lo que empuja a las familias a buscar trabajos en condiciones de desigualdad, precarios e inestables. A estos factores hay que añadir la privación en el acceso a salud y educación, a vivienda de calidad y a alimentación variada y saludable.

Un estudio sobre las implicaciones del COVID-19 en las condiciones de vida en Chimborazo alerta sobre problemas como la migración laboral, la deforestación y la utilización de agroquímicos y pesticidas en la agricultura que,<sup>44</sup> de acuerdo con líderes y médicos indígenas, incrementan el riesgo para la salud de la población. Ellos analizan que la pandemia tuvo graves consecuencias para los pequeños productores debido a la interrupción de las relaciones de intercambio regional, que agravaron la crisis y obligaron a un mayor endeudamiento de las familias,<sup>45</sup> venta de su ganado y sus parcelas y abandono de las tierras para emplearse en trabajo temporales, en la construcción o en las plantaciones de productos para exportación.<sup>46</sup>

En Chimborazo existe cobertura de agua potable solo para la mitad de la población. Durante la pandemia, estas condiciones impidieron a los sectores indígenas y campesinos acatar las medidas de bioseguridad recomendadas; además, constituyen una de las causas para perpetuar la desnutrición crónica infantil y otras enfermedades prevenibles.

Existe una clara relación entre el acceso a la tierra, la pobreza y los perjuicios a la salud. Chimborazo padece altísimos niveles de desnutrición infantil a nivel nacional: uno de cada dos niños sufre desnutrición crónica y riesgo de sobrepeso y obesidad.<sup>47</sup> A 2021, las cifras revelan altos porcentajes de desnutrición en niños menores de cinco años en todos los cantones, siendo los de mayor población indígena los que registran los porcentajes más elevados: Ríobamba 51,9%, Guamote 55,1%, Alausí 57,6, Colta 52,5% y Guano 62,3%.

Además de los impactos de la pandemia, Chimborazo es, junto con Cotopaxi y Bolívar, una de las provincias menos atendidas en lo que se refiere a acceso a servicios de salud.<sup>48</sup> En el contexto de la emergencia sanitaria, por ejemplo, no se tomó en cuenta la dinámica de comercio y migración que mantiene la población chimboracense con la ciudad de Guayaquil. La pandemia afectó gravemente a las familias migrantes, que sufrieron altos índices de contagio y muerte y pusieron en grave riesgo a sus familias en Chimborazo, que les acogieron durante la emergencia sanitaria. La enfermedad, al igual que la interrupción de sus actividades laborales y comerciales en Guayaquil, implicaron un fuerte golpe a sus economías.

---

43. De Veintimilla, Ana María, "Mujeres Kichwa, Políticas Sociales y Soberanía Alimentaria", (Quito, Plataforma por el Derecho a la Salud, 2020).

44. McBurney, Matthew et al., "Land and livelihood."

45. Un fenómeno parecido ocurrió en las comunidades kichwa de la provincia de Imbabura según un estudio realizado por la autora. Ver De Veintimilla, Ana María, "Mujeres Kichwa."

46. McBurney, Matthew et al., "Land and livelihood."

47. En las últimas décadas, América Latina y el Caribe han venido experimentando una transición nutricional que ha generado lo que se ha denominado la doble carga de la malnutrición. Este fenómeno está caracterizado tanto por una coexistencia de malnutrición por déficit como por exceso, así como enfermedades transmisibles y no transmisibles. En este sentido, el concepto de malnutrición incluye, por un lado, a la desnutrición, incluidos los indicadores de bajo peso al nacer, la insuficiencia de peso, el rezago de talla, la baja relación peso/talla y el déficit de micronutrientes (hierro, zinc, vitamina A u otros), y, por el otro, al sobrepeso y la obesidad. Fernández, Andrés, Martínez, Rodrigo, Carrasco Ignacio, Palma, Amalia, "Impacto social y económico de la doble carga de la malnutrición. Modelo de análisis y estudio piloto en Chile, el Ecuador y México", (CEPAL, 2017).

48. Ríos, Paulina et al., "Cobertura nacional y subnacional."



Este breve contexto habla de las desigualdades y el racismo estructural que permanece y se profundiza en el país. Revela el orden de prioridades de los gobiernos, que siguen impulsando un modelo de desarrollo económico, cultural y político contrario a los derechos, al bienestar y a la salud de los pueblos indígenas. Por otro lado, se constata una brecha enorme en el acceso a bienes y servicios de los que gozan las principales ciudades del país, especialmente Quito, frente a la mayoría de las provincias. También se observa una brecha similar entre las capitales provinciales, como Riobamba, y los cantones y comunidades rurales de las respectivas provincias.

El acceso a servicios de salud para las poblaciones indígenas de Chimborazo es problemático. Existen barreras que se traducen en una atención inadecuada y de baja calidad, que no toma en cuenta las particularidades socioculturales y geográficas de la región, y donde se evidencia la ausencia de un verdadero diálogo intercultural que promueva la articulación de conocimientos médicos.

Mientras para los pueblos originarios la salud se sostiene en el cuidado del equilibrio que depende en gran medida de la calidad del entorno y de las interrelaciones, de la salud del tejido social, del acceso a fuentes de alimento y disponibilidad de territorios, que se nutre de la construcción colectiva del conocimiento, entre otros, el modelo médico hegemónico que se impone desde el Estado se caracteriza, como explica Menendez, "por su biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, profesionalización formalizada, legitimación jurídica, exclusión del conocimiento del usuario, y demás. Este modelo establece como subalternas al conjunto de prácticas sociales, legitimándose como la única forma de atender la enfermedad."<sup>49</sup>

Este último modelo a pesar de su creciente expansión y hegemonía,<sup>50</sup> no ha dado respuesta a las realidades, necesidades y demandas de estas comunidades.

También se observa una brecha similar entre las capitales provinciales, como Riobamba, y los cantones y comunidades rurales de las respectivas provincias (para profundizar en las relaciones interétnicas en Riobamba, consultar Hugo Burgos y Segundo Moreno).



49. Menéndez Eduardo, "Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria". Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. (30 de abril al 7 de mayo). Buenos Aires, 1988, p.451- 464.

50. Menéndez, Eduardo, "Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias", SALUD COLECTIVA, 16:e, (Universidad Nacional de Lanús, 2020).





## 5. SALUD INTERCULTURAL Y DESPRESTIGIO DE LA MEDICINA TRADICIONAL

### La principal barrera: el mismo sistema de salud

**D**elfín Tenesaca, presidente de la Coordinadora del Movimiento Indígena de Chimborazo (MICH) y líder de la CONAIE, comenta con preocupación: “para los pueblos la salud es emergente; en el Covid-19 no hubo respuestas desde la salud pública y son minutos que pueden salvar vidas. Mucha gente murió en sus casas”.

La emergencia sanitaria evidenció las graves falencias del sistema de salud pública en las áreas rurales en el Ecuador. Los médicos del sector público en Guamote analizan que el sistema de salud está entrampado en procedimientos burocráticos y sus políticas alejadas de la compleja realidad de los territorios. Una médica entrevistada dice que “la gente que está en el poder escribe la política desde sus escritorios y no conoce las complejas realidades del campo”. Denuncia tres temas diferentes relacionados con la desconexión entre las políticas y la realidad en el terreno. Por un lado, la escasez de profesionales de la salud para las diferentes especializaciones que se requieren. Por ejemplo, el Hospital de Guamote cuenta con una sola ginecóloga para atender a una población de 23.000 mujeres (en la zona rural y urbana del cantón). En segundo lugar, la escasez de medicamentos para las pacientes, que muchas veces no tienen recursos para comprarlos. Finalmente, la carga de formularios a los que los médicos destinan de cuatro a seis horas diarias y que, obviamente, va en detrimento de la calidad de la atención.

Según los médicos del área rural, su voz no es escuchada al momento de pensar en las políticas de salud. A pesar de que existen espacios interinstitucionales y comités de vigilancia comunitaria, se observó que no se da un diálogo horizontal e intercultural entre el personal de salud pública de los distintos niveles (nacional, provincial y cantonal), ni de estos con las comunidades. La interacción cercana entre los médicos del área rural y las comunidades, brinda una amplia perspectiva de sus dinámicas como de sus perfiles epidemiológicos y necesidades (por ejemplo, los médicos del área saben que los días de feria acuden más usuarios



a los servicios de salud y conocen a qué tipo de especialidad en salud acuden con mayor necesidad) información que se podría aprovechar para ampliar el personal de salud, el tipo de especialistas y la oferta de los servicios. Así, un intercambio fluido de conocimientos ayudaría a entender mejor la situación y complejidad de los territorios rurales para el diseño de las políticas.

Los médicos opinan que cuestiones como la insuficiencia de personal, la constante rotación de los profesionales en las áreas rurales y la ausencia de equipos de atención primaria en los territorios, ponen en riesgo el acceso y la efectividad del sistema. A pesar de que los servicios de salud pública cuentan con excelentes profesionales de la salud, los equipos médicos no pueden salir de los hospitales y los médicos de los centros de salud apenas tienen tiempo y presupuesto para movilizarse a las comunidades alejadas de los centros urbanos. Esto limita el acompañamiento, el acceso equitativo a la salud, el establecimiento de relaciones de confianza con los usuarios y la posibilidad de brindar una atención integral.

Los médicos privados entrevistados opinan que “el sistema de salud no da un trato humano a los usuarios, las personas solo representan números y estadísticas”. Coinciden en que la burocratización de la salud pública empobrece la calidad de los servicios. Para estos interlocutores, los usuarios acuden a los servicios públicos buscando soluciones a sus problemas de salud. Sin embargo, se encuentran con una atención donde no se sienten escuchados. Por eso “acuden a los servicios privados, para ser tratados como humanos y acceder a una atención que dé soluciones más acertadas a sus problemas de salud”.

En base a su experiencia en el sistema público y privado de salud, estos médicos consideran que muchos usuarios acuden a la salud pública con la esperanza de conseguir medicamentos y tratamientos para una solución más efectiva a sus problemas. No obstante, se topan con una serie de barreras. Una de ellas es que en los servicios de salud públicos solo se autoriza recetar paracetamol e ibuprofeno, medicamentos que las personas compran directamente en las farmacias para aliviar malestares comunes sin necesidad de pasar por las complicaciones para agendar una consulta. Esta situación no satisface sus expectativas y, en consecuencia, acuden a las clínicas o consultorios privados, donde reciben una mejor atención y medicamentos que se consideran más adecuados.

