



Límites de la **salud intercultural**

Estudio de caso en la provincia de Orellana



Milagros Aguirre

Límites de la **salud intercultural**

Estudio de caso en la provincia de Orellana

Autora:

Milagros Aguirre

Edición:

Juan Cuvi

Imprenta:

Arcoiris Producción Gráfica

Diseño y diagramación:

Manthra Comunicación

Quito, 2016

Primera impresión: 1000 ejemplares

Se autoriza la reproducción y difusión de este material siempre que se citen las fuentes.

Plataforma por el Derecho a la Salud

Toledo N24-660 y Coruña, Teléfonos: 22 22 880 / 29 00 318 (Quito)

Tarqui 13-56 y Pío Bravo, Teléfonos: 28 33 031 / 28 45 845 (Cuenca)

Este trabajo ha sido posible gracias a la colaboración de:

Alfredo Amores, Edy Quizhpe, Manuel Amunárriz, Karina Gavilánez, Miguel Knipper, Remigio Rivera, Milton Aulestia, Santiago Santi (comunidad de Edén) y del personal médico de Repsol.



Límites de la **salud intercultural**

Estudio de caso en la provincia de Orellana

Milagros Aguirre



Índice

Breve Introducción	6
1. ¿Qué se entiende por salud intercultural?	8
2. La interculturalidad en la legislación y en la retórica.....	8
3. Los avances en la atención sanitaria	10
4. Los retrocesos: ni promotores ni botiquines ni sociedad civil.....	13
5. La salud intercultural desde los usuarios.....	19
6. La salud intercultural desde los agentes de salud.....	21
7. El shamán, las flechas mágicas y la sanación	26
8. Ni paracetamol ni San Gonzalito	27
9. Casa Intercultural del Parto en Loreto: un buen ejemplo, pero insuficiente.....	29
10. Las particularidades del caso waorani	29
11. Conclusiones y recomendaciones.....	35
Bibliografía y fuentes consultadas.....	38

Breve introducción

Awa está desde hace algunos meses en silla de ruedas. Una artrosis le impide caminar. Ha tenido que dejar su comunidad, en pleno corazón del Yasuní, e ir a la ciudad, a Coca, Francisco de Orellana, para ser atendido por los médicos. Ha pasado unos meses en la casa de uno de sus familiares, en uno de los barrios marginales donde se han asentado algunas familias waorani que viven ahora en la ciudad. Para llegar a la casa, los nietos tienen que dividirse la tarea: unos cargar la silla y otros cargar al abuelo, pues la casa está en una loma y con la silla no se puede.

Awa no sabe el idioma. No entiende nada de español. Y en el hospital, tampoco le entienden nada a él. Le hacen pasar, amablemente, al consultorio de uno de los médicos, luego de que algún conocido le sacara el turno, porque hay que hacerlo por teléfono a un *call center* y no funciona eso de ir directamente a la ventanilla del hospital. Entra al consultorio y en ese momento suena el teléfono del médico, que sale como un rayo a una emergencia.

El hombre ha estado ahí, en el consultorio, más de una hora. Nadie le ha dicho nada. El médico no ha buscado a ningún pariente para decir que va a tardar. Awa, con la paciencia que solo parece propia del mundo indígena, espera. Nadie llega. Y él está ahí, inmóvil, en su silla. De no ser por una voluntaria que, al ver que nadie entra ni sale del consultorio, reclama, la enfermera que está como jefe de

piso no se entera. Entra, lo mira. Vuelve a salir. Pasa otra media hora –ya es la hora del almuerzo– y se da cuenta de que Awa sigue allí mismo, sentado, esperando a su médico. Afuera, sus parientes ya tienen hambre. Están allí desde las nueve de la mañana y es cerca de las dos de la tarde. Los niños ya se cansaron de correr por el pasillo y ya tienen ganas de salir.

Al fin llega el médico y comprueba que ha mejorado, que ya se puede levantar, aunque no se pueda sostener en pie. Le da un papel a uno de los familiares. Con ello puede ir a buscar su carné de discapacitado y ya puede irse a la casa, a la comunidad: su hija se pone contenta. Podrá estar en la hamaca y cantar a las cuatro de la mañana. En la casa de Coca, a los nietos no les gusta mucho que el abuelo les despierte con los cantos “Eeee...eee, Eeee...eee”, y en su casa se sentirá más cómodo. La enfermedad de Awa no tiene cura, aunque puede mejorar si hace rehabilitación. La familia espera que no pase con Awa lo que con otros ancianos waorani –como Babe– que terminan sus vidas en un hospital de Quito con nombre n/n por la dificultad de escribir los nombres y apellidos en wao tededo a la hora del registro. A Babe le trasladaron en avión de emergencia y murió, sin pena ni gloria, en el hospital Eugenio Espejo, en Quito. La muerte hubiese sido más calmada en su casa y en su hamaca, rodeado de sus hijos y nietos. Tal vez llegaba así, cantando... pero tuvo la desgracia de morir como *cowode*¹ en un hospital público, sin nombre ni identidad.

1 Palabra en wao tededo para referirse a los mestizos.

El caso de Awa, como otros casos que contaremos en estas páginas, nos muestra algunas dificultades que tienen que ver con la salud intercultural y con las debilidades del sistema. Una de ellas, tal vez la mayor barrera, el idioma, que vuelve muy difícil el acceso a la salud para los indígenas, más aún para las minorías. Otras: la insensibilidad del personal de salud frente a las demandas de sus pacientes, el desconocimiento por parte del personal de salud del contexto indígena y de algunas señas particulares de quienes ingresan al sistema de salud como usuarios.

Una voluntaria, que ha acompañado a los indígenas al Jambí Huasi (centro de salud) o al Hospital Francisco de Orellana, da cuenta del trámite que tiene que seguir cuando un indígena acude en su ayuda:

» *Acompañar a una persona indígena al hospital es una odisea que empieza con el levantamiento del caso y la averiguación de cuál es el centro de salud al que la persona pertenece. Normalmente, los indígenas no están registrados en Coca, así que el primer paso es abrir una carpeta en la ventanilla de Estadística, para luego explicar a la persona que da los turnos que no pudimos pedir el turno por teléfono porque la persona viene de lejos. A menudo no tiene celular y es complicado y costoso salir de la comunidad.*

» *Después de la explicación, la secretaria del centro de salud busca la manera de dar un turno el mismo día con el especialista que se necesite o, si no lo consigue, da un turno de medicina general. De todas maneras, antes de pasar a ver el médico unas enfermeras toman las medidas y la presión del nuevo paciente, operación que*

hacen con el máximo descuido e indiferencia hacia el sufrimiento humano. Luego se pasa a ver al médico. Si es de medicina general da unos analgésicos y el trámite para ver a un especialista, mientras que si la visita es con un especialista es más larga y el médico receta una terapia, o remite el caso al hospital. Normalmente, al final de la visita se coge un turno para evitar tener que explicar el caso para ser atendidos otra vez.

» *No hay nadie que explique el sistema a quien no lo conoce, así que es casi imposible para un indígena acercarse por su cuenta al sistema de salud. El personal de los centros de salud y del hospital, con pocas excepciones, es grosero y no tiene paciencia. Si el indígena no habla bien el castellano, el personal que atiende no hace esfuerzo alguno para hacerse entender; si el indígena acude solo al sistema de salud, le hacen esperar largo tiempo, o incluso no le atienden. Los tiempos de espera para las visitas especializadas en el hospital son largos. Otras veces se resuelven más rápido: con una llamada a alguna de las autoridades de salud, a los jefes. En ese caso, la atención mejora y los problemas se resuelven inmediatamente.*

Como en otros ámbitos de la vida nacional, Ecuador tiene, en sus leyes y normativas, importantes avances conceptuales. El tema de la salud intercultural está incluido dentro de esa normativa. Sin embargo, el paso de la retórica de la interculturalidad a la realidad intercultural tiene aún enormes dificultades. En este documento abordaremos algunas de ellas.



▲ Atención en un barrio marginal de Coca a una paciente waorani. Foto: MSP

1. ¿Qué se entiende por salud intercultural?

Interculturalidad es la convivencia entre pueblos culturalmente diferentes, estableciendo vínculos, relaciones y un diálogo respetuoso y horizontal entre ellos.

La interculturalidad en salud es respetar los conocimientos, creencias y prácticas de los pobladores de diferentes culturas y establecer relaciones respetuosas y equitativas con los agentes de la medicina tradicional.

La adecuación cultural en salud es solo vista desde la mirada del personal de salud, mientras la pertinencia intercultural es una construcción entre el personal de salud y la comunidad.

La adecuación cultural en los servicios de salud es el proceso por el cual los servicios y actividades integrales de atención de la salud se estructuran sobre el conocimiento que se tiene de la cultura comunal, tratando de respetar sus valores y concepciones relacionados con la salud y enfermedad. La adecuación de los servicios de salud se produce de manera unidireccional, es decir, desde la visión del personal de salud, con la única intención de atraer, imponer o conseguir algo para el servicio de salud.

La pertinencia intercultural en los servicios de salud es la construcción dialogada y consensuada de manera bidireccional, es decir, entre el personal de salud y los usuarios indígenas, quienes plantean cómo quieren recibir los servicios de salud basándose en sus creencias, entorno, necesidades y demandas.

2. La interculturalidad en la legislación y en la retórica

La larga lucha y demandas de las nacionalidades, pueblos indígenas, montubio y afroecuatorianos del país han permitido el reconocimiento del Ecuador como un país intercultural y plurinacional. Eso implica una nueva lógica de organización del Estado y de sus instituciones para garantizar sus derechos.

El Ecuador es uno de los países que más avanzadas tiene las normativas en ese sentido. De hecho, hay la Dirección Nacional de Salud Intercultural (DNSI), cuya misión, de acuerdo a la página web del Ministerio de Salud, es “Formular y coordinar la implementación de políticas, planes, programas y demás herramientas de salud intercultural en el Sistema Nacional de Salud y la gestión del Ministerio de Salud Pública, que garanticen el reconocimiento y respeto de la diversidad de pueblos y nacionalidades, y la articulación de los conocimientos, saberes y prácticas ancestrales de salud”².

Según el estatuto del MSP, sus atribuciones y responsabilidades son:

- a. Conducir y coordinar la formulación de propuestas de políticas públicas y la elaboración de planes y proyectos para institucionalizar el enfoque de interculturalidad en el Sistema Nacional de Salud;
- b. Conducir y coordinar la formulación de insumos y propuestas para los proyectos de ley, reglamentos, normativas técnicas y otros instrumentos legales sobre interculturalidad en salud;
- c. Planificar e impulsar en el Sistema Nacional de Salud acciones estratégicas, procesos de reforma y fortalecimiento de capacidades, para la institucionalización de la interculturalidad;
- d. Coordinar y asegurar la inclusión de la interculturalidad en las políticas y modelos que se generen desde el Ministerio de Salud Pública, así como en su gestión;
- e. Conducir y coordinar la formulación de iniciativas, estrategias y mecanismos para la implantación de políticas públicas, planes y proyectos de interculturalidad en salud y evaluar su aplicación;
- f. Asesorar y coordinar con las distintas instancias del Ministerio de Salud Pública, el aseguramiento de la inclusión del enfoque intercultural en la planificación, lineamientos y gestión de la Institución;
- g. Coordinar con la Dirección Nacional de Promoción de la Salud la formulación de planes y proyectos de promoción sobre temas relacionados con la interculturalidad en salud;

2 <http://www.salud.gob.ec/direccion-nacional-de-salud-intercultural/>



▲ Manuel Amunárriz en Garzacocho, años 70. Foto: VAA

- h. Proveer a la Dirección Nacional de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud, insumos para el establecimiento de lineamientos de prioridades de investigación sobre interculturalidad en salud;
- i. Establecer prioridades y ejecutar la investigación operativa sobre salud e interculturalidad, medicina ancestral y alternativa, en base a los lineamientos estratégicos establecidos;
- j. Coordinar con la Dirección Nacional de Talento Humano y la Dirección Nacional de Cambio de Cultura Organizacional, el fortalecimiento de las capacidades de los servidores y funcionarios públicos en interculturalidad en salud;
- k. Proveer a la Dirección Nacional de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud y la Dirección Nacional de Normatización del Talento Humano en Salud, insumos para el desarrollo de modelos, normativas, planes y otras herramientas técnico-legales, para la inclusión del enfoque de interculturalidad en los perfiles, pensum académicos y los procesos de capacitación continua y fortalecimiento del talento humano;
- l. Proveer a la Dirección Nacional de Tecnologías de la Información y Comunicaciones, lineamientos e insumos para el diseño de sistemas que permitan el monitoreo y evaluación de la aplicación de políticas públicas, y ejecución de planes y proyectos de interculturalidad en salud a nivel nacional;
- m. Proveer a la Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud, insumos técnicos para la recolección de información sobre interculturalidad en salud a nivel nacional;
- n. Coordinar y asesorar a las instancias respectivas en la implementación de sistemas de información con pertinencia étnica, y sobre el uso y análisis de la variable étnica, en el sistema único de información del Ministerio de Salud Pública;
- o. Coordinar con la Dirección Nacional de Talento Humano los requerimientos de profesionales y necesidades de capacitación dentro del ámbito de su competencia;
- p. Planificar, dirigir, aprobar y evaluar la gestión de la Dirección a su cargo, y asegurar la adecuada coordinación con las demás instancias del Ministerio;
- q. Generar y monitorear el cumplimiento de objetivos, metas e indicadores sobre interculturalidad en salud a nivel nacional;
- r. Generar y monitorear el cumplimiento de indicadores de gestión de la Dirección a su cargo;
- s. Participar, de ser requerido y de acuerdo al ámbito de su competencia, en la sala situacional del Ministerio de Salud Pública;
- t. Ejercer las funciones, representaciones y delegaciones que le asigne el/la Subsecretario/a de Promoción de la Salud e Igualdad.