Algunos usuarios entrevistados explicaron que, por lo general, los hospitales rurales no tienen la capacidad de atender enfermedades graves. Terminan remitiendo a los pacientes a Riobamba, donde muchas veces tampoco existe capacidad, y finalmente pasan a Quito, donde han tenido mejores experiencias en la atención, pero a un costo excesivo para las familias. Estos usuarios comentan que no confían en la atención de salud de los centros y hospitales de las áreas rurales ni en el tipo de medicamentos que prescriben; prefieren salir a los centros urbanos para recibir una mejor atención.

Del otro lado, los médicos del área rural entrevistados señalan que, en el contexto de la pandemia, se evidenció que para el Estado los profesionales de la salud son tranquilamente sustituibles. Según ellos, el personal de salud no recibió un trato humano desde el Estado, ni se consideró su exposición y vulnerabilidad al virus. Durante la emergencia sanitaria los implementos para asegurar la integridad del personal de salud, como mascarillas y protectores, llegaron tarde, y los propios médicos tuvieron que adquirirlos con sus propios recursos.

El sistema de salud se halla entrampado, atravesado y fragilizado por varios problemas simultáneos: falta de presupuesto, burocratización, complejidad cultural de los territorios cuya dinámica no logra entender, escasez de profesionales de la salud, ausencia de un diálogo participativo e intercultural (tanto con los equipos médicos de los distintos niveles como con las poblaciones usuarias y sus sistemas médicos), demandas y necesidades estructurales—es decir, toda una trama de dificultades que impiden trabajar en función de una salud intercultural consistente. Además, como veremos en la siguiente sección, el modelo médico que se impone desde el poder exterioriza la matriz colonial que persiste en el país y en sus instituciones.



## Modelos, políticas públicas y exclusión

La política de salud en Ecuador se enmarca oficialmente en el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), cuyo objetivo anunciado es priorizar la atención individual, familiar y comunitaria con enfoque en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. En teoría, propicia la equidad en los servicios de salud y el respeto a la interculturalidad.

La Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R) es uno de los enfoques del MAIS, y tiene sus raíces en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma Ata, de 1978. Desde la reivindicación del derecho a la salud se colocó en el centro del debate la necesidad de mejorar las condiciones de vida de los pueblos e incluir la participación para alcanzar las metas propuestas. En 1986, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció que la estrategia de promoción de la salud implica reorientar el modelo de atención con un enfoque integral, donde las acciones de prevención y promoción son fundamentales. Este enfoque incluye la construcción de políticas públicas saludables, intervenciones intersectoriales, la promoción de estilos de vida y espacios saludables y la participación de la población.<sup>51</sup> En ese sentido, en la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, en 1992, se ve a la promoción en salud como un desafío para transformar las relaciones excluyentes, conciliando los intereses económicos y los propósitos sociales de bienestar para todos, fomentando la solidaridad y la equidad social como condiciones indispensables para la salud y el desarrollo.<sup>52</sup>

Sin embargo, a pesar de esta nueva orientación, las políticas neoliberales aplicadas en la década del 90 incidieron en que la APS se reduzca a intervenciones puntuales, se institucionalizaron las intervenciones focalizadas y de bajo costo para los pobres y se estimuló el crecimiento y consolidación de la salud como una mercancía, impulsando las acciones de salud centradas en un enfoque curativo y no preventivo. Esto profundizó la inequidad en el acceso a los servicios de salud.

Frente a estas carencias, el Plan de Desarrollo del Buen Vivir 2013-2017 reposicionó la estrategia de la APS como eje de los procesos de transformación de los sistemas de salud a partir de los siguientes objetivos:

- Facilitar la inclusión social y la equidad en salud;
- Promover los sistemas de salud basados en APS;
- Potenciar la promoción de la salud y promover la atención integral e integrada;
- Fomentar el trabajo intersectorial y sobre los determinantes;
- Orientar hacia la calidad de la atención y seguridad del paciente;
- Fortalecer los recursos humanos en materia de salud.<sup>53</sup>

Según este enfoque, se debe construir la participación social desde las necesidades y demandas más sentidas de los seres humanos. La posibilidad de generar espacios democráticos deliberativos y asociativos de poder ciudadano pueden convertirse, a corto y mediano plazo, en la oportunidad de generar procesos de transformación en el ámbito de la salud y la calidad de vida.<sup>54</sup>

---

51. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, "Manual del modelo de atención integral del sistema nacional de salud familiar comunitario e intercultural (MAIS-FCI)", (Quito, 2012).

52. Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud (Santa Fe de Bogotá, Noviembre, 1992).

53. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, "Manual del modelo de atención integral."

54. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, "Manual del modelo de atención integral."



Sin embargo, como se ha observado en este estudio, desde las instituciones de salud y sus agentes se interpreta a la promoción en salud como la incidencia en los comportamientos y hábitos de los grupos sociales, desde una visión que se asienta en su supuesta incapacidad e ignorancia respecto de la salud y los cuidados. A cambio, los pueblos y nacionalidades indígenas enfatizan que para ellos la medicina es preventiva y comunitaria y se debe priorizar estos ejes, como manifiesta Tenesaca.

La opinión de algunos médicos indígenas formados en Cuba, que trabajan en el sistema público de salud del área rural, apunta a que una de las falencias de la salud pública en el país es la ausencia de equipos médicos y de cobertura en APS. Estos médicos coinciden en que una de las claves del sistema cubano de salud es la formación de médicos familiares que conviven con las familias en el territorio. El énfasis en una cobertura *más amplia permite garantizar* la equidad en el acceso, la cercanía y confianza de las unidades familiares con el sistema de salud, lo que facilita la incidencia la calidad de vida de la población. El modelo cubano de salud ha sobrellevado varias crisis económicas y ha encontrado soluciones a la falta de presupuestos, incorporando a la medicina tradicional y natural como alternativa para los tratamientos terapéuticos. Otro de los pilares del modelo es el trabajo en equipo de todas las personas que componen el sistema de salud a partir de un enfoque científico y ético, y desde un abordaje del ser humano como ser biopsicosocial. Este enfoque social y comunitario de la salud ha sido fundamental para garantizar la equidad en salud en Cuba.<sup>55</sup>

Acá en el Ecuador se pretendió subsanar el vacío de equipos médicos en los territorios con los *Técnicos de Atención Primaria en Salud (TAPS)*, hombres y mujeres jóvenes de las propias comunidades capacitados para dar atención primaria en salud.<sup>56</sup> Sin embargo, según una médica entrevistada, “la mayoría de estos agentes ya no viven en sus comunidades, han salido a las ciudades”.

Según testimonios de médicos y parteras tradicionales de las comunidades, los/as TAPS se perciben como vigilantes de la política en salud y no como promotores que faciliten la articulación de conocimientos y prácticas distintas, ni que posibiliten una mejor comprensión de la problemática, necesidades y demandas de salud de los territorios a las entidades de salud. Según el testimonio de una técnica entrevistada, para los/as TAPS existe mucha presión desde las autoridades de salud para que cumplan con el papel de control y vigilancia, para que remitan a las personas a los servicios médicos y sobre todo a las mujeres embarazadas a los controles. Si bien los/as TAPS reconocen el papel de las parteras y médicos tradicionales en las comunidades, también tienen que integrarlas al sistema formal de salud, motivándolas para que asistan a las capacitaciones y les apoyen en el trabajo de control y vigilancia.

Continuando con el testimonio, se afirma que el papel de los/as TAPS no es valorado por la comunidad ni por el Estado. En el primer caso, por el rechazo que causa su papel de vigilar y controlar y porque, al no ser médicos, la comunidad percibe que no pueden resolver las necesidades de salud de las familias; su función se ha limitado a las personas a los centros de salud u hospitales del área. En el segundo caso, porque se les responsabiliza de las falencias del modelo y de no ser competentes en los territorios; además, están sujetos a una carga excesiva de trabajo debido a la escasez de técnicos y perciben una baja remuneración.

---

55. Domínguez-Alonso, Emma; Zacea, Eduardo MC, “Sistema de salud de Cuba”, *Salud pública Méx* vol.53supl.2, (Cuernavaca, Enero, 2011).

56. Durante el período 2013-2017 se formaron aproximadamente 1.500 TAPS, considerados el eje principal del MAIS. El objetivo fue llevar la salud a los hogares, comunidades y familias. El papel de estos agentes de la política pública en salud era trabajar directamente con la comunidad, fortalecer la participación social y la corresponsabilidad en salud como bases de un modelo de salud sostenible. Ministerio de Salud Pública, “Primer Encuentro nacional de Técnicos de Atención Primaria de Salud (TAPS) se realizó con éxito en Quito” (8 de Febrero, 2017).





Finalmente, los/as TAPS padecen de las mismas desigualdades y carencias que afectan a los pueblos indígenas. Ven este trabajo como una oportunidad laboral y hacen todo lo posible para cumplir con su trabajo. Los prejuicios y presiones en contra de estos trabajadores de la salud que, según las autoridades de las instituciones de bienestar social, se traducen en una “falta de capacidades humanas en el territorio”, reflejan la discriminación inherente al sistema de salud. En cierta medida, se responsabiliza a los/as TAPS de la brecha en el acceso a los servicios de las poblaciones rurales.

El MAIS acaba priorizando la promoción, el control y la vigilancia en salud basados en cambiar comportamientos desde una visión de superioridad hacia *los otros* inferiores (la población indígena). Los mecanismos de vigilancia y control de la política de salud, que en parte operan a través de los/as TAPS y los Comités de Vigilancia en Salud conformados por actores de la sociedad civil e integrantes de las comunidades indígenas, consisten en remitir a los usuarios a los servicios médicos. En el caso particular de las mujeres embarazadas, el objetivo es derivarlas a controles y garantizarles el parto hospitalario. En ese sentido, si bien desde las instituciones de salud se concibe que los/as TAPS en territorio son importantes, también se les culpabiliza de no ser eficientes y de su poca capacidad para el cumplimiento de las políticas. Estos ejemplos evidencian la falta de respeto a la interculturalidad y el trato discriminatorio que experimentan los indígenas al interior de los equipos de salud. Por último, el modelo no pone énfasis en la prevención ni en la dimensión comunitaria de la salud. El problema de la salud en las zonas rurales e indígenas es endosado a la irresponsabilidad de los individuos (aislados de su contexto social) y al lastre de la cultura, factores ambos establecidos desde una concepción colonialista de la salud.