Además de la Dirección Nacional de Salud Intercultural hay una Dirección Nacional de Interculturalidad, Derecho y Participación Social en Salud, con objetivos similares pero con una gestión interna que incluye departamentos de Medicinas Ancestrales, Medicinas Alternativas y Complementarias, Promoción de Derechos, Género e Igualdad, Gestión y Atención de Salud Intercultural y Derechos, Participación Social. Entre sus fines está el de promover la inclusión, equidad y fortalecimiento en todas las actividades para todos los pueblos y nacionalidades del Ecuador en temas de salud³.

3. Los avances en la atención sanitaria

Al hospital van los que mueren. En el imaginario colectivo el hospital es un lugar del cual no se regresa. Más aún si se trata de un hospital público. Orellana, en el nororiente de la Amazonía, no está fuera de ese imaginario, incluso hoy que el hospital es nuevo y que la infraestructura es mucho mejor que lo que era hace diez años. Sin embargo, no hay fe. Y, sin fe, nadie se cura. Tampoco hay suficientes especialistas. Ni suficientes medicinas en la farmacia.

Los indígenas desconfían del hospital inclusive si se encuentran bien tratados. Confían, sí, en el shamán y, si acaso, en algún médico en particular, aquel que los ha atendido siempre, aquel que ayudó a nacer a los niños de la comunidad (como en el caso del famoso “padre doctor”, como se recuerda a Manuel Amunárriz, quien fuera director del hospital Franklin Tello, de Nuevo Rocafuerte). Los mestizos también desconfían, no solo del hospital sino también de las clínicas privadas, a las que se las identifica, inmediatamente, como un negocio: el paciente no es un enfermo sino un cliente y, para ser atendido, debe pagar. Esto ocurre tanto en las clínicas privadas como en el hospital de la Brigada, que pertenece a los militares.

Teóricamente, en América Latina y en el mundo hay una tendencia de la medicina contemporánea a integrar la medicina tradicional de los pueblos originarios. Los desafíos de esta tendencia consisten en introducir, en el campo de la medicina, al menos un término clave: cultura, entendiendo no solamente los términos médicos de un grupo étnico, su medicina tradicional, sus procedimientos

curativos o sus plantas medicinales, sino también la manera de comportarse y relacionarse de los distintos grupos humanos, su cosmovisión, su manera de entender el mundo. Términos como cultura y etnicidad son fundamentales a la hora de plantear la interculturalidad como una línea básica en la salud.

Los mayores avances en este tema en Ecuador son conceptuales. Los discursos gubernamentales, de instituciones indígenas e instituciones como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) plantean reflexiones críticas sobre el tema. Estas organizaciones definen a las medicinas tradicionales como el conjunto de prácticas, conocimientos y creencias relacionados con el tratamiento, el diagnóstico y la prevención de enfermedades fuera de la medicina alopática (u occidental); las medicinas alternativas o complementarias son usadas en los países del mundo occidental cada vez con más entusiasmo.

La OMS y la OPS ponen condiciones en el uso de la medicina tradicional, y plantean temas como el asegurar eficacia y calidad, mejorar el acceso y el uso racional de las mismas, para lo que requieren de la evaluación científica de cualquier tratamiento, sea este de la medicina tradicional o de la medicina alopática. Mientras la DNSI niega la presencia de elementos nocivos o secundarios en el uso de la medicina tradicional, la OMS y la OPS expresan preocupaciones respecto del aval científico de las medicinas tradicionales. Es decir, desconfían de ellas.

Sin embargo, el uso de las medicinas tradicionales no necesariamente incluye la noción o desarrollo intercultural de la medicina.

Hay que anotar, por otro lado, que algunas prácticas curativas o tradicionales fueron menospreciadas a lo largo de la historia. El discurso contemporáneo las ha revalorado, al menos desde los años 70, y hoy en día con muchas más razones: lo natural está en boga, se cuestiona el uso de químicos y se ha investigado más a fondo los temas que tienen que ver con las medicinas naturales, homeopáticas, tradicionales chinas, etc. Así mismo, hay toda una corriente para investigar las bondades de las plantas medicinales, e incluso una guerra silenciosa que va en la búsqueda de patentes en la Amazonía.

3. <http://www.salud.gob.ec/direccion-nacional-de-interculturalidad-derecho-y-participacion-social-en-salud/>

Entre los avances teóricos podemos encontrar documentos como el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), que asume el concepto de salud dado por la OMS en su constitución de 1948, que define a la salud como el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades. “La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales”, dice el Manual MAIS-FC, donde se dedica un amplio espacio al tema de la interculturalidad; lo citamos textualmente para poder analizarlo:

» *La hegemonía del enfoque occidental en el quehacer sanitario y la incapacidad que han tenido las políticas y programas de salud para comprender, respetar e incorporar los conocimientos y prácticas de salud ancestrales de la medicina tradicional y medicinas alternativas, se expresa entre otros aspectos en las profundas limitaciones de acceso a los servicios de salud, especialmente a los pueblos y nacionalidades indígenas y afro-ecuatorianos.*

» *Para el sector salud el reto fundamental es 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.*

El Manual MAIS-FCI anota los avances del enfoque intercultural y la adecuación cultural de los servicios, particularmente de los servicios de atención a la mujer embarazada y del parto, con resultados positivos. Probablemente es el mayor logro en el tema intercultural. Además, plantea el fortalecimiento de una red de agentes de la red pública de medicina indígena y tradicional, que históricamente han tenido un papel protagónico en la atención y cuidado de la salud de la población, así como la necesidad de definir e implementar estrategias que permitan incorporar el “enfoque holístico de la salud de las culturas ancestrales, y operativizar el enfoque intercultural en los diferentes niveles de atención”.

Para lograrlo, se requiere, entre otras acciones, la formación y capacitación del recurso humano en el enfoque intercultural, generar actitudes 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.

Es así que la interculturalidad en salud se vincula como el enfoque que permite la interrelación entre culturas sanitarias distintas, aquella que se da entre los proveedores de salud que tienen en sus orígenes, en su preparación y formación, concepciones y prácticas distintas, contribuyendo a responder adecuadamente a las necesidades de las y los usuarios que por su origen tienen y generan distintas demandas de atención en salud.

La organización de los servicios de salud al interior del Sistema Nacional de Salud, incorporando el enfoque intercultural, permite acercar los servicios a la población, principalmente porque reduce las barreras de acceso sociocultural.

Desde la oferta de servicios de atención en salud la interculturalidad como enfoque busca hacer efectivo el mandato constitucional donde se establece la conformación y presencia efectiva de los proveedores de las medicinas occidentales, en conjunto con las medicinas alternativas y complementarias, que interrelacionados logren el bienestar del individuo, familia y comunidad respetando y considerando sus situaciones y condiciones diversas, a fin de que la provisión de servicios cumpla con criterios de pertinencia, coherencia y correspondencia.

En otro de sus acápites, el MAIS-FCI reconoce la gestión y atención de la salud intercultural:

Corresponde a la unidad hacer operativo el mandato constitucional, diseñando los mecanismos que posibiliten la coordinación entre los sistemas de salud occidental y de los pueblos diversos, ancestrales, tradicionales y alternativos, garantizando la atención de las personas usuarias con el debido respeto a sus derechos humanos según su elección, así mismo fomentando la promoción de la salud desde su cosmovisión, proyectando las prácticas saludables.



▲ Atención médica en el dispensario de Repsol. Foto: Repsol

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

El documento citado muestra avances en términos conceptuales y de debate, aunque estos no signifiquen avances en la atención de salud en el día a día de las comunidades, de los hospitales y de la atención a los indígenas de las distintas nacionalidades.

En noviembre de 2009, el MSP y el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) organizaron en Quito el Seminario Internacional “Interculturalidad y Ejercicio de Derechos en la Subregión Andina, con énfasis en la Salud Sexual y Reproductiva, para el fortalecimiento del Sumak Kawsay”. En este encuentro, en el que participaron varias organizaciones, se publicó una memoria que recoge los retos y paradojas de la salud intercultural. Se discutieron dos conceptos: el del Sumak Kawsay, el buen vivir, y lo que esto significa en la cosmovisión y en los conceptos salud/enfermedad; y el concepto de interculturalidad aplicado a la salud, “como

ámbito que debe favorecer la desaparición de inequidades en los accesos a los servicios de salud, pero de forma muy especial en aquellos contextos donde los indicadores muestran la presencia de mayores desigualdades y problemas de índole social, económico y cultural que suelen vincularse con los pueblos originarios y afrodescendientes”. En ese sentido, el caso Orellana, en la selva ecuatoriana, es un espejo.

La población en el cantón Francisco de Orellana (Coca) llega a 72.795 personas. Para responder a las necesidades de salud de esta población se cuenta con nueve subcentros de salud, seis puestos de salud y un hospital general, en los cuales son atendidas aproximadamente 4.549 personas. Las quejas de los usuarios apuntan a que en estos centros no existen ni las medicinas suficientes ni el equipamiento adecuado ni los especialistas necesarios.

En la provincia de Orellana (cantones Joya de los Sachas, Loreto, Coca y Aguarico) hay 56 establecimientos de salud (50 del MSP y 6 del IESS); sin embargo, en la planificación territorial futura (Acuerdo Ministerial 5320) se establece tener solo 40 centros de salud de diferente tipología. Al momento, en toda la Amazonía existen 407 establecimientos de salud (357 del MSP y 50 del IESS). De acuerdo con el Acuerdo Ministerial 5320, serían 221.

La demanda por atención de salud, de acuerdo con las causas de morbilidad, se concentra en las mujeres. En Ecuador el 20% de las adolescentes se embarazan antes de cumplir los 20 años, mientras que en el cantón Francisco de Orellana más de la mitad de las mujeres tiene su primer hijo en la adolescencia (16 años), con mayores riesgos de morbi-mortalidad para los hijos y la madre.

4. Los retrocesos: ni promotores ni botiquines ni sociedad civil.

Pese a los avances del mundo contemporáneo en relación con la medicina tradicional y su revalorización, y pese a las inversiones del Ecuador en temas sanitarios, principalmente en infraestructura, la atención de la salud aún está muy lejos de ser intercultural. La discusión sobre las distintas concepciones de salud, enfermedad, vida, muerte, están en ciernes. Incluso, podemos

hablar de algunos retrocesos a nivel del sistema de salud en la práctica de la salud y de la atención sanitaria a las comunidades indígenas, principalmente a las minorías.

De acuerdo a una publicación del Gobierno Autónomo Municipal de Orellana (Sistematización del Consejo Cantonal de Salud en Orellana), en el 2010 encontrábamos más proveedores de salud que el día de hoy (2016). Entre el 2002 y el 2008, los gobiernos seccionales en la Amazonía tenían entre sus competencias –junto con organizaciones populares, sociales, asociaciones, gremios e individuos– la ejecución de programas, acciones, inversión y toma de decisiones sobre la salud como un derecho humano que está por conquistarse.

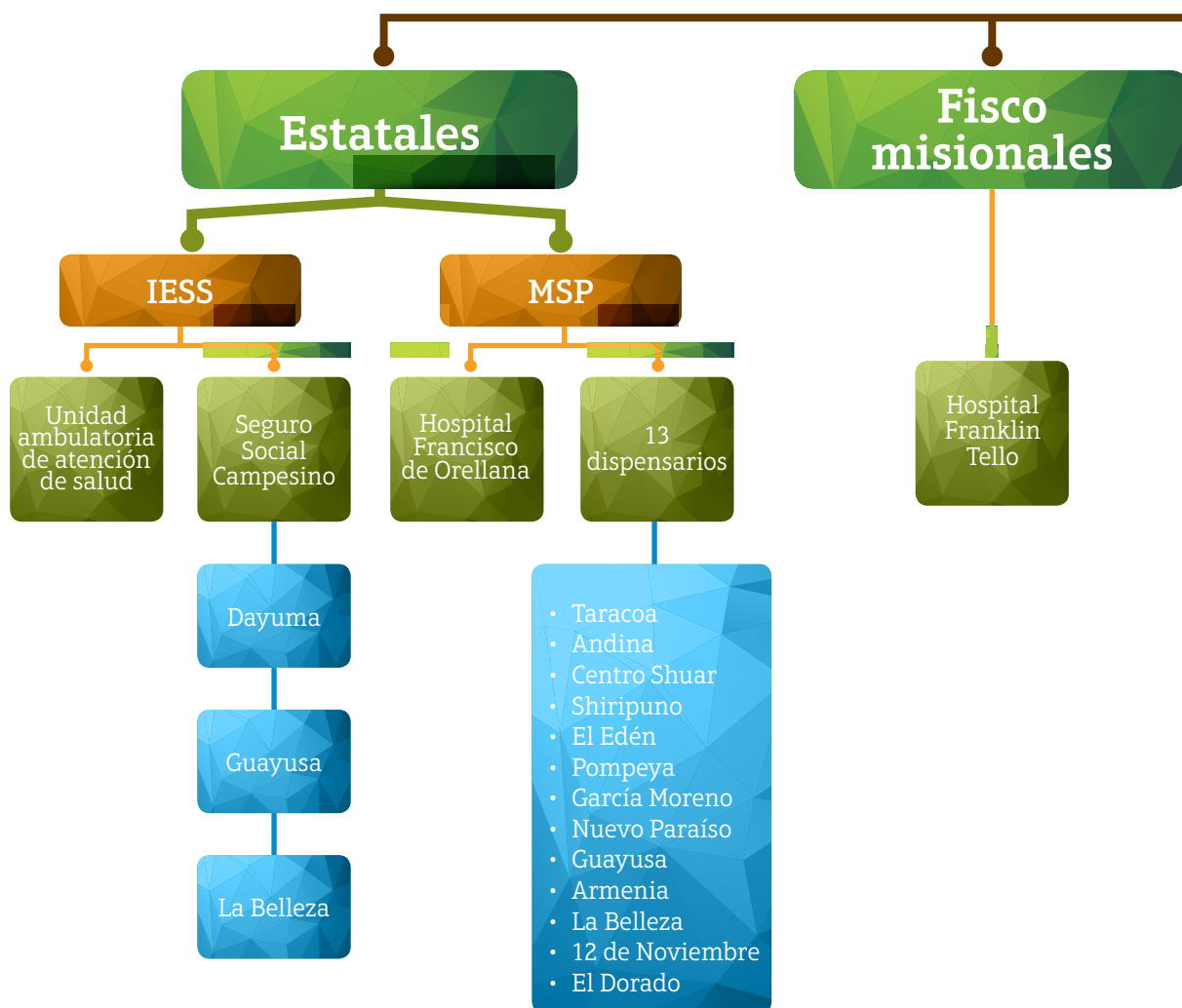
Entre los indicadores de salud se observa una tasa de mortalidad infantil elevada (61,7%), que supera a la región y al país; la desnutrición crónica de niños menores de cinco años alcanza el 41,1%, de acuerdo con el censo de 2001; las enfermedades más comunes en el cantón eran las que constan en el cuadro adjunto:

Nº de orden	Causas	Nº	Hombres	Mujeres	%
1	Infección respiratoria aguda	23.358	11.466	11.892	18,8
2	Parasitosis intestinal sin otra especificación	20.741	9.764	10.977	16,7
3	Infección de vías urinarias	8.484	1.096	7.388	6,8
4	Enfermedad diarreica aguda	5.330	2.720	2.610	4,3
5	Vaginitis	2.965	0	2.965	2,4
6	Piodermitis	2.807	1.429	1.378	2,3
7	Rinofaringitis (resfrío común)	2.680	1.313	1.367	2,2
8	Faringitis aguda no especificada	1.972	891	1.081	1,6
9	Faringoamigdalitis	1.971	861	1.110	1,6
10	Lumbalgia	1.465	694	771	1,2
	Las demás	52.770	21.985	30.785	42,4
	Total	124.543	52.219	72.324	100
	Participación por sexos		42%	58%	

Fuente: Dirección Provincial de Salud de Orellana

Elaboración: Estadísticas Dirección Provincial de Salud de Orellana

Proveedores de Salud 2010



El Consejo Cantonal de Salud de Orellana se creó en 2002 con la participación de las organizaciones de la sociedad civil. Se disolvió en 2008. Impulsó varias acciones, entre ellas la de ser un ente veedor de las prestaciones de los servicios de la salud, y trabajó en la implementación de políticas locales de salud para dar respuesta a demandas de la sociedad. El Gobierno Municipal de Francisco de Orellana impulsó el accionar de la Malaria, una entidad que funcionó bajo el amparo municipal

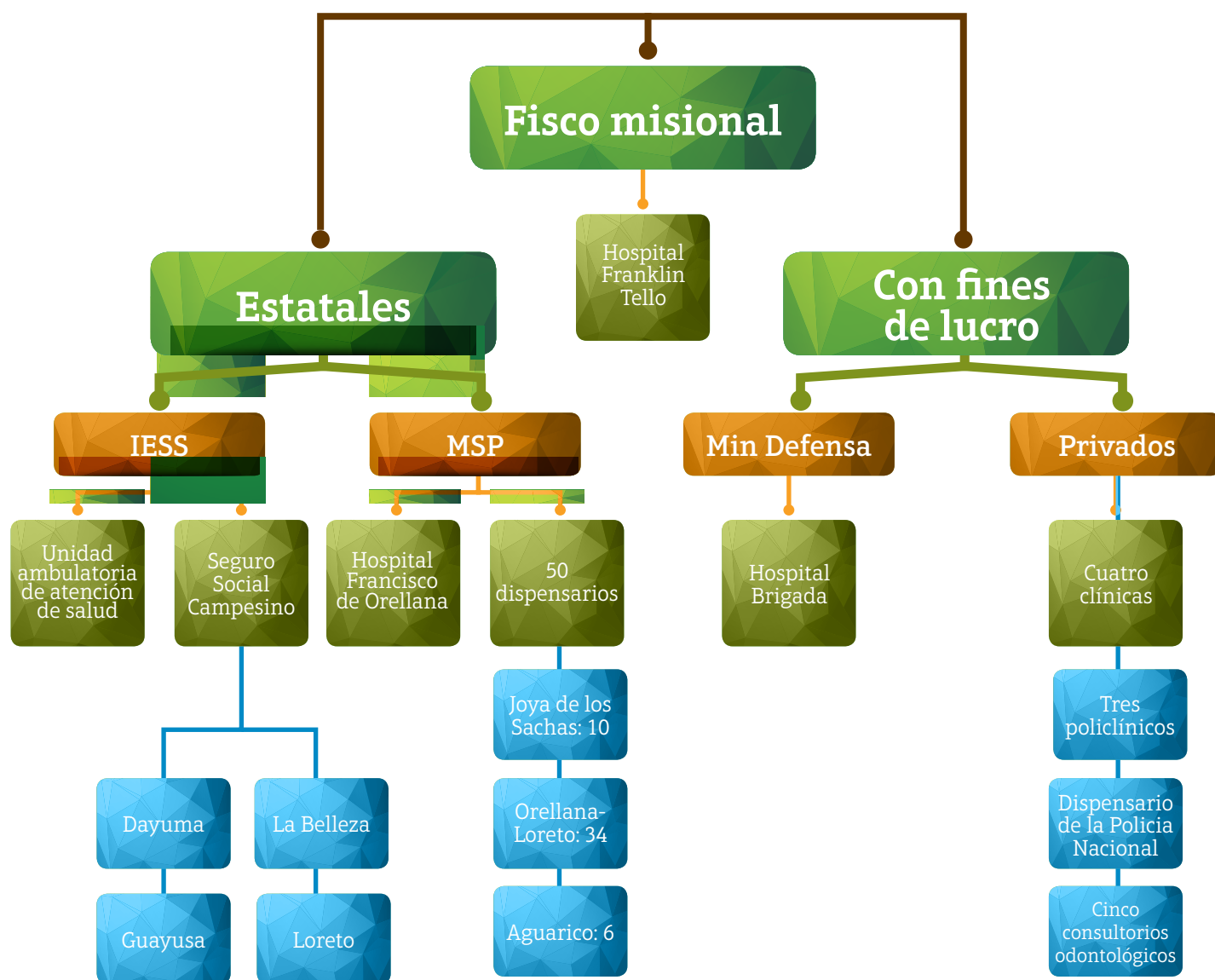
en el tema de la lucha contra las enfermedades de transmisión vectorial y que contó con médicos, laboratoristas y enfermeras que visitaban las comunidades a su cargo. Se fortaleció a la entidad y se trabajó hasta junio de 2015, visitando las comunidades y capacitando a promotores de salud. Ahora, instituciones como la Malaria son parte del Sistema Central de Salud, es decir, se ha perdido el eje de participación social dentro del sistema de salud pública.



▼ Miguel San Sebastián con promotores comunitarios en la ribera del Napo



Proveedores de Salud 2016



En el nororiente ecuatoriano tuvieron especial relevancia instituciones como Sandi Yura y la Asociación de Promotores de Salud Naporunas, con la participación directa de la Federación de Comunas Unión de Nativos de la Amazonía Ecuatoriana (FCUNAE), que integraba a promotores de salud en cada una de las comunidades de la ribera del río Napo.

En el hospital Franklin Tello, en Nuevo Rocafuerte, estuvo el doctor Manuel Amunárriz, quien ha aportado con investigaciones importantes sobre Parangonimiasis o Chagas, además de reflexionar sobre la interculturalidad desde la práctica de la

medicina en las comunidades. Luego estuvieron los doctores Javier Aznárez, Miguel San Sebastián y Michael Knipper, quienes desde la investigación y el acompañamiento a las comunidades formaron promotores en la ribera del río Napo. Estos profesionales hicieron posible la investigación en salud en la Amazonía, una labor reconocida hasta el día de hoy. Algunos promotores de salud, formados desde el trabajo de Sandi Yura junto a las organizaciones indígenas como la FECUNAE (hoy FIKKAE), aún recuerdan el trabajo que se hacía en los botiquines comunitarios, los talleres y capacitaciones en salud, las visitas a las comunidades y el acompañamiento.

La investigación fue un pilar fundamental de este grupo de médicos, cada uno con su interés particular. Miguel San Sebastián, por ejemplo, investigó los temas de cáncer y petróleo, que hasta hoy han sido fundamentales dentro del juicio a la compañía petrolera Chevron. El resultado de su investigación se plasmó en el *Informe Yanacuri*. Knipper, por su parte, en el libro *El malaire entre los naporunas*, investigó junto con los promotores de salud la cosmovisión indígena y los conceptos de salud-enfermedad. Isabel Goicolea, doctora en epidemiología, trabajó el tema de embarazos adolescentes y salud sexual y reproductiva en la Amazonía ecuatoriana, y el resultado de sus in-

vestigaciones ha sido publicado en varias revistas médicas de importancia. Textos como *Crónicas incompletas de patologías tropicales*, de Manuel Amunárriz, *Sachapi Tapusa*, *Ñucanchic Jampi* –tratamientos con plantas medicinales de los naporuna– son parte del catálogo de publicaciones del Centro de Investigaciones Culturales sobre la Amazonía Ecuatoriana (CICAME).

Además de Sandi Yura estaba la Fundación Salud Amazónica (FUSA), una organización sin fines de lucro que, gracias a proyectos con distintas ONG (Medicus Mundi, Solidaridad Internacional, Vicariato de Aguarico), nace en 1992 con un proyecto de



▲ Naporunas, la nacionalidad mayoritaria en Orellana. Foto: FAL

botiquines comunitarios y formación de promotores de salud en coordinación con las direcciones provinciales de salud. Asumieron los botiquines en zonas de difícil acceso para el MSP.

Instancias con participación social y comunitaria como Sandi Yura o FUSA han desaparecido. Incluso desapareció la Malaria, que se encargaba de los temas de enfermedades vectoriales. Se terminaron los programas de promotores de salud y los botiquines comunitarios. Desapareció también el Consejo Cantonal de la Salud, que trabajaba como una instancia de la sociedad civil para mejorar las prestaciones de los servicios de salud. Y desapareció también el Patronato de Orellana, que atendía a las madres y funcionaba gracias a los presupuestos participativos. Los patronatos desaparecieron por decreto. Hoy el Patronato de Orellana se llama Participación Ciudadana, y está adscrito al Gobierno Provincial como un departamento más que se enfoca en temas sociales de acuerdo con la agenda de la Prefectura.