“Antes nos tenían como ratones atendiendo escondidos en cuevas; recién desde Montecristi salimos a la luz”. Pedro Lema, Chimborazo.





## Discriminación en la atención médica

Uno de los médicos entrevistado para este estudio relata que, en una charla a sus colegas médicos sobre el parto con pertinencia intercultural, uno de ellos comentó que “no se pondría de rodillas frente a una india.”

Existe un reconocimiento de las actitudes y expresiones explícitamente racistas que se permiten en estos espacios, sin que nada se altere. Son conductas naturalizadas. Esta profunda expresión de racismo sigue vigente desde la colonia. Habla de la preservación del estatus, de la inferioridad de una persona frente a la superioridad de la otra, de sostener una condición “elevada” frente a una “humilde” como orden natural. Habla de un racismo que desvaloriza cotidiana y sistemáticamente al indígena.<sup>57</sup>

La atención de salud en Chimborazo es un marcador que diferencia de manera explícita y violenta a las personas, el trato que reciben y su estatus dentro de la sociedad; adicionalmente, define el acceso a los servicios y bienes públicos y privados, privilegiando a determinados grupos sociales frente a otros considerados subalternos. Estas desigualdades se traducen en diferentes formas de exclusión.

Delfín Tenesaca relata que en los hospitales de Chimborazo

es común ver gente del campo sentados en el callejón durmiendo y acompañando a sus familiares, esperando. Pero no se ve a la gente con recursos, a las personas que se creen blancos en la cola o durmiendo en la calle u hospitalizados ahí. Ellos están asegurados, en clínicas particulares, o pueden viajar al exterior para realizarse operaciones.

En los exteriores del Policlínico de Riobamba, así como en otros establecimientos de salud de las áreas rurales, es común ver una fila de indígenas, mujeres y hombres jóvenes, parejas y muchas veces ancianos, sentados en el muro del hospital esperando las noticias de sus familiares internados. A veces pasan más de cuatro horas bajo el sol o la lluvia, muchas de ellas sin recibir noticias; algunas veces les piden que regresen otro día o a la semana siguiente. Debido a las medidas de bioseguridad por el COVID-19, no está autorizado esperar en las salas del hospital. Tampoco se ha instalado una mínima infraestructura en la parte exterior para que los usuarios esperen sentados y bajo un techo. Muchas personas vienen de comunidades ubicadas a más de dos horas de traslado y con dificultades para la movilización. Con frecuencia deben pagar trasportes privados para salir de sus comunidades.

A menudo, las personas se acercan a los guardias de seguridad o a los porteros del hospital para conocer sobre la situación de sus familiares. Estos funcionarios no proporcionan información médica, sino únicamente indicaciones generales, lo que causa angustia y frustración en los usuarios. Muchos denunciaron que los médicos no salen a hablar con los familiares de los pacientes internados.

Un agravante para la adecuada atención en salud es la ausencia de personal que hable kichwa en los establecimientos de salud. Según opiniones de los usuarios, esto hace que se sientan mal atendidos y desinformados sobre el estado de salud de sus familiares internados. A pesar de esto, los equipos de salud, tanto públicos como privados, coinciden que hablar kichwa facilita la atención y promueve relaciones de empatía con los pacientes. Opinan que la base de las relaciones entre saberes es el respeto mutuo.

---

57. Reascos, Nelson, “Hay un discurso guerrillista-templario en el Gobierno”. PLAN V., (2 de diciembre, 2019).



Los médicos indígenas de la salud pública en áreas rurales consideran que hablar kichwa es una gran ventaja para la atención de la salud; al mismo tiempo permite tener una mirada más cercana de las realidades locales. Sin embargo, y a pesar de esta convicción, reproducen prejuicios racistas que dificultan la atención. Una médica entrevistada comparaba al kichwa con una discapacidad que entorpece una efectiva atención. Al mismo tiempo, ella ve que “los médicos maltratan a los usuarios porque no los entienden”. En ninguna de las dos apreciaciones menciona que es el equipo de salud el que debería aprender kichwa para mejorar el servicio, en el marco de las garantías para la salud intercultural.

El maltrato al que los usuarios se exponen en las instituciones de salud, como consecuencia del racismo institucional, es otra barrera para acceder a una atención adecuada. Como relata Tenesaca,

desde el portero hasta el gerente del hospital están inmersos en procedimientos burocráticos y jerárquicos que impiden el acceso. La actitud del personal es generalmente despectiva y agresiva, empezando por el guardia que impide la entrada de los usuarios con prepotencia. Luego, si se logra ingresar en la sala, el tiempo de espera es de una a tres horas hasta que le tomen los datos, después de lo cual se pasa a otra sala donde nuevamente se aguarda de dos a tres horas. Si la persona está grave, pierde la vida. Si accede a la atención y hay algún médico racional y honesto, le atiende y por lo menos le ponen un suero, pero si no viene el médico, pueden pasar dos a tres horas más. [En el contexto de pandemia] los servicios de salud pública carecían de médicos, camas, tanques de oxígeno y personal capacitado y con carisma para tratar a la gente. No había posibilidad de realizarse ni una prueba de sangre, tampoco exámenes más complejos. Esto devenía en verse obligado a acudir a un centro médico privado.

Para el dirigente, cuando la población indígena acude a la atención médica, se vulnerabiliza, y añade: “por eso desde las organizaciones hemos sugerido a la gente, no acudir a los hospitales”. Durante la pandemia de Covid-19, y ante la falta de una respuesta adecuada desde el Estado, y las deficiencias del sistema público de salud expresadas en el peligro de contagio y muerte en los hospitales, las organizaciones y comunidades indígenas establecieron formas autónomas para enfrentar la pandemia, que incluyeron el fortalecimiento de la medicina tradicional.

Según Tenesaca, pesa mucho si uno es una persona “importante” a la hora del acceso a la atención en salud y de un buen trato. En cambio, si no, si “uno es nada”, es muy difícil acceder a un servicio de calidad. Añade que algunos centros de salud tienen médicos y recursos, pero a veces no se tienen “compadres” o intermediarios para acceder a la atención. De la misma forma, en las clínicas o consultorios privados es más fácil ingresar si el “compadre” lo remite. Esta recomendación sirve inclusive para obtener un descuento en el costo de la consulta. Para el dirigente, la discriminación a los usuarios y la burocratización de los servicios se suman a la mercantilización de la salud:

Cuando se accede a la atención, el médico le da alguna orientación para que saque exámenes que se deben realizar en clínicas privadas, porque ellos no tienen los equipos, y ahí empieza el vía crucis. Hay que ir de una clínica a otra para encontrar un precio accesible, que no baja de 80 dólares; después depende del médico... Una vez más la gratuidad y el derecho universal a la salud no se cumplen. Los sistemas privados no han dado respuestas a las necesidades del pueblo en este contexto de crisis. Algunas personas han acudido a clínicas privadas, pero es como echar la vida a la suerte: unos se han salvado y otros han muerto.



La ausencia de un sistema público de salud sólido, y los intereses privados y corporativos que presionan a la mercantilización de la salud, exponen a las familias a vivir graves situaciones de vulnerabilidad e impotencia, en las que el acceso a la atención médica depende de la disponibilidad de recursos económicos suficientes, sin que eso necesariamente sea una garantía para encontrar solución a los problemas de salud.

A pesar del marco legislativo de la política de salud intercultural, existe una gran brecha entre esta y la forma como se interpreta desde los agentes institucionales de salud. Expresa la ideología racista que subyace en algunos médicos hacia los usuarios y las mujeres indígenas, prevalente tanto en el discurso como en la práctica médica, y determinante a la hora de tomar decisiones fundamentales con respecto a su vida.

Como se ha evidenciado en los textos anteriores, en los servicios de salud existe discriminación, un trato racista en contra de los usuarios y sus acompañantes, una relación vertical de los profesionales de salud hacia los usuarios, una grave burocratización del servicio y la mercantilización de la salud, entre otros aspectos que son auténticas barreras para el cumplimiento de este derecho.

### Cómo los profesionales de salud ven a los indígenas

La mayoría del personal de salud y médicos públicos y privados de Riobamba y Guamote entrevistados responsabiliza a la población indígena de su mal estado de salud y de su situación de pobreza y atraso. Se culpabiliza a “la cultura” de su “desobediencia”, “indisciplina” y “falta de corresponsabilidad” en la salud, lo que se extiende a otros ámbitos de la vida. Para algunos entrevistados, el progreso de estos pueblos está en las vías para insertarse en la sociedad dominante, por ejemplo a través del “sacrificio de la familia para dar estudio a sus hijos”. De esta forma se individualizan amplios sistemas sociales de dominación y se ponen el peso de la reproducción de la desigualdad racial sobre los hombros de los sujetos oprimidos por el mismo sistema.

Además “la cultura” es la culpable de la ineficiencia de los servicios de salud a partir de que la perciben como el factor que explica la falta de preocupación de la población indígena por su salud y el bienestar de sus familias. Esto también implica la visión *del otro* como un sujeto pasivo frente a su salud. Se culpabiliza a la población y en especial a las mujeres utilizando frases como la siguiente:

A las mujeres indígenas no les importan sus hijos, prefieren ser mujeres antes que madres; tienen hijos, los dejan y se van con otros. Es una población bien complicada. Las comunidades quedan muy lejos. Los médicos de primer nivel cuando las visitan, no encuentran a nadie porque las mujeres salen al campo.

Esta idea, junto con un discurso moralista que sustenta el afianzamiento de estereotipos y prejuicios, refleja varias cuestiones. Por un lado, la deshumanización del otro, negar el papel socialmente valorizado de madre, que se caracteriza por su intensa preocupación por sus hijos. Además esta valoración expresa que el médico se siente esencialmente superior al otro y con derecho de juzgarlo, denota a su vez, las relaciones desiguales de poder. Por último, expresa el ocultamiento de las desigualdades históricas y estructurales que afectan de manera particular a algunos segmentos de la población.

Para algunos profesionales de la salud, las prioridades de la población indígena son de índole material, más no la salud de sus familias. Hay expresiones que refrendan esta idea: “cuando se enferma un niño no se le atiende, pero cuando se enferma una vaquita sí, porque es productiva”. A esta visión del indígena como un ser materialista se le contraponen la percepción altamente valorada del indígena como yachak y sanador espiritual. La primera visión romantiza y esencializa al indígena, mientras la



segunda juzga duramente sus aspiraciones materiales. Lo ilustran comentarios como este: “los indígenas sacan provecho de su condición étnica cuando hay concursos de méritos y oposiciones en los establecimientos de salud o de educación; ahí sí usan lo indígena para aprovechar las ventajas”. Estas dos visiones son absolutamente discordantes, contradictorias: por un lado, conciben al otro como un ser no humano, sin contradicciones, puro; por otro lado, lo ven como un ser calculador, corrupto, materialista y aprovechador.

Varios médicos del sector privado y público de Chimborazo desestimaron los reclamos de los usuarios y su rechazo por la ineficacia de la atención. Estas actitudes revelan una forma de racismo, que se presenta cuando las poblaciones consideradas subalternas pasan de ser concebidos como sujetos inofensivos y buenos a ser sujetos sociales y políticos con voz para reclamar sus derechos. Este cambio causa un profundo malestar en el personal médico. Así, mientras el indígena responde a la imagen del buen salvaje, en imágenes folklóricas festivas y rituales, tiene la complacencia de los mestizos. Pero cuando demanda un trato igualitario, se enfrenta al rechazo de la sociedad. Así “se configura una especie de supremacía mestiza, que acepta a los indígenas siempre y cuando sean sumisos, pero cuando reivindican sus derechos ya no les gusta.”<sup>58</sup>

En Guamote la población indígena presenta graves problemas dentales. Para algunos médicos es un mal de la raza; para otros, se debe al desinterés y despreocupación de la población por sus problemas de salud. Un odontólogo entrevistado comenta que, si bien las personas tienen la dificultad de transportarse desde las comunidades alejadas para hacerse los chequeos, “tampoco tienen la cultura de hacerse la limpieza tres veces al año. Si no hay dolor no vienen al médico. Esa parte es molesta porque uno educa, pero todavía la gente no entiende que se debe prevenir”. También anota que los equipos de salud no se desplazan a las comunidades por falta de presupuesto, pero insiste en que la comunidad es poco receptiva a las indicaciones odontológicas e irresponsable en el cuidado de su salud. Sin embargo, investigaciones realizadas en el cantón concluyeron que la causa de estos problemas dentales es la alta concentración de flúor en el agua,<sup>59</sup> proveyendo un ejemplo de cómo un asunto material es mal leído desde una óptica colonial como un tema cultural.

Otra de las características que se atribuye al indígena y que explica su “atraso” en relación con la población blanco-mestiza es el “resentimiento” expresado en su resistencia histórica. Según uno de los médicos privados entrevistados, para contrarrestar esta actitud

se debe trabajar en su idiosincrasia; hablan de resistencia, pero resistencia es cuando tú resistes a algo y eso genera ira, odios, frustraciones, venganza. Esta actitud resulta en una mayor opresión, menor autoestima y racismo hacia los que te rodean, donde se aprovecha la condición de pobreza para pedir cosas.

El concepto de pobreza ha sido usado por quienes elaboran y aplican acciones respecto de los pobres, como los organismos internacionales de desarrollo. Esgrimen este concepto para canalizar los fondos destinados a erradicar la pobreza. Así se refuerzan estereotipos y prejuicios naturalizados, como calificar de atrasados a los pueblos originarios. De este modo se invisibilizan las desigualdades y el racismo estructurales.

---

58. Reascos, Nelson, “Hay un discurso guerrillista-templario”.

59. Aguirre, Juan, “Calidad del agua y su relación con las patologías en la cavidad oral de los niños de 8 a 12 años, en la Escuela Fiscal Mixta Laura Carbo de Ayora, de la provincia de Chimborazo, cantón Guamote, [Tesis de Grado] (Universidad Nacional de Chimborazo, 2014).



Este tipo de comentarios se acompañan de algunos ejemplos, que son juzgados con dureza. El más común es que los indígenas se aprovechan de su condición étnica para acceder a becas, trabajos y ascensos dentro del sistema de salud. Estos comportamientos, supuestamente inmorales, ocultan los privilegios sociales de ser médico blanco-mestizo en la sociedad riobambeña. Se considera casi un delito valerse de la cuestión racial para aprovechar los escasos beneficios de ser indígena.

La resistencia se percibe como una condición y como una actitud que persiste y se remite a un pasado histórico. La opinión mayoritaria es que este sentimiento debe ser abandonado, porque pertenece a un pasado de exclusión y violencia y no a la modernidad, entendida como un proyecto de progreso sustentado en la superación individual. Se reconoce la injusticia social en contra de los pueblos y nacionalidades indígenas, se valora su lucha histórica para ser reconocidos en el marco de la interculturalidad y la plurinacionalidad, pero al mismo tiempo se desnaturaliza su protesta, soslayando el hecho de que esa reacción política se da en un escenario de relaciones asimétricas y violentas impuestas, arraigadas y legitimadas por una sociedad dominante, cuyo poder no podría alcanzarse sin la base de la desigualdad.

Los profesionales de la salud entrevistados coinciden en que los médicos y el personal de salud tratan a la gente despectivamente. Pero al mismo tiempo se ubican en una posición de superioridad respecto de la población indígena, posición que se manifiesta con argumentos esencialistas, reduccionistas y deterministas frente a ese grupo social.<sup>60</sup>

Existen criterios peyorativos en contra de los indígenas, como el de un médico privado con experiencia en salud pública, quien afirma que “los pacientes solo exigen y no aportan, se les da medicamentos de forma gratuita y no los toman, no valoran la atención pública porque es gratuita, y por eso reclaman y se quejan.” Otros insisten que “se debería cobrar por la atención con el fin de que se valore el esfuerzo del Estado. El indígena debería agradecer en vez de reclamar.” Así se considera la atención en salud como un favor del Estado hacia la población y no como un derecho humano que se debe garantizar. La idea de que los usuarios no tienen derecho a quejarse o a reclamar, no solo porque la atención es gratuita, sino porque se quiere un sujeto sumiso y sin derechos, es bastante común entre el personal de salud.

En el contexto de pandemia, el equipo de la coordinadora zonal se quejaba recurrentemente del incumplimiento de las medidas de bioseguridad por parte de la población indígena. Sin embargo, este discurso subvaloraba el peso de los factores estructurales, las condiciones de vida, la vivienda, la falta de acceso a servicios básicos que persiste hasta ahora, determinantes fundamentales de la salud y que les golpearon con mayor fuerza que a otros sectores de la población<sup>61</sup>.

Los profesionales indígenas también sufren discriminación dentro de las instituciones de salud. Aunque poseen el mismo rango que sus pares mestizos, viven situaciones de racismo y exclusión. Así ocurrió con un caso de reparto de vacunas para el personal médico en un hospital rural. Un médico indígena comenta que fue tratado como la oveja negra al ser excluido del beneficio de la vacuna por una autoridad superior, aun cuando su nombre constaba en la lista de vacunación.

Un resultado del racismo es la vergüenza a la identidad basada en la idea de la inferioridad del indígena frente a la superioridad del blanco. El testimonio de una médica indígena es idóneo para ilustrar esta situación:

---

60. Ver De la Torre, Carlos, “El racismo en Ecuador: Experiencias de los indios de clase media” (Quito, Centro Andino de Acción Popular CAAP, 1996).

61. Abad y Hurtado, “La pandemia en Ecuador.”



No habemos muchos médicos indígenas porque mucha gente se avergüenza de ser indígena. Hay otra gente indígena que, como ya están trabajando en el sistema de salud, dicen “yo no soy indígena, soy mestizo”, y tratan mal a sus compañeros indígenas por el simple hecho de tener bata y un título. En cambio, hay mucha gente que, para concursos de méritos y oposiciones, es indígena, pero para maltratar a la gente ahí sí es mestizo. Todo el mundo debería tener el mismo trato.

La discriminación que prevalece en la sociedad ecuatoriana se expresa de muchas y complejas maneras. Muchos años atrás, De la Torre apuntó que los médicos que trabajan en los servicios de salud en zonas marginales están dentro de una estructura de salud organizada y controlada en su mayoría por blanco-mestizos, que implican para ellos espacios de discriminación.<sup>62</sup>

Las concepciones del personal administrativo y médico de la salud respecto de los usuarios obedecen a una visión colonial y racista, que problematiza los comportamientos y prácticas de los indígenas. Son recurrentes los discursos que resaltan la ausencia de corresponsabilidad de los usuarios respecto de su salud, su irresponsabilidad y falta de cuidados, su incapacidad e ignorancia. Así, se percibe al indígena como un sujeto pasivo frente a los cuidados relativos a su salud y su vida. Lejos de analizar lo complejo de la salud, en el marco de las desigualdades y el racismo estructural, se concibe que la situación de los pueblos indígenas se debe a su condición a su cultura y a su resistencia. Estas formas de racismo, como se verá más adelante, se extienden a la desvalorización de sus prácticas y conocimientos médicos y al desprestigio de los médicos y médicas tradicionales.

## Desprestigio a la medicina tradicional

Según la ley que lo constituye, el Sistema Nacional de Salud en el Ecuador:

tiene como reto fundamental incorporar de manera transversal el enfoque intercultural en el modelo de atención y gestión, y que los recursos de la medicina tradicional y medicinas alternativas sean complementarios. 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.<sup>63</sup>

Para el cumplimiento de estos objetivos se debe fortalecer el MAIS con enfoque familiar, comunitario e intercultural (MAIS-FCI), que implica 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 Ministerio de Salud ha reconocido que:

a nivel local existe una red de agentes de salud de la medicina indígena y tradicional que históricamente han tenido un papel protagónico en la atención y cuidado de la salud de la población. [...] Para lograrlo se requiere, entre otras acciones, la formación y capacitación del recurso humano en el enfoque intercultural, generar actitudes

---

62. De la Torre, Carlos, “El racismo en Ecuador.”

63. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, “Manual del modelo de atención integral”.



y condiciones para garantizar una interacción con las y los usuarios respetando sus conocimientos y prácticas de salud, con la activa participación de los actores de la medicina ancestral y alternativa, que contribuyan a recuperar, fortalecer y potenciar sus saberes y prácticas en función de una atención integral.<sup>64</sup>

Integrar a yachaks<sup>65</sup> y parteras tradicionales en el sistema de salud es uno de los acuerdos de la política de salud intercultural. Al abordar el tema de la interculturalidad en el marco de la salud, una promotora de salud de la ciudad de Riobamba se refiere a las parteras como “parteritas”; sobre la articulación de saberes comenta: “nosotras capacitamos a las parteras en todo lo que se refiere al parto y ellas nos enseñan a usar sus hierbitas”. A pesar de que los médicos y el personal de salud pública de Riobamba y Guamote reconocen la medicina tradicional, y que algunos buscan incorporar algunas de sus prácticas, se observa que no dejan de concebirla como un saber marginal, y tratar con ello un requisito obligatorio que deben cumplir.