Estas instancias se crearon a partir de la ausencia del Estado y, si bien es cierto que el Estado tiene ahora mayor presencia que la que tenía hace una década, no es menos cierto que se ha retrocedido en lo que se refiere a participación social y a vigilancia de la sociedad civil a través de sus instancias organizativas. Ya en el documento de Sistematización del Consejo Cantonal de Salud de Orellana (2010), se planteaba la necesidad de la participación ciudadana y el papel de las ONG en fortalecer y promover esa participación. También se analizaba hasta dónde los órganos del Estado acatarían las sugerencias y recomendaciones de la ciudadanía. Hoy, temas como la descentralización en la salud, el papel de las ONG o la participación ciudadana solo se discuten desde el Estado, para el Estado y por las instituciones del Estado.

La ausencia de promotores de salud en las comunidades, sobre todo en las más lejanas, es un problema que impide avanzar hacia el tratamiento de enfermedades que pueden tener cura desde la medicina tradicional indígena y desde sus saberes ancestrales. El argumento del MSP de que los promotores no tienen bachillerato no resulta convincente y más bien parece discriminatorio.



▲ Atención de emergencia en la vía Auca. Foto: MSP

Ese parece ser el mayor retroceso en términos de una propuesta de salud intercultural.

Entre los lineamientos estratégicos de salud dentro del Primer Plan de Oportunidades del cantón Francisco de Orellana 2012-2022 consta que el gobierno local garantiza la promoción y prevención de la salud como un abordaje integral, considerando los factores psicosociales y biológicos. Uno de los objetivos estratégicos es la mejora del programa de equipamiento de los centros y subcentros de salud en las áreas urbana y rural. Entre los objetivos operativos se enuncia “la capacitación a los/ las promotores de salud comunitarios, mujeres de organizaciones en el uso de medicinas tradicionales alternativas y complementarias”.

Estaríamos entonces frente a una de las paradojas del mundo contemporáneo: cuando más discusión hay sobre el tema de salud intercultural, menos pasos damos por conseguirla o más dificultades se presentan para garantizarla.

En una entrevista realizada por Miguel Knipper a Manuel Amunárriz, publicada en la universidad de Giessen, Alemania⁵, Amunárriz responde:

» *creo, personalmente, que en este campo teorizamos demasiado sobre la incompatibilidad entre la medicina occidental y la cultura indígena. Hay que pensar más bien en las actividades previas: el trato bueno y respetuoso a la gente y el buen servicio. La gente reacciona según el trato que le damos. Si hay respeto, reacciona de la misma manera. Eso es lo más fundamental, lo que no debe pasarse por alto.*

5. <https://www.unigiessen.de/fbz/fb11/institute/histor/mitarbeiter/downloads/mk/KniDann2009>. 30 años de Cirugía en la Amazonía Ecuatoriana. Las experiencias de Dr. Manuel Amunárriz y la medicina intercultural. Este trabajo se publicó como capítulo de la obra *Salud e Interculturalidad en América Latina. Prácticas Quirúrgicas y Pueblos Originarios*, bajo la coordinación del doctor Gerardo Fernández Juárez, 2009.



5. La salud intercultural desde los usuarios

En este segmento contaremos algunos casos que ponen en evidencia la dificultad de diálogo intercultural en la atención sanitaria. Los casos corresponden a la provincia de Orellana, pero ejemplifican bien los problemas que tenemos de falta de comprensión y sinergias en cuanto a la salud intercultural.

Caso 1

Un joven waorani fue ingresado al hospital de Francisco de Orellana (Coca) debido a las molestias que le venía causando un absceso en el muslo derecho. En el hospital de Coca le realizaron un corte en el absceso y le medicaron. Fue acompañado de su madre, que no sabía castellano. En el hospital no podían hacer los exámenes que requería el paciente –los médicos suponían que se trataba de una bacteria–, así que trasladaron al paciente a Quito, a una clínica privada de aquellas que tienen convenio con el MSP.

El paciente se debilita y en lugar de mejorar se deteriora, sin que la casa de salud dé muestras de competencia en el tratamiento de un absceso relativamente simple. El paciente empeoró y estuvo en situación de abandono en esa clínica. Una comisión del MSP visitó la clínica luego de las quejas de la familia, e incluso pidió una auditoría, pues comprobó que el trato al paciente no era el óptimo. La infección se complicó y el cuadro era cada vez peor. La familia, viendo el deterioro, se reúne con personal del MSP y decide llevar al muchacho al shamán.

La autoridad de salud, muy consciente del tema intercultural, coordina el traslado y se compromete a garantizar la atención conjunta entre los médicos del sistema de salud público y los agentes de medicina tradicional. Sin embargo, en el hospital de Puyo se impide el ingreso del paciente, argumentando que estaría fuera del sistema de salud y que la institución no puede responsabilizarse del paciente por su estado de gravedad. Lo mismo ocurrió en la clínica privada en Quito, donde el paciente firmó el alta de manera voluntaria.

La familia decide trasladarlo a la casa del shamán, donde recibe tratamiento y empieza a demostrar signos de mejoría. Luego de insistir con la autoridad de salud, y gracias a la buena voluntad de uno de sus médicos –con experiencia en el mundo indígena y por su convencimiento personal de la urgencia del diálogo intercultural– el paciente es admitido en el hospital de Puyo y continúa su tratamiento compartido entre la medicina indígena y la medicina occidental. No obstante, el personal médico no mostró interés en acompañar las curaciones del shamán y, de alguna manera, incluso la despreció.

El caso está en la Defensoría del Pueblo y pone en evidencia las flaquezas del sistema. Una autoridad procuró hacer todo lo que estuvo en sus manos para conciliar la medicina tradicional con la medicina occidental, pero no consiguió la suficiente comprensión y sensibilidad de quienes tuvieron a su cargo en el día a día la atención del paciente. Este fue rechazado, discriminado y mal atendido. Además, su estado de salud se complicó, fue sometido a varias cirugías y perdió un año escolar.

Caso 2

Una muchacha acababa de dar a luz en el hospital de Coca. No pasó ni una hora luego del parto cuando la muchacha salió del hospital sin que le dieran el alta. Estaba muy enojada. No quería quedarse y la enfermera la correteaba y le insistía que si salía del hospital quedaba al margen del sistema de salud, y no recibiría los beneficios correspondientes. Una vez calmada, la muchacha, abrazada de su hijo, contó en su idioma el motivo de su enojo: quería un buen tazón de chicha para reponerse del esfuerzo del parto, pues había perdido muchas energías. No encontró eso en el hospital, pese a que ahora la infraestructura del



▲ Escena en el hospital Franciso de Orellana. Foto: MSP

Hospital del Coca cuenta con un albergue para familiares de los pacientes; a ellos no les permitieron llevarle chicha. Ella, sin que le den el alta, simplemente salió del hospital y buscó irse a su casa. Al abandonar el hospital sin una orden médica, quedaba fuera del sistema de salud. Al menos, eso fue lo que le dijeron.

Caso 3

Es sábado y en el dispensario de Chiro Isla está trabajando el odontólogo. Tiene una pequeña paciente de no más de ocho años. El médico rural está de guardia por si alguien lo necesita. Un tropezón es pretexto para visitarlo y saber cómo le va en su tarea. Es un médico joven venido de la Costa para hacer su año de rural en el dispensario del centro poblado de esta comunidad kichwa.

—¿Cómo le va, qué tal el trabajo?

— No muy bien –dice el joven y muestra su disgusto—. No es posible trabajar acá, no hay forma.

—¿Por qué?

— Imagínese... tengo una paciente que necesita atención. Sus papás no hacen caso. Ella necesita medicamentos y una terapia y los padres no la traen. Le voy a ver a la casa para hacerle la

terapia y los padres la esconden, no dejan que yo la vea. Ellos prefieren llevarla al curandero. ¡Así no se puede trabajar! ¡No se imagina cuántos casos tengo así! Entonces, ya no voy a hacer nada más que esperar a ver si algún paciente quiere venir.

El dispensario está bien equipado. Cuenta con sala de odontología y una farmacia que parece bien surtida. Pero no hay ningún kichwa atendiendo, ni como promotor ni como traductor. Los comuneros no tienen confianza en los doctores, así que prefieren no acudir. Los doctores no parecen integrarse a la comunidad. Su malestar es visible: es duro estar en la selva, hay problemas de movilidad, salir a la ciudad es complicado y el tiempo parece una eternidad.

Caso 4

A las 9:30 de la noche llama una mujer kichwa de Chiro Isla en busca de ayuda. Cuenta que está con la sobrina enferma, con una emergencia en el centro de salud Jambi Huasi. Las dos están esperando desde las 2:30 de la tarde. Una voluntaria pregunta al guardia qué está pasando y este le responde que los resultados de los análisis están listos, pero que la doctora que atendió a la muchacha está en el hospital con una emergencia. Cierra la puerta. Nuevamente, la voluntaria se acerca a hablar con el guardia y le pregunta que cuándo va a volver la doctora. La respuesta es “no sé”. Pregunta nuevamente si algún otro médico puede firmar los resultados, para que la joven pueda regresar a su casa, pues son más de las 10 de la noche, y el guardia responde que no se puede.

La voluntaria se irrita y empieza a perder la paciencia. Siente que quieren hacerle creer que todo funciona a la perfección, pero nada se sabe sobre cuándo darán los resultados de los análisis. Entonces se pone de pie delante de la puerta y golpea hasta que el guardia atiende. Más disgustada le dice al guardia que no va a dejar de molestarle hasta que le diga su nombre y el nombre de la doctora que no llega, para poner la queja al Director Provincial de Salud. Mágicamente, el guardia llama a otra doctora que firma los resultados y los entrega a la tía de la joven. El tema se pudo haber resuelto cuatro o cinco horas antes si, como dijo la voluntaria, “a alguien le importara el bienestar de las personas en lugar del color de su piel”.

Caso 5

Su bebé está enfermo con un diagnóstico de neumonía. Ella cree que es brujería, pues no concibe que un niño esté enfermo: esas cosas son de brujos y de gente malvada que quiere hacer daño. Ella cree que los doctores, en lugar de curar al niño, lo están matando. Ve, impotente, cómo le pinchan con sueros, le sacan sangre y le ponen mangueras en la nariz. Empieza a vivir una pesadilla. Los médicos se cansan de explicarle que no es brujería, que el niño necesita tratamiento. Ella no comprende. Ella cree que la sangre que le sacan al niño es brujería y que será utilizada para venderla. Ella cree que con el suero que le han puesto al niño le están envenenando. Ella cree que si se llevan al niño a Quito va a morir, y prefiere llevarlo al Puyo para que le vea el shamán.

El personal del hospital tiene miedo: si el niño muere nos van a culpar, se dicen médicos y enfermeras, quienes tienen temor de actuar. El miedo paraliza. Paraliza a pacientes y también al personal sanitario, que no está preparado ni tiene la paciencia suficiente para manejar situaciones que tienen que ver con la cosmovisión de los indígenas. Sobre esto no cuentan con ninguna información.

6. La salud intercultural desde los agentes de salud

Dr. Alfredo Amores

¿Cómo conciliar los temas de salud-enfermedad desde la cosmovisión indígena y la medicina occidental?

En este tema hemos trabajado en la propuesta de establecer un “ámbito para implementar la interculturalidad en salud”. Es decir, donde mejor fluya el diálogo de saberes, donde se puedan articular los conocimientos de salud-enfermedad de los dos o más sistemas. Para el efecto creemos que se debe organizar el sistema de una manera horizontal, donde ningún prestador (ancestral u occidental) es más o es menos, aun cuando existan niveles de complejidad no entendibles por los prestadores de ambos sistemas (por ejemplo, ginecólogo, psiquiatra, shamán, yachac). Por lo tanto, no se debería intentar buscar la articulación entre este nivel de complejidad de prestadores de salud. En cambio, sí creemos que es más

viable la articulación entre los prestadores de “menor complejidad”: parteras, especialistas en plantas, médicos generales, obstetras, enfermeras. Son prestadores del primer nivel de atención y en ese ámbito se debe trabajar y buscar conciliar los temas de salud-enfermedad desde diferentes perspectivas.

Hay ferias de la salud y trabajo con parteras, pero el tema de los promotores de salud ha quedado marginado del sistema. ¿Por qué?

Porque se dio un paso cualitativo al intentar profesionalizar a los promotores como Técnicos en Atención Primaria de Salud (TAPS), mas no se consideró que la mayoría, por no decir todos nuestros promotores de salud, no pudieron reunir el principal requisito para esa profesionalización: tener el bachillerato.

¿Hay respeto al uso de la medicina tradicional en el sistema de salud pública? ¿Podemos anotar algunos ejemplos?

Se están logrando algunos avances importantes, sobre todo en lo relacionado con la atención del parto con enfoque intercultural o con el uso de plantas medicinales.

¿Cuáles considera las mayores dificultades del diálogo intercultural en salud?