El relacionamiento cotidiano de los mestizos con la población originaria, como analiza Reascos, está cargado de racismos blandos, particularmente en el trato.<sup>66</sup> Si en los mercados los mestizos llaman a las personas de los pueblos originarios con apelativos como “caserita,” “mijita,” “mamita”, etc., en las instituciones de salud se habla de las “parteritas” que enseñan a usar sus “hierbitas”. Según la mayoría de las personas, el uso de diminutivos supone un trato bondadoso, afectivo o cariñoso. Sin embargo, se debe insistir en que este trato cotidiano, que se piensa suave e inocente, denota un racismo vigente en la sociedad ecuatoriana y derivado de concepciones del siglo XVI, que perciben al indígena como infantil, un ser al que hay que ayudar y proteger. No es más que una visión paternalista y asistencialista de las relaciones sociales dominantes.

64. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, “Manual del modelo de atención integral.”

65. Líderes espirituales, hombres de la sabiduría de la Medicina Ancestral y espiritual.

66. Reascos, Nelson, “Hay un discurso guerrillero-templario.”





En esa misma línea se concibe los saberes de los pueblos originarios como inferiores frente a la hegemonía de la biomedicina. Desde el Estado se pretende enseñarles a las parteras todo lo referente al parto, mientras ellas intercambian conocimientos sobre sus “hierbitas”. La relación desigual que entraña este tipo de trato parte de una subvaloración de sus saberes médicos ancestrales e invisibiliza su papel histórico en la salud de las mujeres y de los pueblos y nacionalidades indígenas. Aunque se lo resalta y valora en los documentos de la política oficial de salud, no se lo traslada a la práctica médica. De por medio está la idea de que las prácticas médicas tradicionales implican riesgos. Por ejemplo, se considera que las parteras tienen conocimientos útiles sobre plantas, pero definitivamente no se les puede confiar la atención del parto. En concreto, no existe un diálogo intercultural real, que permita y potencie la praxis de la interculturalidad. No obstante, uno de los programas de la política de salud comprende la carnetización de las parteras.

De hecho, los profesionales de la salud ven como un problema a la obligatoriedad de incluir a los agentes de la medicina indígena en los sistemas de salud. Según una médica de Guamote,

tenemos el problema con ellos y con la medicina ancestral, porque quieren remuneración, pero ¿quién les paga? Cuando ellas vienen a recibir capacitaciones, de nuestro dinero ponemos transporte y comida, ahí sí vienen. Y realmente todos debemos comer, ellas no están lejos de exigir algo que sí les compete, pero en el Estado no hay dinero.

Como manifiesta esta médica, se delinear políticas para las cuales no se destina un presupuesto. En consecuencia, se incrementa la ya excesiva carga de responsabilidades de los profesionales de la salud: muchas horas de trabajo, alta demanda por la falta de especialistas, bajo salario. Encima tienen que subsidiar la participación de las parteras y los yachak, quienes a su vez estarían subsidiando al Estado y al sistema capitalista al tener un papel importante en la economía de los cuidados sin tener remuneración. Una médica del servicio público de salud del área rural lo precisa de la siguiente manera:

a nosotros nos toca incluir a parteras y yachak y todas esas cosas. Hemos dado capacitaciones, ellos igual nos han enseñado la limpia del cuy y todas esas cosas, pero sinceramente también las compañeras parteras enseñan a tomar a las mujeres embarazadas agua de chocho para acelerar el parto, o huevo, o esto y lo otro. Hay cosas como el agua de higo, que esa sí tiene propiedades como oxitocina y otras, y eso sí sirve.

En vez de un diálogo intercultural, se considera que los conocimientos de los agentes de la medicina tradicional no son válidos o son inferiores, que deben profesionalizarse para adquirir conocimientos biomédicos, más valorados y legitimados por el Estado y su sistema de salud. No se reconoce que existen saberes y prácticas distintas. Las prácticas de la medicina tradicional son aceptadas siempre y cuando sean comprobadas y legitimadas por la ciencia occidental.

Algunos médicos formados en biomedicina estudiaron posteriormente medicinas alternativas, entre ellas la medicina indígena. Ellos opinan que la formación médica debería contemplar la medicina tradicional, para no juzgarla. Sin embargo, existe una mayor valoración por las medicinas alternativas (natural, homeopática, bioenergética) que por la medicina tradicional, concebida más bien como un conjunto de creencias culturales.

El personal de salud pretende que las parteras cumplan con el papel de remitir a las mujeres embarazadas a los centros de salud u hospitales para controles médicos, asistencia del





parto, vacunas, etc.; o para “avisar” a los técnicos en salud dónde hay una mujer embarazada y en qué estado se encuentra su embarazo. Sin embargo, a la hora de asistir partos, las parteras se limitan al papel de asistentes de los médicos. Esto comentan lideresas kichwas de Imbabura, con quienes se conversó en el marco de este estudio: “cuando las parteras acuden a los hospitales para asistir partos, son relegadas como asistentes de los médicos, para pasarles implementos, mas no ejercen sus conocimientos.” En palabras de una partera de Chimborazo, “a pesar de que no somos reconocidas y no recibimos remuneración, lo hacemos por ayudar.”

Según una joven TAPS, las parteras deberían ser remuneradas como las técnicas, porque se les pide un trabajo parecido en los territorios. Comenta además que algunas parteras ya no quieren ejercer sus funciones porque es riesgoso: “si alguna cosa pasa con alguna embarazada, investigan a la partera también; si ha visto señales de peligro y no ha avisado a tiempo, se pone en riesgo.” Las consecuencias legales de ejercer sus prácticas, el miedo que se ha infundido sobre sus actividades y las presiones por profesionalizarlas desde las instituciones de salud, empujan a las parteras a no querer ejercer sus conocimientos.

Como está descrito en otros estudios para el caso de las parteras, la incorporación de la medicina tradicional dentro de los hospitales y centros de salud no se realiza en igualdad de condiciones, lo que da lugar a una subordinación de estas dentro del ámbito de poder de la biomedicina<sup>67</sup>. En la práctica, este proceso se traduce en diversas formas de violencia y maltrato cotidiano del personal sanitario hacia el médico tradicional.

Según un médico indígena de la Pastoral de Riobamba, “el Estado no nos respeta, nos han llamado de brujos, hechiceros, de qué forma.” Y añade que “no ha habido un reconocimiento de los médicos tradicionales desde el Estado.” A pesar de su experiencia y trayectoria en la medicina tradicional y sus estudios en medicina indígena, considera que no son tomados en cuenta por el Estado y que no hay espacios para realizar sus prácticas en el sistema público de salud.

Este mismo médico hace referencia a las protestas de octubre de 2019, y reflexiona:

lo que demandamos es la igualdad, acceso a recursos en igualdad, garantías en nuestros territorios para tener salud, pero cuando reclamamos nos llaman vandálicos, terroristas, criminales; pero ¿quiénes están criminalizando?, ¿quiénes están matando? ¡No es justo! Murió mi familia, murieron otros compañeros. No dormimos tranquilos.

El desprestigio en contra de los médicos indígenas es racismo duro, como anota Reascos. Al contrario del racismo blando, percibe al indígena como una amenaza a la sociedad por ser un sujeto social y no un objeto de comparsa que la institucionalidad recrea.<sup>68</sup>

Para Tenesaca, no existe un respeto y una articulación entre los diferentes sistemas médicos dentro de la política de salud. Más bien “existe un trato despectivo y racista hacia el médico indígena y las prácticas de la medicina tradicional”. Tenesaca rescata el compartir de saberes, las relaciones solidarias y el intercambio de conocimientos de la medicina tradicional que se han dado entre los diferentes pueblos y nacionalidades del país durante la pandemia a fin de prevenir y aliviar el COVID-19. Y añade:

La salud indígena, al igual que la resistencia de los 529 años, está también en resistencia. Está clandestina, guardada, escondida, desconsiderada, desconocida, discriminada. El estado de salud en nuestras comunidades es así; casi de milagro vivimos, no vivimos muchos

---

67. Ramírez Hita, Susana, “Salud Intercultural.”

68. Reascos, Nelson, “Hay un discurso guerrillista-templario.”





años, mueren muchos niños y mujeres. Estos últimos 20 años, ya con los avances en la tecnología, dejamos de lado las agüitas de los brujos, creyendo que la medicina moderna, occidental, es la verdadera ciencia. Así nuestra medicina cayó en crisis. Pero en el COVID-19 se convierte en una alternativa que no reemplaza a la medicina occidental, sino que se complementan. Eso sería la interculturalidad, pero la interculturalidad es cuando nos respetamos; mientras esto no se da, no hay interculturalidad.

La interculturalidad en salud requiere del reconocimiento de la existencia de diferentes saberes y de un diálogo horizontal para promover la articulación de los conocimientos y prácticas, la participación de los grupos sociales en la política, la defensa de su autodeterminación. En el marco de la salud en Ecuador, estos componentes no se cumplen. La falta de articulación entre saberes y prácticas médicas hace que la interculturalidad sea un discurso despolitizado, utilizado por el Estado como una estrategia para apaciguar las diferencias, mientras no se hacen transformaciones profundas para cambiar la violencia y la desigualdad estructurales en el país.<sup>69</sup>

En esta sección se ve la vigencia de una negación de la alteridad en varios niveles. Por un lado, en la percepción negativa que se tiene de los indígenas como miembros de sociedades carentes y subordinadas. Por otro lado, mediante la fisura entre el conocimiento (verdadero) del “experto”, el conocimiento (creencia) “local” y la negación del segundo (local) por el primero (experto).<sup>70</sup>

Así, la interculturalidad como concepto emancipatorio, dinámico y político que puede posibilitar la transformación y la emancipación de la sociedad, se vacía.

### Persecución, mujeres indígenas y prácticas del parto tradicional

En los planes de desarrollo aprobados desde 2007, y que continúan en el Plan de Desarrollo Toda una Vida 2017-2021, la política de salud reproductiva, materna e infantil se vuelve emblemática en el país, en el marco del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODS) de reducción de la mortalidad materna y de niños y niñas menores de cinco años. La Constitución, en el capítulo II, artículo 66, establece que

se reconoce y garantizará a las personas el derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, y su vida y orientación sexual. El Estado promoverá el acceso a los medios necesarios para que estas decisiones se den en condiciones seguras.

Sin embargo, ya en el territorio, y a partir de los testimonios de familias y mujeres entrevistadas para este estudio, existe una especie de “cacería” de mujeres para controlar que acudan a los controles médicos durante el embarazo, que realicen partos hospitalarios, que vacunen a sus hijos, que opten por métodos anticonceptivos, entre otros objetivos.

---

69. Ver Walsh, Catherine, “Interculturalidad, plurinacionalidad y decolonialidad: las insurgencias político-epistémicas de refundar el Estado”, Tabula Rasa. Bogotá - Colombia, No.9, (julio-diciembre 2008), pp.131-152; Ramírez Hita, Susana, “Salud Intercultural.”

70. Blazer, Mario, “Storytelling Globality: A Border Dialogue Ethnography of the Paraguayan Chaco”, (Durham: Duke University Press, 2006).





Las mujeres entrevistadas describen peleas dentro de los hospitales enfrentándose a médicos y enfermeras por decidir no dar parto hospitalario y optar por otro tipo de parto, en casa, con partera o con mujeres de la familia que manejan los conocimientos y prácticas del parto. Según una mujer de Guamote con quién se conversó sobre su experiencia con el parto de su nuera,

una vez que te internaron, es muy difícil salir. Por un lado, te amenazan diciendo que si algo pasa con las vidas de la madre o el bebé no es responsabilidad de ellos; por otro lado, y si no eres fuerte y firme, te convencen de dar parto hospitalario como decida el médico.

Las usuarias entrevistadas cuentan que esta obligatoriedad, que se impone desde los profesionales de la salud, opera sin su consentimiento ni el de sus familias, en contra de su voluntad y desprestigiando otras formas de atención del parto que la gente práctica. Es obvio que desde el sistema de salud se apunta a que toda la sociedad se ajuste a un único modelo médico, que responde al proyecto ideológico blanco-civilizatorio que se sostiene en una visión particular del mundo y de la vida<sup>71</sup>. En la práctica, se excluye la diversidad de formas de atención a salud.<sup>72</sup>

Es importante reflexionar que la interculturalidad en salud implica que los agentes de la salud tengan apertura para reconocer saberes y prácticas médicas distintas, aceptar los límites de cada sistema médico y comprender la pluralidad en la medicina. Esto sucede con frecuencia en la trayectoria de las personas y sus familias en la búsqueda de restaurar la salud. Generalmente acuden a diferentes sistemas curativos, práctica que ha sido ampliamente registrada<sup>73</sup>. Las familias han acudido a la medicina indígena y a otras medicinas (naturista, alternativas) para tratar el COVID-19. Pero, como explica Tenesaca, también han asistido a los hospitales cuando han necesitado un suero para ayudarse en el tratamiento.

Se debe regresar la mirada a los agentes y procesos médicos ancestrales y reivindicar la medicina tradicional que los pueblos han ido tejiendo, de modo que se pueda enfrentar las crisis y asegurar los cuidados desde una perspectiva distinta.

---

71. Cuvi, Juan, "Curar y Someter."

72. Ramírez Hita, Susana, "Salud Intercultural."

73. Ver Kleinman, Arthur, "Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry" (Vol. 4). (University of California Press, 1980); Follér, Maj-Lis, "Intermedialidade: A zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde" en Langdon, Esther & Garnelo, Luiza. eds., "Saúde dos povos indígenas: Reflexões sobre antropologia participativa." Associação Brasileira de Antropologia (2004); Langdon, Esther, "Salud Indígena en Brasil: pluralismo médico y autoatención." Desacatos 58 (Centro de Investigaciones y Estudios en Antropología Social, 2018), pp.8-15.





<https://ideas.coop/jambi-kiwa-o-las-plantas-que-curan-una-cooperativa-de-exito-de-mujeres-ecuatorianas/>

## 6. LA MEDICINA INDÍGENA COMO CLAVE PARA UNA SALUD COLECTIVA

### Una perspectiva de la salud distinta

Para los médicos indígenas y las parteras con quienes se conversó para este estudio, la enfermedad es expresión de un desequilibrio en sus territorios-cuerpos. La salud tiene que ver con la calidad del tejido social, con las relaciones sociales y con el entorno. El desequilibrio se expresa en la enfermedad.

Según un médico indígena, “estamos consumiendo y respirando veneno.” Entre varios factores, se concibe que la destrucción de la naturaleza impacta en la salud de las personas: en lo que respiran, en lo que comen, en sus relaciones sociales y espirituales, porque se concibe a la persona desde una perspectiva biopsicosocial. La contaminación de la tierra, del agua, del aire, crea enfermedad y muerte. Se analiza que el uso de pesticidas y fertilizantes en la agricultura que se ha intensificado en las últimas décadas provoca enfermedades a las personas y al planeta.

La salud tiene que ver con el cuidado de la madre tierra. La ambición humana y el uso del poder al servicio del lucro y de las guerras se oponen a la ética del cuidado; los modelos de extracción y destrucción de la naturaleza, de los animales, de los alimentos, de las fuentes de vida, resultan en enfermedad. Para el médico, “la sociedad calla, pero nosotros reclamamos la defensa de la casa común.”

La medicina ancestral está ligada a la agricultura y al sostenimiento de la vida. Mamá María, partera de Guamote, opina que es fundamental mantener las chakras y los animales para el cuidado de la salud. Sus cultivos de alimentos andinos, así como la crianza de sus animales, le han permitido sostener a sus hijos y brindarles salud. Para ella, los alimentos sanos son los del campo. Sin embargo, analiza que los jóvenes ya no quieren comer las comidas tradicionales, como el chapo, el morocho, la colada de oca o de mashua con leche, que tiene proteínas y vitaminas. Ahora, dice, solo quieren papas fritas, pan, huevo. Ella relata que, “las mujeres tienen anemia porque no se alimentan bien, toman solo agüita y pan al mediodía, o pan con cola.”



Conectado con lo anterior, el médico indígena entrevistado analiza que la cura no está en las medidas paliativas e inmediatistas, está en las garantías para tener territorios libres de extractivismo y sanos para vivir, para el acceso a alimentos naturales, sanos y diversos producidos por las comunidades. Él analiza que uno de los factores para el apareamiento de las enfermedades en los pueblos originarios son los cambios en la alimentación: “nuestras comunidades consumen cada vez más alimentos industriales y refinados, hay cada vez más obesos, hipertensos y diabéticos, eso no es justicia social.” La salud está en acceder a un modo de vida sano, a una alimentación y nutrición adecuadas, a un entorno donde existe agua, tierra y aire limpios. Por el contrario, se han ido contaminando y destruyendo los territorios comunitarios y minando sus condiciones de vida, a lo que se suma que no existe una política sólida de salud preventiva en el campo. “Al contrario de promover una salud integral, la política en salud apunta a una mayor medicalización de las personas”, concluye.

La pandemia profundizó la gran desconfianza de la población indígena en el modelo médico hegemónico y en la administración de la salud pública. El manejo de la emergencia sanitaria estuvo marcado por una gestión deficiente. Se implementaron políticas sanitarias que resultaron en miles de muertes, sobre todo de los grupos más vulnerables, junto con las irregularidades en la compra de insumos médicos (mascarillas, pruebas de COVID-19 o bolsas para transportar cadáveres), corrupción y desabastecimiento en los hospitales.<sup>74</sup> Este panorama desolador se complementó con la distribución arbitraria de vacunas, beneficiando a las élites, a los funcionarios de alto rango y sus familias. Frente a esta situación, los pueblos y nacionalidades indígenas, como explica Tenesaca, activaron y revalorizaron la medicina tradicional.

## Interculturalidad y reivindicación de la medicina tradicional

A pesar de estar en los márgenes de la política de salud y de no ser reconocidos por el Estado, los yachak, las parteras y los demás actores de la salud indígenas continúan ejerciendo sus conocimientos y prácticas médicas en las comunidades, pueblos y ciudades. Gran parte de la labor de promocionar y promover la salud preventiva en las comunidades rurales ha sido realizada por agentes de la medicina tradicional. Para esto se ha contado con el apoyo de reconocidos médicos con formación social, convencidos de la importancia de la atención en salud desde una perspectiva intercultural. Ellos han incidido en las políticas y en el desarrollo de proyectos de salud que han sido un gran aporte a la atención y formación de personal de salud en las comunidades indígenas de la región. Se puede señalar algunas experiencias relevantes en las provincias de Tungurahua y Chimborazo: el Hospital Fundación Alli Causay en Ambato, dirigido por Carlos Rojas; el Hospital Andino, con el apoyo de médicos como César Rivadeneira y otros; Margarita Guevara, con su importante papel como coordinadora y Ministra de Salud; la Casa Indígena de la Diócesis de Riobamba y sus médicos/as indígenas.

Médicos y parteras tradicionales siguen andando, visitando y ayudando a las personas con sus conocimientos y prácticas de medicina tradicional. Explican que su impulso es ayudar, escuchar y aliviar dolores físicos, emocionales y sociales. Promocionan el cuidado, la buena alimentación y nutrición, el uso de plantas y medicinas andinas, la salud de la mujer y el parto natural. Son reconocidos, respetados e influyentes, son actores políticos fundamentales, participan en la organización y en los cabildos de sus comunidades y organizaciones. Su voz es importante en la toma de decisiones, así como en el ámbito de la salud donde promueven la salud preventiva y comunitaria.