Las mayores dificultades radican fundamentalmente en el desconocimiento del otro. La universidad no forma a los profesionales para este abordaje. De ahí la importancia en la sensibilización, inducción y capacitación a los trabajadores de ambos sistemas.

En la práctica, ¿cuál es el enfoque intercultural en los servicios de salud?

Conocer al usuario para respetar sus conocimientos, creencias y prácticas a fin de garantizar sus derechos a la salud

¿El personal de salud está sensibilizado con la cosmovisión indígena, con el yachac, con el curandero?

Hay experiencias puntuales muy valiosas.

El idioma es una barrera que no se supera en la atención sanitaria en la Amazonía. ¿Qué se está haciendo al respecto?

Se hacen recomendaciones para que se reclute personal de cada una de las etnias en calidad de facilitadores, tanto de temas varios como del idioma. También se está sensibilizando para que el personal aprenda el idioma. Ya se han elaborado diccionarios de salud en kichwa, shuar y wao tededo.

Dr. Edy Quizhpe
Coordinador Territorial MSP

¿Qué entendemos por salud intercultural?

La relación entre dos o más culturas. Para el caso de la salud, la capacidad de prestar servicios de salud enmarcados en esta relación en el territorio.

¿Qué avances encontramos en el país?

Hay varios avances, sobre todo con el mejoramiento de la oferta de la cartera de servicios, como incorporar en los nuevos centros de salud tipo C el servicio de medicina alternativa. Para el caso de los partos, se ha logrado el acompañamiento familiar y la libre decisión sobre la posición en el parto.

¿Cómo conciliar los temas de salud-enfermedad desde la cosmovisión indígena y la medicina occidental?

Creo que hay que pasar del paradigma salud-enfermedad al paradigma de la salud y sus determinantes sociales. Hay que conciliar en base a una adecuada información y ver la salud desde ese enfoque, donde existen otros actores involucrados en el proceso.

Hay ferias de la salud y trabajo con parteras, pero el tema de los promotores de salud ha quedado marginado del sistema. ¿Por qué?

Ferias se realizan de manera regular en todos los espacios posibles dentro del territorio (parroquias, parques, eventos inaugurales, fechas conmemorativas, etc.). Se mantiene un trabajo con parteras en mayor o menor magnitud, según los territorios. En los sectores urbanos este trabajo es casi nulo, pero se lo mantiene en las áreas urbano-marginales y

rurales, enmarcado en las estrategias de reducción de la muerte materna y neonatal.

En el caso de los promotores, muchos de ellos fueron asumidos por el MSP a través de la formación de Técnicos de Atención Primaria de Salud (TAPS). En la primera promoción hubo más de 1500 en todo el país. Algunos no accedieron porque no tenían el bachillerato y porque tenían que pasar a ser formalmente servidores públicos. Con el mejoramiento del acceso a los servicios de salud en ciertas parroquias, el papel de los promotores en botiquines no tenía mucha lógica, pero se mantenían o mantienen como actores comunitarios.

¿Cuáles considera que son las mayores dificultades en torno al diálogo intercultural en salud?

Que muchos agentes ancestrales requieren reconocimiento económico.

¿Cuáles debieran ser las pautas generales para garantizar el acceso a la salud y el diálogo de saberes entre la medicina tradicional y ancestral y la medicina convencional?

La participación ciudadana, la apertura de los profesionales de salud para tratar distintos temas. Cabe señalar que los mismos servicios de salud se vuelven una barrera cultural.

En la práctica, ¿cuál es el enfoque intercultural en los servicios de salud?

El respeto a las creencias. Recuerda que el MAIS (Modelo de Atención Integral de Salud) es intercultural, familiar y comunitario.

¿El personal de salud está sensibilizado con la cosmovisión indígena, con el yachac, con el curandero?

Se realizan sensibilizaciones previo al ingreso al trabajo comunitario. Sin embargo, las universidades deben fortalecer más los pensum de estudios sobre este tema.

El idioma es una barrera que no se supera en la atención sanitaria en la Amazonía. ¿Qué se está haciendo al respecto?

Incorporar personal de la misma localidad.

Karina Gaviláñez

Coordinadora Técnica del Proyecto
de Salud OCKIL-RIO

¿Considera que se puede hablar de salud intercultural? ¿Por qué?

Considero que hoy sí podríamos hablar de salud intercultural dentro del sistema de salud, pues el MSP implementa el Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Comunitario, Intercultural y Familiar como política pública. Esto como resultado del trabajo de varios promotores y parteras que sirvieron de lazo para que la comunidad se relacione con los profesionales de la salud (específicamente en el cantón Loreto). Aún se mantiene ese reconocimiento, aunque con algunas autoridades sanitarias que han pasado este proceso se ha debilitado. Sin embargo, a la larga se intenta mantenerlo por el bienestar de los comuneros, aunque aún falta que realmente se considere a la interculturalidad dentro de los servicios de salud.

Pero los indígenas tienen dificultades de acceso al sistema de salud.

Aún tienen dificultades de acceso. En mi opinión, esto se podría analizar desde dos ángulos. Primero, desde la óptica de los profesionales de salud, quienes muchas veces no respetan las creencias indígenas y minimizan la medicina tradicional, o no respetan sus costumbres (por ejemplo, la forma de parir de las mujeres). Esto ocasiona que los indígenas no acudan a los centros de salud.

Por otro lado está la barrera creada por los mismos indígenas, ya que aún no toman conciencia que tienen los mismos derechos y que pueden exigir que se cumplan. También está la mentalidad de algunos profesionales de la salud que llegan a las unidades operativas a realizar su rural y no conocen la realidad ni la forma de vida de los indígenas. Su visión es cuadrada y no entienden que la medicina tradicional es un aporte para la medicina occidental.

¿Cree que se toma en cuenta a la medicina tradicional?

Aún es un tema complejo. Algunos profesionales de la salud respetan y promueven que las personas no pierdan el uso de la medicina tradicional, pero en su gran mayoría no la toman en cuenta; creen que esta es simplemente una creencia de las personas que no les ayuda en nada, aunque desde el MSP, en coordinación con las organizaciones kichwas, se han implementado talleres para que los profesionales se familiaricen con este tema y lo respeten. Creo que se ha logrado mucho en el tema de atención adecuada del parto intercultural. Se ha conseguido que las parteras se sumen al equipo de salud para que aporten con sus conocimientos.

¿Cuál es el principal obstáculo que encuentra en la atención a mujeres indígenas?

La falta de confianza que les transmiten los profesionales de salud, porque cuando ellas demandan

▼ Consulta en el Hospital Franklin Tello, Nuevo Rocafuerte. Foto: FAL



atención en los centros de salud o en las brigadas de salud comunitarias, las tratan mal, minimizan su forma de manejar ciertas enfermedades, o simplemente no les explican de una manera adecuada lo que tienen. Ellas prefieren no volver o se esconden, ocasionando muchas veces que se agrave su enfermedad.

¿Qué opinión tiene en cuanto a los promotores de salud?

Los promotores de salud han sido y son un puntal fundamental para que los servicios de salud lleguen a las comunidades. Ellos son el nexo gracias al idioma, a que conocen el sector y, sobre todo, a los conocimientos que han adquirido en las capacitaciones. Además, son los que realizan las acciones de promoción de la salud con sus pares y ayudan en el seguimiento de las personas que tengan alguna complicación de salud en sus comunidades.

Pero hay dificultades con los promotores en Orellana y en otros lugares de la Amazonía porque no tienen bachillerato.

En Loreto ellos se mantienen; además, se siguen sumando jóvenes escogidos por las comunidades. Es decir, no se ha dado la terminación de sus labores por el hecho de que no tengan bachillerato. Pero si eso ha ocurrido en otro sector sería una forma de discriminación y de cerrar las puertas a las personas para que puedan demostrar sus aptitudes.

Los botiquines comunitarios se cerraron debido a que no existía la posibilidad de que se mantengan con las políticas del MSP, es decir, con la creación de los centros de salud. Tal vez se podría considerar su apertura en zonas de difícil acceso y que lleguen como centros de primeros auxilios, para que luego se transfieran a los centros de salud, porque si solo se quedan con lo que adquieren en el botiquín realmente no se garantizaría el verdadero acceso a la salud de la gente. No queremos que se atiendan solo porque están enfermos, sino que tomen conciencia que cuidar de su salud implica acudir al centro de salud para acciones de prevención.

En Orellana, cada día son menos las instituciones que trabajan en temas de salud fuera del MSP. Es decir, instituciones como Sandi Yura han desaparecido, igual la Malaria y el Patronato.

¿Qué opina al respecto?

En el caso de ONG como Sandi Yura, el problema se debe a que los dirigentes no se empoderan de los procesos para que puedan seguir fortaleciendo la organización. Es decir, establecen una relación paternalista con algún proyecto y cuando este se acaba ellos también desaparecen.

En las instancias que tienen que ver con el Estado, son situaciones que se dan por cambios en las normativas. Muchas veces las iniciativas no se alinean con las del MSP, lo cual ocasiona que las personas que están al frente de ciertos proyectos o instituciones persigan otros fines. Eso ocurre, por ejemplo, con los patronatos. Muchas veces no realizan un trabajo coordinado. Más bien, todos buscan algún rédito personal antes que un beneficio para la comunidad.

Manuel Amunárriz Urrutia

Misionero capuchino y doctor.

Ex Director del Hospital Franklin Tello.

Desde su experiencia en el hospital Franklin Tello, de Nuevo Rocafuerte, ¿es posible hablar de un sistema de salud intercultural?

Se trata de un lenguaje ambiguo. El sistema nacional de salud está estructurado sobre criterios de salud científicos, basados en los conocimientos actuales de biología y fisiología. No integra para nada los criterios interpretativos de la enfermedad existentes en las culturas indígenas del país. Aunque sé que hay algunas experiencias muy concretas de centros de salud donde se realizan en el mismo lugar actividades de ambos sistemas de interpretación de la salud y de la enfermedad. Otra cosa es crear en el país un clima de respeto y valoración cultural de la medicina ancestral indígena, y aprender a convivir respetándose mutuamente. En este plano tampoco creo que exista en realidad este respeto mutuo, aunque existe un discurso público que no se corresponde con la realidad.

¿Cuáles considera que son las principales barreras culturales en el tema sanitario en la Amazonía ecuatoriana?

Las verdaderas barreras no están en los planos teóricos, aunque existen, ciertamente. Y no están aquí porque la población indígena se encuentre en

una etapa de interculturización que le hace asequible a ambas interpretaciones de la enfermedad, la científica y la ancestral. La verdadera barrera está en las relaciones humanas fundamentales, en la convivencia respetuosa y fraterna entre ambas concepciones, dando valor a lo que el otro piensa, respetando los ritmos y las opciones que cada persona realiza a la hora de asumir su enfermedad y los caminos para tratarse. Hay la necesidad de realizar una actividad pedagógica sosegada y respetuosa. Falta tiempo y sosiego para aprender a vivir con los pueblos que piensan de forma diferente, pero que tienen el mismo valor humano que el que nos atribuimos a nosotros.

A los indígenas no les gusta del todo acudir al centro de salud o al hospital. No confían en él. Sin embargo, en usted, el “padre doctor”, sí confían. ¿Por qué?

Porque he vivido largo tiempo con ellos, he conocido a cada familia, he aprendido a valorar su mundo y sus creencias, porque he reído y llorado con ellos y porque he sido honesto a la hora de explicar mi interpretación de la enfermedad, tratando de no imponerla. Al mismo tiempo, siempre he permitido que cada uno de ellos sea quien decide lo que debe hacer a la hora de escoger los caminos de la curación.

¿Cómo funcionaban el sistema de promotores de salud y botiquines comunitarios? ¿Sus logros y sus fracasos?

El sistema de promotores de salud y los botiquines comunitarios surgieron como fruto de una cercanía intensa con los doctores Javier Aznárez y Miguel San Sebastián, quienes fueron capaces de vivir en la comunidad e incorporar a jóvenes de las comunidades en la tarea de curar y prevenir. Se les escogió de acuerdo con criterios de la misma población, en algunos casos hijos de grandes yachac, y se realizó una tarea paciente de enseñanza hasta que fueran capaces de realizar acciones básicas de salud: diagnósticos elementales, manejo de técnicas como identificación de parásitos, pautas de tratamientos y manejo de un botiquín básico. Fue una tarea paciente, cercana, implicada en la vida comunitaria y apoyada por las mismas comunidades, que entendían el sentido de esta actividad porque la veían nacer y crecen en su entorno. Esta tarea perdió fuerza por dos motivos fundamentales. El primero, porque los guías, es decir los doctores an-

tes citados, tuvieron que ausentarse de Aguarico; en segundo lugar, cuando la Dirección Provincial de Salud asumió el proyecto sin la cercanía y flexibilidad que exige, y cuando desaparecieron los apoyos económicos para el mantenimiento de promotores y botiquines.