Durante la emergencia sanitaria por la pandemia, los agentes de la medicina tradicional de pueblos y nacionalidades tuvieron un papel vital para enfrentar el virus. Según líderes y lideresas indígenas

---

74. Ver Lang, Miriam y Ortega-Caicedo, Alicia, “Gritos, grietas y siembras.”



con quienes se conversó para este estudio, se activaron espacios de intercambio de conocimientos de medicina tradicional para prevenir y tratar el COVID-19 entre organizaciones indígenas a nivel nacional y regional. En algunas comunidades, las yachak mamas<sup>75</sup> se organizaron para elaborar medicinas tradicionales y probar, experimentar e intercambiar recetas que dieran mejores resultados. A nivel familiar y comunitario, fueron actores claves en la activación de medidas sanitarias y medicinales que se ha venido transmitiendo entre generaciones y entre familias. A pesar de que cada vez es más frecuente que las mujeres indígenas realicen partos hospitalarios, en la pandemia, frente al miedo al contagio en los sistemas de salud acudieron a las parteras para dar a luz.

Mamá María cuenta que entre las parteras de Chimborazo y Tungurahua intercambian conocimientos permanentemente, conversan sobre las medicinas que preparan con diferentes hierbas, de los síntomas, del manejo del parto. Comenta que la partería se transmite en el entorno familiar; es un aprendizaje largo, que implica tiempo y dedicación. Una de sus preocupaciones es que las jóvenes desean formarse como parteras, pero no se ve su compromiso con lo que implica esta práctica, pues quieren ser parteras de un día al otro. Ella explica que en las comunidades se valora la trayectoria y experiencia de las parteras tradicionales.

Es importante reconocer que las trayectorias que transitan las personas y las familias en búsqueda de restablecer el equilibrio biopsicosocial comprenden diferentes sistemas médicos. Más allá de ser la biomedicina el modelo médico que se ha impuesto por sobre otros y que se ha legitimado mediante la construcción y fortalecimiento de un aparato ideológico, político y económico de poder, es uno entre una diversidad de modelos a los que la gente acude en la enfermedad. Aceptar que el modelo médico hegemónico, así como otros modelos, tiene límites, que la interculturalidad está en el reconocimiento tanto de esos límites como de la existencia de conocimientos y prácticas distintas, es urgente para una verdadera política intercultural en salud. De por medio está el respeto a las decisiones y a la autodeterminación de los pueblos.

Finalmente, como apunta Walsh, queremos imaginar y a la vez construir una conciencia y una práctica del Estado, la sociedad y el país en el que quepan todos, en donde las diferencias ancestrales no sólo contribuyan, sino que sean constitutivas de este imaginario colectivo. Este horizonte y este vuelco decolonial son imprescindibles, así como nuevas insurgencias que posibiliten cultivar y ejercitar articulaciones y construcciones distintas, cambios profundos y descolonizadores que acaben con el Estado colonial y el modelo neoliberal<sup>76</sup>, para fortalecer la autodeterminación de los pueblos, la ética del cuidado y la justicia social y ambiental para todos.

---

75. Líderes espirituales, hombres y mujeres de sabiduría de la medicina ancestral y espiritual.

76. Walsh, Catherine, "Interculturalidad, plurinacionalidad y decolonialidad."



## 7. A MODO DE CIERRE

Chimborazo, una provincia mayormente indígena y con los índices más altos de pobreza y perjuicios a la salud del país, donde el 48,8% de los niños y niñas sufre de desnutrición, evidencia el racismo estructural reflejado en las desigualdades históricas que sufren los pueblos originarios respecto de los demás segmentos de la población. Como parte del racismo, la discriminación en la atención es crónica y tiene graves repercusiones en la salud de las poblaciones más vulnerables.

La baja inversión del Estado en la salud pública tiene varios efectos: escasez de profesionales de la salud, infraestructura, insumos y equipos, alta rotación de los profesionales, dificultades logísticas y presupuestarias para atender a las comunidades alejadas de los centros urbanos. En esas condiciones, la atención de salud para los pueblos indígenas está plagada de deficiencias. La alta rotación de los médicos, sobre todo en las áreas rurales, impide su acompañamiento a las familias, el establecimiento de lazos de confianza y el reconocimiento de sus particularidades culturales. Se han priorizado las políticas paliativas y de emergencia y se ha debilitado la atención primaria. Estas decisiones ponen en grave riesgo el acceso y la calidad de los servicios y, finalmente, la vida de las personas.

Se debe exigir una mayor inversión en salud y reforzar el sistema de salud pública para reducir las desigualdades y garantizar el acceso a bienes y servicios; para hacer frente al modelo neoliberal y a la privatización de la salud; y para mejorar la articulación entre el Estado, los gobiernos locales y las poblaciones, en el marco de las garantías para una efectiva salud intercultural. Las políticas de salud se diseñan en los centros urbanos del país, donde no se toman en cuenta y/o muchas veces se desconocen las realidades de los pueblos y nacionalidades y la complejidad de sus territorios. Es necesario invertir para que la atención primaria de salud sea efectiva en las zonas rurales, para que integre sus particularidades socioculturales, geográficas y logísticas, y para que posibilite una real articulación de los conocimientos y prácticas médicas de su población.

Las demandas indígenas por acceder a mejores y más igualitarias condiciones de vida, y la denuncia de su cada vez mayor precarización, se confrontan con argumentos que los culpabilizan de su mal estado de salud. Este tratamiento colonial y racista obstaculiza una efectiva atención de salud e impide establecer diálogos interculturales que promuevan la articulación de saberes tradicionales en función de una verdadera política de la salud intercultural.

Los racimos vigentes en la sociedad ecuatoriana y riobambeña, que se expresan en formas “duras” en el rechazo social al indígena cuando es sujeto político o en formas “blandas”, aparentemente inocentes, afectivas y sutiles, ponen de manifiesto relaciones de dominación y subordinación presentes en la cotidianidad.

En el caso de los médicos y parteras indígenas, el trato racista revela la imposibilidad de la una verdadera política de salud intercultural, así como una gran dificultad de los profesionales de la salud de reconocer la existencia de saberes diferentes, establecer puentes de diálogo intercultural e incluir la participación de pueblos y nacionalidades en las decisiones. En el marco de la salud intercultural, se debe exigir el respeto hacia sus prácticas de cuidado y de curación.

Por otra parte, y vinculado con lo anterior, hay que señalar que la salud en muchas zonas rurales del país depende del control y manejo de los territorios y recursos vitales por parte de los pueblos ancestrales. Es imperativo demandar, en el marco del derecho a la salud, condiciones de vida dignas en el campo, acceso a tierra fértil, agua para riego, derechos laborales, inversión en la agricultura familiar campesina, además de acceso a una salud pública de calidad en el marco de la interculturalidad.

El derecho a la salud también incluye garantizar territorios libres de explotación para las comunidades, nacionalidades y pueblos indígenas. Mientras los movimientos sociales, como explica Breilh, han logrado importantes conquistas en cuanto a derechos de la salud y la naturaleza, los gobiernos y empresas privadas y públicas reafirman el modelo civilizatorio imperante, su lógica productivista y su modelo energético no sustentable como la única vía para afrontar la crisis y enfrentar las apremiantes necesidades del desarrollo, lo que tiene graves implicaciones.<sup>77</sup>

Por último, queda claro que la COVID-19 ha evidenciado que es urgente repensar nuestra relación con la naturaleza y la salud. Se ha documentado extensivamente cómo el cuidado de la biodiversidad y de los bosques significa un menor riesgo de propagación zoonótica<sup>78</sup>. La biodiversidad garantiza el acceso a fuentes vitales de alimento, recursos y medicinas; regula el clima, las enfermedades, los nutrientes, el agua, la formación del suelo; y es lugar de vida y proyecto político de pueblos y comunidades, que en su interacción con la naturaleza han influenciado en su riqueza y cuidado asegurando el sustento de la vida sobre el planeta.

El modelo de desarrollo económico basado la explotación de los pueblos originarios y sus territorios no garantiza un buen vivir sustentable y saludable. Finalmente, las claves para una salud colectiva a futuro dependen de pensar en la salud desde una perspectiva integral, comunitaria que ponga en el centro la importancia y el valor del cuidado y la defensa de la casa común y los pueblos que han cuidado de ella para la humanidad en su conjunto.

---

77. Breilh, Jaime, “Las tres ‘S’ de la determinación de la vida 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud” en Passos, Roberto, ed. “Determinação social da saúde e reforma sanitária”, (Río de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES, 2010).

78. Aproximadamente el 20% de la superficie boscosa restante se encuentra a menos de 100 metro. de un borde y alrededor del 70% a un kilómetro., creando lo que se denomina fragmentación de los bosques, archipiélagos de islas boscosas que representan un peligro para la biodiversidad. Esto es una gran amenaza para la especie humana, porque a mayor pérdida de biodiversidad, mayor probabilidad de nuevas pandemias. Malm, Andreas, “Corona, Climate, Chronic Emergency: War Communism in the Twenty-First Century” (New York- London, Verso, 2020), p.50.

## BIBLIOGRAFÍA

Abad, M., y Hurtado, F. (2020). La pandemia en Ecuador. Desigualdades, impactos y desafíos. Quito: Observatorio Social del Ecuador y FES-Ildis.

Aguirre, J. (2014). Calidad del agua y su relación con las patologías en la cavidad oral de los niños de 8 a 12 años, en la escuela fiscal mixta Laura Carbo de Ayora de la Provincia de Chimborazo, Cantón Guamote. [Tesis de Grado]. Universidad Nacional de Chimborazo.

Arrobo, N. (2011). Ecuador: El "derecho a la resistencia" y la "resistencia indígena". *SERVINDI*. <https://www.servindi.org/actualidad/40123>

Asamblea Nacional Constituyente de Ecuador. Constitución de la República del Ecuador. Registro Oficial 449 de 20 de octubre de 2008. Quito: Asamblea Nacional Constituyente de Ecuador; 2008.

Banco Mundial. Base de Datos de Libre Acceso. <https://datos.bancomundial.org/>

Blazer, M. (2006). "Storytelling Globality: A Border Dialogue Ethnography of the Paraguayan Chaco". Durham: Duke University Press.

Breilh, J. (2010). En: Passos, R., ed. (2010). *Determinação social da saúde e reforma sanitária*. Río de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES, 200 p.

Carmichael, S., y Hamilton, C., (1967), *Black Power*, New York: Vintage.