¿Alguna vez usted consultó al yachac sobre qué hacer con un paciente?

No he tenido la oportunidad de realizar este tipo de consultas, pero sí he conversado muchas veces con yachac notables de las comunidades y he recibido pacientes enviados por ellos, igual que en ocasiones algunos de mis pacientes han decidido ir al yachac después de permanecer varios días en el hospital. En la mentalidad de los yachac existe una división de tareas: las enfermedades del cuerpo las puede tratar el médico, las enfermedades del alma son incumbencia exclusiva del yachac.

El punto central que separa ambas interpretaciones de la enfermedad es la diferencia de concepción de lo que es la enfermedad en sí, en su naturaleza íntima: lo que para el médico es alteración de la fisiología, para el yachac es un efecto provocado por la acción de quien desea hacerte un mal. Pero aunque aquí están las diferencias más profundas, existe un plano humano, el plano psicológico tan importante en la medicina, que permite acercarse a yachac y médicos, y es el deseo de ayudar al que sufre y poner en marcha los poderes y sabidurías que cada uno tiene, respetando la voluntad del paciente y el mundo cultural en el que cada uno se ha desarrollado.

¿Es posible conciliar los tratamientos occidentales con los tratamientos del yachac? ¿Es posible el diálogo?

Es una de mis más íntimas satisfacciones comprobar que mis relaciones con los yachac de la región fueron excelentes. Algunos de ellos han sido hospitalizados y tratados en el Hospital Franklin Tello, naturalmente por patologías que ellos llamarían patologías del cuerpo. En algunas otras ocasiones me han llamado para atender en sus propias casas a familiares cercanos. Crean que el médico occidental, en mi caso, tiene su propia sabiduría y su territorio de acción, y confían en él.

He tenido pacientes que han sido enviados por los mismos yachac para que el doctor del hospital complete el tratamiento.

¿Le dio alguna vez malaire?

Recuerdo una vez que estaba celebrando la Eucaristía en una comunidad y sufrí un desvanecimiento por agotamiento. Un yachac de la comunidad me trató con un manojo de ramas y hojas que agitaba enérgicamente sobre mí y que me alivió. Como es natural, interpreté este alivio seguramente de forma diferente a la que podría explicar el yachac. Pero se trata de un acontecimiento mínimo en el que si algo vale es el clima de confianza que se manifiesta en un ambiente verdaderamente familiar.

A nivel de políticas públicas, ¿tuvo alguna vez directrices (del MSP, por ejemplo) acerca de la interculturalidad como línea transversal en la atención en el Hospital Franklin Tello?

No, que yo recuerde.

¿Qué se debería tomar en cuenta a la hora de hablar de salud intercultural?

La adaptación al ritmo humano y cultural de las comunidades donde se trabaja, la honestidad de las acciones de salud, la capacidad de entrega de los agentes de salud, el aprendizaje de vivir con otras culturas, respetándolas, pero siendo honesto al mismo tiempo cuando se trata de aplicar lo que la ciencia y los criterios de salud han contrastado seriamente. Sería un error que las autoridades públicas de salud del país consideren el tema de salud intercultural como un arma política, una manera de ganarse adeptos para sus fines políticos, y naveguen en un ambiente ambiguo, no definiendo con claridad la interpretación de lo que es salud y enfermedad.

7. El shamán, las flechas mágicas y la sanación

En la cosmovisión amazónica –y principalmente para los naporunas– el shamán cumple varias funciones: es curandero, consejero o visionario, conocedor de los beneficios de las plantas; pero, ante todo, es el intermediario entre el mundo real y el mundo de los espíritus.

El concepto salud-enfermedad viene de un proceso complejo, en el que intervienen fuerzas



espirituales y fuerzas de la naturaleza. El mal, la enfermedad, llamada también *paju*, tiene que ver con esas fuerzas espirituales, con flechas mágicas que contienen el mal y que muchas veces son enviadas por el brujo o *sagra*. Estos males se manifiestan como fiebres, vómitos, diarreas, hinchazones, dolores de cabeza o de articulaciones, mareos, y se los denomina malaire, malagri o malviento, con sus variantes.

Para estos males hay algunas medicinas y rituales en donde el shamán, dependiendo de la gravedad del caso, actúa con los espíritus y ayuda a calmar las dolencias y a extraer la enfermedad –el *paju*– del paciente. Para ello utiliza plantas con las que avienta al paciente de acuerdo a su dolencia. A veces utiliza tabaco, que sopla sobre la coronilla del paciente; otras, bastará la ortiga que quita la inflamación nerviosa, o aventar, con ramas y hojas, para quitar el mal viento, o soplar con trago fuerte (licor de caña) y bañar al paciente.

El shamán suele distinguir entre las enfermedades del espíritu y las del cuerpo, e incluso sabe cuándo hay que acudir al doctor. Si alguien ha tenido un accidente (por ejemplo, se rompe la cabeza), el shamán sabrá que el paciente necesita ir al hospital para que le cosan o suturen la herida. Y si



▲ Vista panorámica del río Napo. Foto: FAL

su paciente padeciera de algo que no puede curar, acude al doctor. Para ello, los lazos de confianza son fundamentales.

Dependiendo de los males, la limpia puede durar una noche entera y el shamán hará su ritual. Otras veces, la limpieza puede ser más rápida y no requiere de mayor liturgia. Dependiendo del caso, el shamán también puede ver: para eso tomará bebidas como la ayawasca, y con ello abrirá las puertas de otros mundos misteriosos y tomará contacto con los espíritus que le guiarán en su sabiduría.

También está el *sagra*, el que hace mal y ayuda a hacer el mal. El *sagra* o brujo genera divisiones en las comunidades y, sobre todo, mucho miedo. Puede matar con sus flechas y dardos mágicos, puede vengar y enemistar a unos con otros. Las guerras de brujos han terminado no pocas veces en muertes y en enfrentamientos familiares. Los males de los brujos pueden ser tales que el paciente muere.

Los males del espíritu no son cosa de juego. Se tiende a pensar en el shamán o yachac, quizá por novelería, con cierto romanticismo, muy propio de las ideas del “buen salvaje”. Se desconoce que, al menos en el mundo amazónico, los temas de ma-

les del espíritu, la “chontapala” y los dardos envenenados, pueden ser asuntos de vida o muerte, y que las venganzas y envidias o los males conjurados por el brujo son realmente mortales.

8. Ni paracetamol ni San Gonzalito

Los usuarios se suelen quejar de que, sea en el dispensario o en el hospital, todo lo que les da la medicina occidental es paracetamol. Si duele la cabeza, paracetamol. Si hay fiebre, paracetamol. Si tiene dolor del cuerpo, paracetamol o ibuprofeno. Antes era aspirina, pero con la preminencia de virus como el paludismo, dengue, dengue hemorrágico, chikungunya o zica, en los dispensarios se ha prohibido dar otro tipo de analgésico, pues cualquier otra medicación no haría sino ocultar y agravar las consecuencias de estas enfermedades. Paracetamol es la pastilla milagrosa que cura cualquier dolor y cualquier enfermedad.

Los usuarios consideran que el paciente, luego de pasar horas para conseguir un turno, ser atendido en el subcentro de salud, si acaso llegar a la ciudad



▲ Brigada médica en las comunidades de la vía Auca. Foto: MSP

para recibir atención sanitaria en Jambí Huasi^{6*}, y luego pasar al hospital –con lo que implica esperar por un turno, hacerse entender, esperar por la atención–, se merece algo más que la pastilla que calma el dolor y que baja la fiebre. Entonces, muchos prefieren hacerse una limpia con el curandero o con el sobador, dependiendo del mal que les aqueja, pues ahí se sienten mejor atendidos. Reciben un tratamiento más personalizado, en muchas ocasiones ayuda que el curandero sepa su idioma (por ejemplo, kichwa) y, por supuesto, que conozca la cosmovisión y el significado que cada uno le otorga a la palabra enfermedad o *paju*.

Sin embargo, el paciente indígena no solo encuentra dificultad en la medicina alopática y en los tratamientos que debe seguir –incluido el paracetamol–, sino que también encuentra dificultades en su propia medicina: la figura del yachac va desapareciendo, los ancianos mueren con su sabiduría y sus conocimientos y los jóvenes, que están en otras cosas, no se interesan por aprender.

El conocimiento de las plantas medicinales ha ido desapareciendo. La selva es, sin duda, una gran farmacia en la que se encuentran raíces que ac-

túan como analgésicos o anestésicos, plantas que quitan la fiebre o el vómito, plantas utilizadas para dilataciones en el parto o para evitar hemorragias en el posparto, savia de los árboles que son poderosos cicatrizantes, etc.

Hoy son pocos quienes conocen de esos saberes. Incluso se ha llegado al absurdo de criminalizar a las mujeres que venden en el mercado de Coca productos como sangre de drago, jengibre, leche de sandi, uña de gato o aceites curativos. El Ministerio del Ambiente considera que la comercialización de ese tipo de productos es el resultado de prácticas depredadoras de la selva. De la misma manera, ha confiscado artesanías elaboradas con plumas o adornadas con pieles de animales, y que los indígenas de las nacionalidades shuar, kichwa o waorani venden en sus tiendas.

El control y la prohibición se aplican sin tomar en cuenta las demandas y requerimientos de la población indígena que vive en la ciudad y no en la selva. Cada vez hay más migración, ya sea por los estudios o por el trabajo. Los indígenas necesitan comprar esos productos porque ya no tienen chacras en donde sembrar, puesto que ya no residen

6. * En kichwa, Jambí Wasi significa Casa de Salud; son las instalaciones del antiguo hospital de Coca.

en la comuna o en la finca. De igual forma, tienen que vender sus artesanías, pues necesitan dinero. Estas prohibiciones y sanciones son contrarias a las nociones de interculturalidad, que establecen que los indígenas tienen derecho al uso de los recursos de su territorio.

De otra parte, además del shamán (el que cura) o del *sagra* (el que hace mal), han aparecido en la Amazonía toda clase de charlatanes, incluso redes con características mafiosas, que han hecho de la brujería y de la ingenuidad de la gente un modo de extorsión.

Estas prácticas han llevado a muchas familias a perder su patrimonio, pagando ingentes sumas de dinero a cambio de la cura de un mal que, al parecer, ha sido encargado por otros, ya sea por envidia o por venganza. Estas redes, que operan en la Amazonía, tienen su origen en la Sierra, en ciudades como Ambato, a donde los indígenas acuden a pagar cientos y hasta miles de dólares por el retiro de una prenda o de un nombre con el que han sido “brujeados”. Los afectados tienen que pagar por las prendas (que suelen ser desde fotografías hasta nombres y cédulas escritos en un libro al que llaman “la capilla de San Gonzalito”, en Ambato); de no hacerlo, el mal y la enfermedad se apoderan de ellos.

Los indígenas no se atreven a denunciar a estas mafias por temor a morir, no por el chantaje sino por la enfermedad. El poder de la sugestión es tan grande que, así tengan que vender el alma al mismo diablo, consiguen los mil, dos mil, cinco mil dólares que piden los brujos. Este tema ha sido denunciado por la prensa en varias ocasiones. Incluso hubo un castigo comunitario a las llamas brujas de Calhuasig. Alguna vez la Diócesis de Ambato difundió un folleto para que la gente no se deje engañar, pero esa información no llega a la Amazonía, como tampoco llegan las noticias de prensa sobre el tema. En el año 2011 se hizo un operativo para atrapar a una de estas bandas, que estafaba a los waorani (el video se encuentra en youtube⁷). Sin embargo, como la estafa es un delito de acción privada, la autoridad no puede intervenir y las bandas siguen enganchando principalmente a los indígenas.

9. Casa Intercultural del Parto en Loreto: un buen ejemplo, pero insuficiente.

Uno de los ejemplos exitosos en el tema de salud intercultural es la Casa Intercultural del Parto, en Loreto. Un modelo que nace de las organizaciones y de un trabajo iniciado a fines de los años 90, y que se concreta en una casa en el 2008, en la que trabajan las mujeres de la red de parteras de Loreto. La Casa, *Rantiparipak wachachina wasi* en kichwa, es un modelo exitoso en el que se ha puesto énfasis, sobre todo en el parto vertical, con bastante acogida y con cierto éxito. Un proyecto en el que se destaca la participación de distintos agentes que intervienen en el sistema de salud, pero que también incluye a otros actores que han enriquecido este proceso (ONG, gobiernos seccionales, promotores comunitarios, yachac, curanderos y la comunidad).

En esta casa rotan las parteras de la comunidad. Tienen, por ejemplo, un huerto con algunas de las plantas medicinales utilizadas por las mujeres indígenas para calmar hemorragias, y han logrado reducir cifras de mortalidad materno-infantil, de parto horizontal e incluso de cesáreas. Sin embargo, si el ejemplo no se multiplica en otras acciones, se corre el riesgo de que la interculturalidad quede reducida a la atención de partos verticales y no existan otros avances, como lo mencionan Érika Arteaga, Miguel San Sebastián y Alfredo Amores en el trabajo titulado *Construcción participativa de indicadores de la implementación del modelo de salud intercultural del cantón Loreto, Ecuador*, publicado en el 2012 en la revista Salud en Debate (Brasil).

10. Las particularidades del caso waorani

El MSP ha hecho esfuerzos en el caso waorani y sus particularidades, tomando en cuenta que el pueblo waorani es un pueblo de contacto reciente (1956 y 1976) y que, además,

7. <https://www.youtube.com/watch?v=9QVI5O7F3fQ>

hay algunos clanes (tagaeri/taromenani) que aún permanecen sin contacto en la Amazonía ecuatoriana.

En el caso de los primeros –los waorani–, el MSP intenta que acudan a los centros de salud más cercanos (Tiwino, Kupi 4, Santa Rosa, Dayuma, Dikaro) antes de ir al hospital. En el deber ser, si alguien tiene un problema de salud debe acudir al centro más próximo a su domicilio. Esto no siempre ocurre así y muchas veces los waorani acuden directamente al hospital, aunque para hacerlo tengan que acudir, casi siempre, a terceros: necesitan ayuda para el pasaje, alguien que ayude pidiendo el turno en el call center o llamando a hacer la cita previa, luego el acompañamiento en el hospital. En muchos casos la respuesta médica no es viable para los pacientes, sobre todo con aquellos de comunidades lejanas:

—Señora, venga una vez a la semana a la fisioterapia, dice el doctor mientras extiende la receta.

Para que la señora T. asista una vez por semana a la fisioterapia necesitará dinero para ir y volver de su comunidad, comida y alojamiento y, además, alguien que le acompañe y que pueda traducir lo que dice el médico. Ante situaciones así, la familia

de la señora T. acudirá al shamán y lo más probable es que ceda su dolencia al menos por un tiempo, aunque no se cure de su mal. Esto se repetirá una y otra vez.

En Shell (Pastaza) funcionaba el Hospital Vozandes del Oriente (HVO), regido por las misiones evangélicas (HCHB), con especial atención a los waorani. Ese centro de salud cerró sus puertas en 2013, luego de 55 años de funcionamiento. Eso porque el Estado, a través del MSP, asumió los servicios de salud definitivamente en 2014. El hospital estuvo en terapia intensiva y, finalmente, el gobierno ecuatoriano tomó la posta.

En los últimos años, y vistas las dificultades de atención a los waorani, ya sea por complicaciones en las comunicaciones, por la distancia o como consecuencia de situaciones violentas, el MSP ha conformado un grupo de médicos con más experiencia en temas de interculturalidad. Este equipo está más atento a las situaciones que se presentan con los waorani para atender emergencias médicas, dar soporte y actuar tomando en cuenta sus particularidades. Este es, ciertamente, un avance, que incluye visitas a lugares lejanos como las comunidades de Bamenó o Boanamo, en el río Shiripuno (Pastaza). También posibilita una



▲ Pobladores de la vía Auca trasladan a un paciente. Foto: MSP

mejor orientación y comunicación entre las comunidades, los dispensarios y los encargados de proveer servicios emergentes, como el transporte en helicóptero o avioneta para sacar a pacientes en estado grave. Así mismo, han contratado una persona waorani para que haga de traductora en el Hospital de Francisco de Orellana, aliviando en algo las necesidades y demandas de la población.

Como parte de las estrategias, se ha creado un grupo para alertas tempranas de emergencias, mejorando notablemente las comunicaciones. Sin embargo, todavía son muchas las necesidades. Un solo traductor en el hospital no es suficiente, el personal necesita sensibilización en temas relacionados con los waorani y los waorani necesitan explicaciones sobre temas que solo puede tratar la ciencia. Necesitan recuperar la confianza en los médicos, pues tienen verdadero temor a acudir a los hospitales y centros de salud.

Durante muchos años el tema de salud de los waorani fue asumido casi exclusivamente por la empresa Repsol (antes Maxus), como parte del convenio existente entre la compañía petrolera y la nacionalidad waorani. El Estado no aparecía por aquellos lugares selváticos. Desde el Hospital Franklin Tello más bien se atendía a las familias waorani de Kawimeno o Garzacochoa, aunque las empresas petroleras también han puesto dispensarios médicos en los lugares donde trabajan, a manera de compensación a las comunidades. Ahora, la asistencia sanitaria a los waorani está dentro de los programas de salud pública, aunque la petrolera aún juega un papel fundamental.

En el caso de Repsol, los dos dispensarios que tiene, en el norte y en el sur, fueron creados para salud ocupacional, y al final se transformaron prácticamente en dispensarios de salud pública: el 70% del servicio ha sido para las comunidades. Al dispensario del campamento del norte (NPF) acudían las comunidades de Guiyero, Timpoca, Peneno. Al campamento del sur, llamado SPF, acudían pacientes de las comunidades de Dikaro, Yarentari, Iro, Ginta.

El dispensario de Dikaro fue una demanda de las comunidades, puesto que había mucha presión, sobre todo en el sur. La compañía y el MSP firmaron un convenio: el MSP puso los médicos –ahora están un médico, un odontólogo y un enfermero– y la empresa puso el dispensario equipado, construyó la casa de los médicos y, cuando se requiere, pone a disposición una ambulancia de su propiedad.



Uno de los problemas es que el sistema de salud depende del peso demográfico: es decir, se requiere de un determinado número de habitantes para que se coloque un puesto de salud, un dispensario o un hospital (establecimientos tipo A, B o C). Eso no distingue, por ejemplo, las particularidades de las nacionalidades. Es decir, si por demografía se construye el dispensario, digamos, en el centro poblado de Pompeya, que es donde hay más gente, no hay garantía alguna de que los waorani acudan, pues lo consideran un centro kichwa y es muy probable que exijan el suyo propio.

Uno de los médicos que trabaja en el llamado bloque 16 comenta que falta mucho por hacer en el tema intercultural.

» *La medicina tradicional es empírica y está basada en la experiencia. No podemos ir en contra de las creencias y la cosmovisión de los pueblos indígenas, que no hacen distinción entre el mundo físico y espiritual. No se ha conciliado porque no ha existido un acercamiento con los líderes o con las personas que realizan medicina tradicional. Sería bueno organizar charlas y talleres para conocer su medicina tradicional y sus creencias, y saber hasta qué punto esta*

medicina es beneficiosa y cuándo hay que utilizar la medicina occidental.

Ese dispensario es verdaderamente intercultural, aunque se desconozcan las prácticas de la medicina tradicional, e incluso las reacciones que los pacientes puedan tener frente a una cirugía o una muerte prematura. La doctora es cubana, el promotor de salud es wao, los médicos son ecuatorianos.

No hay diálogo entre el shamanismo y la medicina convencional –afirma uno de los médicos–, aunque sabe que muchas veces las enfermedades son producto de brujerías o de la acción directa del shamán, quien actúa como intermediario para provocar la enfermedad.

Tampoco han reflexionado internamente sobre los usos de las plantas medicinales. Los médicos del dispensario han oído del wanto o de la ayawasca, que provocan alucinaciones y que han sido utilizados antiguamente como anestésicos; incluso saben quiénes los consumen, pero hasta ahí llega su conocimiento. Han tenido conversaciones informales con los pacientes acerca de las bondades de la medicina tradicional, pero no se ha profundizado ni se ha hecho un análisis riguroso de esos temas.



▲ Odontólogo en el Hospital Franklin Tello. Foto: VAA



▲ Barco hospital Jambi Purina, en Nuevo Rocafuerte. Foto: VAA

El otro médico es más optimista:

» *en este mundo de atención a los pacientes, cada día se aprende algo nuevo. Ellos tienen sus propias costumbres de sanación, y funcionan. La interculturalidad se respeta y se pone en práctica, al menos con las mujeres embarazadas, para no tener muertes maternas y neonatales, dando seguimiento y actuando en el momento oportuno.*

Por parte del personal de salud existe toda la disponibilidad de articular la medicina occidental con la tradicional, pero no hay espacio físico para hacerlo. Alguna vez se lo quiso hacer, pero por el espacio no se pudo concretar. Por parte del distrito se han hecho inspecciones y se ha dialogado con la comunidad para trabajar en este proceso. El personal de salud respeta mucho el saber del shamán y se ha conversado con los pacientes sobre los saberes ancestrales, pero en el mundo wao no hay shamanes que hayan sido reconocidos por la comunidad, y menos aún por el MSP, a diferencia del mundo kichwa, donde sí tienen ese reconocimiento.

En el caso de los segundos, es decir, de los pueblos llamados en aislamiento o sin contacto, el MSP cuenta con protocolos de emergencia (avistamientos, contactos violentos o contacto inicial). Su pri-

mera actuación fue la vacunación de dos niñas del grupo tagaeri/taromenani que fueron capturadas por un grupo waorani en abril del 2013. Además de la visita inicial, que permitió definir la edad de las niñas, y de la vacunación, que impidió que contrajeran alguna gripe, así como del seguimiento que ha hecho el personal de salud, el MSP ha trabajado en unos protocolos que ha puesto a la orden de otros actores (como el Ministerio de Justicia) para su aval y seguimiento.

Sin embargo, el MSP aún encuentra muchos problemas; por ejemplo, para la aplicación de un cerco sanitario eficaz. El MSP vacunó contra la gripe A1H1 a los turistas que viajaban por el río Shiripuno a un sitio turístico de importancia en el corazón del Parque Nacional Yasuní, pero no vacunó a los motoristas, cocineros y personal de otras localidades que acompañaron y guiaron al grupo, según cuenta un guía turístico. Igualmente, muchos waorani están vacunados de la hepatitis, pues se ha podido comprobar que son extremadamente vulnerables a ella, pero no se ha vacunado a campesinos, colonos, militares, policías y personas de otras nacionalidades que comparten el mismo territorio y que, muchas veces, comparten la chicha y la vida íntima.

Los protocolos han sido preparados en concordancia con protocolos aplicados en Perú o Brasil, y se han realizado reuniones para validar la norma. La



▲ Manuel Amunárriz en el laboratorio del Hospital Franklin Tello. Foto: VAA

preocupación es si, del protocolo a la realidad, el personal de salud reaccionará frente a situaciones extremas, como los contactos que se han producido en la frontera selvática entre Brasil o Perú, o si reaccionará inmediatamente frente a contactos violentos, como los que se han dado en los últimos años y que han afectado a waorani y campesinos, heridos o muertos con lanzas de chonta.

Aquí encontramos varios problemas, aciertos y desaciertos que tienen que ver con el hecho de que las instituciones ecuatorianas, independientemente del MSP, (Ministerio de Justicia, Fiscalía, Policía, personal del Ecu 911, etc.) desconocen el tema. Hemos podido ver, por ejemplo, cómo se pretendió hacer la autopsia del cuerpo lanceado de Caiga Baihua (2016), procedimiento que no solo va en contra de las costumbres y cosmovisión waorani, sino también en contra de todo sentido común: la distancia misma, la dificultad de transporte, el tiempo transcurrido entre la muerte y la sugerencia de hacer la autopsia, etc.

Este no es un problema exclusivo del Ecuador. En los últimos años se ha visto que, en situaciones de contacto en la frontera peruano-brasileña, los protocolos se rompen. Esto ocurrió cuando un grupo de antropólogos, que han predicado por años evitar el contacto, graban emocionados cuando indígenas en aislamiento piden prendas de vestir y las toman a la fuerza de casas de otros indígenas. Se constata la complacencia de quienes, por sus funciones, están llamados a impedir el contacto y el eventual contagio de enfermedades mortales.

Marco de la Cruz

Médico del dispensario de la compañía Repsol.

Dikaro debe ser un lugar especial para la atención sanitaria. Háganos un breve relato de su experiencia.

Dikaro es el mayor poblado en esta zona y merece tener un servicio médico permanente. Se ha escuchado entre los pacientes waorani que algunos prefieren ir a donde su shamán para que les solucione sus problemas de salud, con resultados impredecibles. Aunque se debe respetar sus costumbres, también se debe compartir la medicina occidental con este grupo humano.

¿Cómo conciliar la medicina general con la medicina tradicional y la cosmovisión waorani?

El enfoque actual es la prevención. Serán las nuevas generaciones de estas comunidades las que, a través de una educación integradora, puedan valorar lo mejor de cada cultura y bajo este criterio ellos escojan lo que mejor les conviene.

¿Tienen los médicos del dispensario algún protocolo de actuación para con sus pacientes? ¿Puede describirlo brevemente?

Utilizamos los protocolos de la medicina occidental. Son protocolos que actualmente los dirige el MSP. Luego de la emisión de las leyes de mala práctica profesional hay que regirse por los mismos, sin importar el nivel de atención médica que se esté brindando en nuestro país.