Castles, S., Miller, M. (2004). En: Hurtado-Saa, T., Rosas-Vargas, R. y Valdés-Cobos, A. (2013). Servicios de salud, discriminación y condición étnica/racial: un estudio de caso de la problemática en México y Colombia. *Ra Ximhai*, 9 (1), 135-151. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46127074012>

CEPAL (2016). La matriz de la desigualdad en América Latina. [https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/matriz\\_de\\_la\\_desigualdad.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/matriz_de_la_desigualdad.pdf)

Coba, G. (15 Octubre, 2020). "Cinco de cada 10 personas con empleo están en la informalidad". *PRI-MICIAS.EC*. <https://www.primicias.ec/noticias/economia/persons-empleo-informalidad-ecuador/>

Coimbra Jr., C. & Santos, R. (2000). Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva* 5 (1), 125-132. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100011>

Constitución de la República del Ecuador. (2008). Capítulo II, Artículo 66. Registro Oficial 449 de 20 de octubre del 2008.

Cruz, J. (2020). "Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial PDOT 2020-2030". Gobierno Autónomo Descentralizado de la Provincia de Chimborazo.

Cuvi, J. (2013). *Curar y Someter: Modelo Biomédico y Cultura Política en el Ecuador*. Quito, Ediciones Abya Yala.

Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en América Latina. (1992). Santa Fé, Bogotá.

De la Torre, C. (1966). *El racismo en Ecuador: Experiencias de los indios de clase medias*. Colección CAAP EC. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Ecuador/caap/20120928023907/torre.pdf>

De Veintimilla, A. (2019). *Mikuna: Mujeres kichwa, soberanía alimentaria y políticas sociales*. Cuenca, Plataforma para el Derecho a la Salud/ Fundación Donum.

Domínguez-Alonso, E.; Zacea, E. (2011). "Sistema de salud de Cuba", *Salud pública Méx* vol.53supl.2.

Ecuador en Emergencia por Desnutrición Crónica Infantil (9 de Julio) PUCE Twitter. [https://twitter.com/puce\\_ecuador/status/1413589595988635652](https://twitter.com/puce_ecuador/status/1413589595988635652)

Encuesta de Condiciones de Vida (ECV). (2018). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición – ENSANUT 2018. Instituto Nacional de Estadística y Censos INEC. Quito.

Fernández, A., Martínez, R., Carrasco, I., Palma, A.(2017). Impacto social y económico de la doble carga de la malnutrición. Modelo de análisis y estudio piloto en Chile, el Ecuador y México.

Fernández, G. (2020). Comercio informal en ciudades intermedias del Ecuador: Efectos socioeconómicos y tributarios. *Revista de Ciencias Sociales (Ve)*, vol. XXVI, núm. 3, pp. 207-230.

Follér, M. (2004). En: Langdon, E.& Garnelo, L. eds. (2004). *Saúde dos povos indígenas: Reflexões sobre antropologia participativa*. Associação Brasileira de Antropologia.

Gasto de bolsillo en salud de los ecuatorianos es el segundo más alto de Latinoamérica. (19 de junio del 2019) *EDICIÓN MÉDICA*. <https://www.edicionmedica.ec/secciones/salud-publica/gasto-de-bolsillo-de-los-ecuatorianos-en-salud-es-el-segundo-mas-alto-de-latinoamerica-94304>

Hardeman, R. y Karbeah, J. (2020). Examinando el racismo en la investigación de los servicios de salud: una autocrítica disciplinaria . *Investigación sobre servicios de salud* , 55 (S2), 777-780. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.13558>

Herrera, S. (2017). Movimiento indígena campesino y vías de democratización en el Ecuador: Los Ríos y Chimborazo. *Revista Ecuador Debate* 101. <http://hdl.handle.net/10469/13631>

Hurtado-Saa, T., Rosas-Vargas, R. y Valdés-Cobos, A. (2013). Servicios de salud, discriminación y condición étnica / racial: un estudio de caso de la problemática en México y Colombia. *Ra Ximhai*, 9 (1), 135-151. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46127074012>

Instituto Nacional de Estadística y Censos (2021). *Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo ENEMDU. Pobreza y Desigualdad*. Quito.

Kirkpatrick, D., y León, J. (27 de Octubre, 2020). "Donald Trump y Jail Bolsonaro debilitaron las defensas sanitarias de América Latina contra la COVID-19", *New York Times*. <https://www.nytimes.com/es/2020/10/27/espanol/trump-bolsonaro-coronavirus.html>

Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. (Vol. 4). University of California Press. <https://doi.org/10.1525/9780520340848>

Langdon, E. & Garnelo, L. eds. (2004). *Saúde dos povos indígenas: Reflexões sobre antropologia participativa*. Associação Brasileira de Antropologia.



Langdon, E. (2018). Salud Indígena en Brasil: pluralismo médico y autoatención. *Desacatos* 58, pp.8-15. Centro de Investigaciones y Estudios en Antropología Social.

Larrea, C. (1989). *Hacia una historia ecológica del Ecuador. Propuestas para el Debate*. Quito, EC: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador / Corporación Editora Nacional/Ecociencia.

Lightman, S. (2020). En: Tuaza, L. (2020) El COVID-19 en las comunidades indígenas de Chimborazo, Ecuador. *Latin American and Caribbean Ethnic Studies*, 15:4, 413-424, DOI: 10.1080/17442222.2020.1829793

López-Cevallos, D., Chi, C. y Ortega, F. (2014) Consideraciones para la transformación del sistema de salud del Ecuador desde una perspectiva de equidad. *Rev. salud pública*. 16 (3): 346-359.

Malm, A. (2020). "Corona, Climate, Chronic Emergency: War Communism in the Twenty-First Century". New York- London, Verso.

Malo-Serrano, M., Malo-Corral, N. (2014). Reforma de salud en Ecuador: nunca más el derecho a la salud como un privilegio. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica* 31(4):754-761. DOI:10.17843/rpmesp.2014.314.130

Mendes A., Leite M., Langdon E., Grisotti M. (2018). O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 42:e184. <https://doi.org/10.26633/RPSP2018.184>

Menéndez E. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud (30 de abril al 7 de mayo). Buenos Aires: 451- 464.

Menéndez, E. (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *SALUD COLECTIVA*, 16:e, doi: 10.18294/sc.2020.2615

McBurney, M., Tuaza, L., Ayol, C., Johnson, C. (2021). *Tierra y medios de vida en la era de COVID-19: implicaciones para los productores indígenas de alimentos en Ecuador*. <https://doi.org/10.1111/joac.12417>

Mideros, R. & Hidalgo, P. (2014). Pariendo como indias: el don de las indígenas en la salud de las mujeres ecuatorianas. *Boletín Informativo Spondylus*, 1-6. <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3914/1/CON-PAP-Mideros,%20R.-Hidalgo,%20P-Pariendo.pdf>

Mills, T., and Yvonne J., Combs. (2002). En: Roberta Spalter-Roth eds., (2005). Race, Ethnicity, and the Health of Americans. <https://www.asanet.org/research-and-publications/research-sociology/research-briefs/race-ethnicity-and-health-americans>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Dirección Nacional de Salud Intercultural. <https://www.salud.gob.ec/direccion-nacional-de-salud-intercultural/>

Ministerio de Agricultura, Ganadería, Acuicultura y Pesca del Ecuador (2016). La política Agropecuaria Ecuatoriana. Hacia el Desarrollo Territorial Rural Sostenible 2015-2025. ISBN: 978-9942-22-019-6.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral en Salud-MAIS*. [https://www.hgdc.gob.ec/images/DocumentosInstitucionales/Manual\\_MAIS-MSP12.12.12.pdf](https://www.hgdc.gob.ec/images/DocumentosInstitucionales/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf)

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2017). Primer Encuentro nacional de Técnicos de Atención Primaria de Salud (TAPS) se realizó con éxito en Quito. <https://www.salud.gob.ec/primer-encuentro-nacional-de-tecnicos-de-atencion-primaria-de-salud-taps-se-realizo-con-exito-en-quito/>



Ortega-Caicedo, A., Lang, M. (2020). *Gritos, grietas y siembras de nuestros territorios del sur: Catherine Walsh y el pensamiento crítico-decolonial en América Latina*. Quito, EC: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador / AbyYala.

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

Reascos, N. (2 de diciembre del 2019). "Hay un discurso guerrerrista-templario en el Gobierno". *PLAN V*. <https://www.planv.com.ec/historias/entrevistas/hay-un-discurso-guerrerrista-templario-el-gobierno-nelson-reascos>

Ríos, P., Gatica-Domínguez, G., Nambiar, D. et al. (2021). Cobertura nacional y subnacional y desigualdades en intervenciones de salud reproductiva, materna, neonatal, infantil y sanitaria en Ecuador: un estudio comparativo entre 1994 y 2012. *Int J Equity Health* 20, 48 <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01359-1>

Sierra, Y. (2020). En: Castro, L. (2020) El COVID-19 en las comunidades indígenas de Chimborazo, Ecuador, *Latin American and Caribbean Ethnic Studies*, 15:4, 413-424, DOI: 10.1080/17442222.2020.1829793

Spalter-Roth, R., Lowenthal, T., and Rubio, M. (2020). Examining racism in health services research: A disciplinary self-critique. *Health Services Research* 55 (S2):777-780. DOI: 10.1111/1475-6773.13558

Torres et al. (2002). En: Hurtado-Saa, T., Rosas-Vargas, R. y Valdés-Cobos, A. (2013). Servicios de salud, discriminación y condición étnica / racial: un estudio de caso de la problemática en México y Colombia. *Ra Ximhai*, 9 (1), 135-151. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46127074012>

Tuaza, L. (2020) El COVID-19 en las comunidades indígenas de Chimborazo, Ecuador. *Latin American and Caribbean Ethnic Studies*, 15:4, 413-424, DOI: 10.1080/17442222.2020.1829793

Universidad Católica del Ecuador. (2021). *Pronunciamento Público: Ecuador en Emergencia por Desnutrición Crónica Infantil*.

Villacrés, N. (2003). Buen gobierno en salud: un desafío de todos" en *Sistemas y servicios de salud en Ecuador y América Latina*. Flacso, p.1-12.

Walsh, C. (2008). "Interculturalidad, plurinacionalidad y decolonialidad: las insurgencias político-epistémicas de refundar el Estado", *Tabula Rasa*. Bogotá - Colombia, No.9 (julio-diciembre), pp.131-152.



Esta publicación fue financiada por el proyecto **Plataforma por el Derecho a la Salud**



Fundación  
**Donum**  
Solidaridad para la autogestión y el desarrollo



**Bélgica**  
socio para el desarrollo