¿Qué ha aprendido de la salud-enfermedad o de la muerte en su experiencia con los waorani?

Los waorani tienen una resistencia admirable al dolor, por haberse mantenido siempre al amparo de la selva en condiciones muy duras. Para ellos solo existe el tratamiento sintomático, que valoran y practican a diario.

He visto diferentes reacciones de ellos ante la muerte de un familiar. Algunos expresan dolor y pena, mientras que, en el otro extremo, otros manifiestan una total indiferencia ante la muerte.

¿Cómo ve el tema de la interculturalidad en la salud desde su experiencia en el dispensario de Dikaro? ¿Hay o no un tratamiento intercultural?

De lo que he visto, ya hay personas que aceptan a los profesionales de la salud dentro de la comunidad. Se ve un nivel de tolerancia que les permite trabajar con la medicina occidental y mucho más cuando se trata de planes preventivos como la vacunación a los niños. Las dificultades surgen con las personas waorani mayores, que no hablan español. La barrera lingüística es superada cuando ellos acuden a la consulta médica con un familiar que sirve como intérprete.

¿Cómo ve el shamanismo en las comunidades? ¿Hay diálogo doctor-shamán?

Por aquí no he visto a ningún shamán. De lo que tengo entendido, los pacientes acuden a un shamán que está fuera del bloque.

¿Ha aprendido el uso de algunas plantas medicinales de la zona?

No he tenido la oportunidad de usar este tipo de plantas medicinales, pues hasta el momento las medicinas que tenemos a nuestro alcance nos permiten cubrir las necesidades médicas.

¿Alguna recomendación sobre el diálogo cultural en los temas de salud?

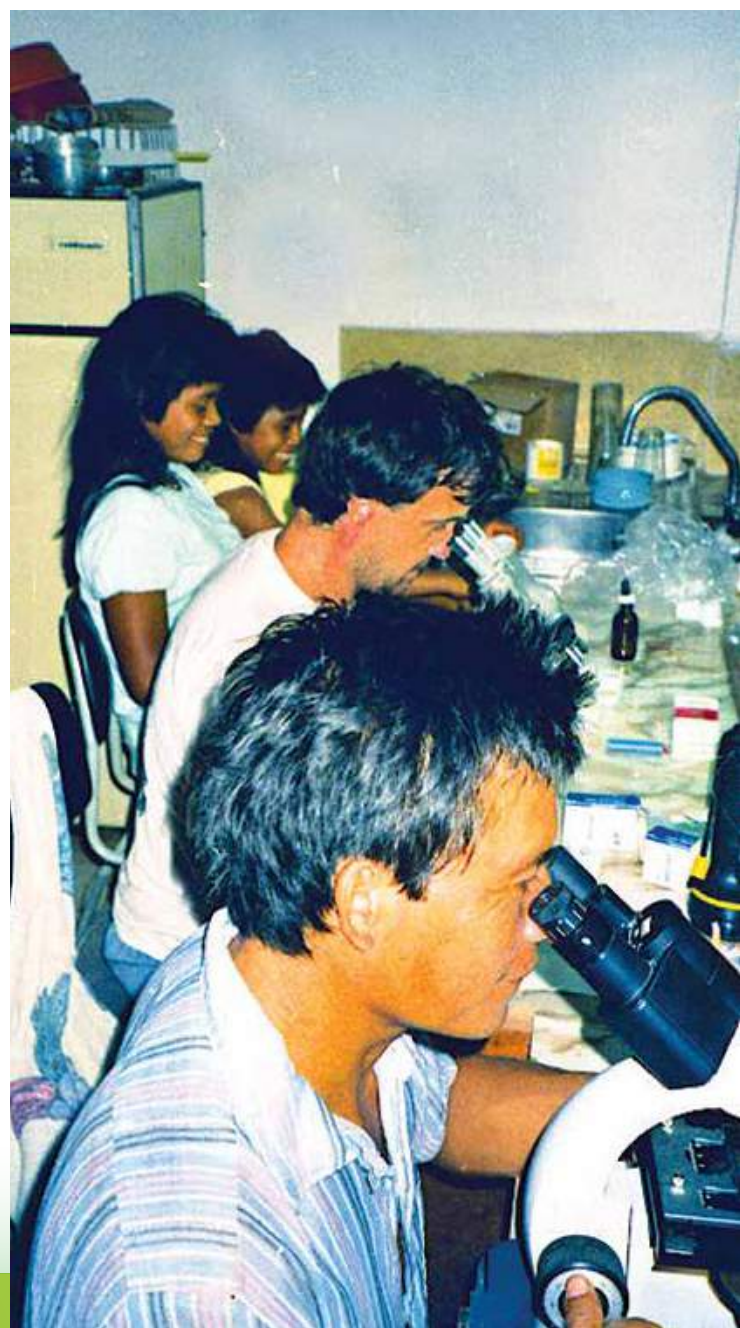
Socializar a la población que la atención médica occidental en esta zona es solamente de primer nivel y no se pueden solucionar el 100% de sus afecciones, por lo que el nivel de exigencia debe limitarse a los recursos que disponemos. Los líderes de la comunidad deben aprovechar el impacto

mediático de su presencia en esta zona alejada del país y solicitar al Estado las facilidades logísticas para completar la atención médica en los centros de más alto nivel de nuestro país.

11. Conclusiones y recomendaciones

En su definición más simple, la interculturalidad en salud tendría que ver con la práctica y la relación entre el médico y el enfermo, donde ambos pertenecen a culturas diferentes y donde se requiere el entendimiento para que los

▼ Javier Aznárez capacitando a promotores de salud en los años 80. Foto: VAA



resultados (consulta, intervención) sean satisfactorias para las dos partes. En general, tanto en el Ecuador como en América Latina, eso todavía es una utopía: mientras exista racismo, intolerancia, falta de preparación y sensibilidad del personal de salud, desconfianza mutua en los modelos médicos, recelo por parte de los indígenas respecto de la medicina occidental, no se puede hablar de salud intercultural, aunque los documentos, leyes y normativas que lo plantean sí constituyan un avance. Si algo debe plantear el modelo intercultural es el diálogo entre iguales. Mientras eso no suceda, el tema de la salud intercultural será parte de la retórica, del folclor nacional, de la propaganda. Y con ello no se hará más que ocultar las debilidades de un sistema sanitario que todavía es excluyente; un derecho al que las minorías, muchas veces, no tienen acceso.

- Hay que valorar de forma positiva los esfuerzos que el país ha realizado respecto del Sistema de Salud Intercultural, aunque persistan ámbitos de comprensión y prácticas muy diferentes, que exigen una valoración sincera y crítica.
- La dificultad en la aplicación de las normas y procesos interculturales alertan sobre el peligro de que el término interculturalidad sirva como cortina para ocultar las dificultades del Estado en el trato con las minorías en el

ámbito de la salud. Evidentemente, los términos no cambian la realidad *per se*. Se requiere de instrumentos y recursos para ello.

- Un elemento que hay que depurar es el mismo término de Sistema de Salud Intercultural, porque contiene dos planos suficientemente diferenciados. El primero y más amplio se refiere a la existencia de concepciones culturales diversas en función de la etnia y de las tradiciones en las que un grupo humano se ha desarrollado, así como en sus relaciones con el entorno humano. El primer nivel se produce cuando se avanza en el respeto a la persona perteneciente a otra etnia y se establecen relaciones de aprecio y amistad. Toda acción de salud está condicionada por este primer requisito.
- El Sistema de Salud Intercultural debe favorecer la comunicación entre paciente y agente de salud a través de un lenguaje inteligible, directo, con intérpretes y traductores, estableciendo mecanismos reales de comunicación en los centros de salud.
- El segundo plano de esta primera acción de salud intercultural exige un acercamiento real entre situación geográfica de las diferentes etnias y servicios de salud. La mayoría de estos grupos humanos se encuentran en áreas con

▼ Farmacia del Hospital Franklin Tello. Foto: VAA



un significativo grado de aislamiento respecto a los grandes centros poblacionales. De acuerdo con los criterios de eficacia existentes en el Ecuador, no disponen de servicios adecuados, eficientes y geográficamente cercanos.

- Es necesario que el país acepte como uno de los criterios de ubicación de sus centros de salud el derecho que tienen estas poblaciones a una atención próxima, aunque su densidad poblacional sea menor que la que exigen los criterios de eficacia de recursos humanos y técnicos del Sistema Nacional de Salud.
- Un segundo nivel de la salud intercultural se refiere a la concepción de salud y enfermedad dentro de la interpretación cultural de esta realidad humana. Algunas concepciones culturales evidencian una riqueza particular de conocimientos terapéuticos basados en medios naturales, muy distintos a los que se han descubierto en la terapéutica científica occidental. Sería útil establecer mecanismos de intercambio de conocimientos a través de encuentros participativos entre profesionales de ambos sistemas médicos. El MSP debe favorecer estos encuentros.
- En un plano más profundo, algunas concepciones de salud y enfermedad tienen una raíz que podríamos llamar mágica, y se basan en la existencia de poderes de unas personas sobre otras para transmitir la enfermedad, o en el poder de algunos miembros de las comunidades para descubrir y sobreactuar sobre estos mismos poderes. Estas concepciones confieren un valor importante a la acción psicológica en el campo de la salud y la enfermedad. Influyen en los mecanismos terapéuticos, pero con frecuencia crean movimientos disgregadores en la armonía de las comunidades.
- El Sistema de Salud Intercultural debe mantener respeto por las personas que ponen en práctica estas interpretaciones de la salud y la enfermedad. No obstante, se cometería un grave error si en los centros de salud y en la acción de los profesionales médicos se adoptarían actitudes ambiguas, o se diera a entender que todas las interpretaciones sobre las causas de la enfermedad y todos los mecanismos de curación se equiparan en su valor objetivo.
- Los pacientes de cualquier etnia o nacionalidad tienen el derecho a que se les informe y



▲ Miguel San Sebastián con niños kichwas en los años 80. Foto: VAA

se les ayude a conocer las causas de sus enfermedades y los medios que existen para su curación, permitiendo un avance y una evolución en sus conocimientos e interpretaciones de lo que son las causas y mecanismos de la enfermedad. La literatura actual sobre interculturalidad en salud utiliza un lenguaje que debe definirse mejor.

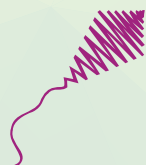
- Occidentalizar las medicinas indígenas (envasándolas, pidiendo registros sanitarios, patentes, etc.) no es efectivo, puesto que funcionan en un contexto particular. Tampoco se puede criminalizar la comercialización de la medicina indígena para indígenas, como ocurre en Francisco de Orellana con la intervención del Ministerio del Ambiente.
- El Sistema de Salud Intercultural debe reintegrar a los promotores de salud de las comunidades como agentes de atención primaria de salud. Si el problema es académico (tener o no el bachillerato), el Estado debe plantear un plan de formación y acreditación académica.
- El fomento a la investigación de la medicina tradicional y sus prácticas es fundamental. El conocimiento ancestral se puede perder si no se investiga. Pero es necesario realizar un análisis objetivo de sus diferentes componentes, de modo que se los integre dentro del conjunto de procesos interculturales, que son parte esencial de la historia de los pueblos.

Bibliografía y fuentes consultadas

- ▶ Amunárriz, Manuel, *Curar en la selva herida*, CICAME, 2012.
- ▶ Amunárriz, Manuel, *Crónicas incompletas de patologías tropicales*, CICAME, 1994.
- ▶ Arteaga E., San Sebastián M., Amores A., *Construcción participativa de indicadores de la implementación del modelo de salud intercultural del cantón Loreto, Ecuador*, en *Saúde em Debate*, 2012.
- ▶ Fernández Juárez, Gerardo (coordinador), *Salud e Interculturalidad en América Latina, Antropología de la salud y Crítica Intercultural*.
- ▶ Gobierno Autónomo Descentralizado de Francisco de Orellana, *Sistematización del Consejo Cantonal de Salud de Orellana 2010*.
- ▶ Gobierno Municipal de Francisco de Orellana, *Primer Plan de Igualdad de Oportunidades del Cantón Francisco de Orellana 2012-2022*.
- ▶ Goldáraz, José Miguel, *Kawsaykama. Hacia la tierra sin mal*, CICAME, 2003.
- ▶ Knipper, Miguel, *Malaire entre los naporunas*, CICAME, 2006.
- ▶ Ministerio de Salud Pública, *Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar, Comunitario, Intercultural MAIS*, MSP, 2012.
- ▶ San Sebastian, Miguel y Anne Hurting, *Sachapi Tapusa*, CICAME, 2002.
- ▶ San Sebastián, Miguel, *Informe Yanacuri*, CICAME, 1998.
- ▶ San Sebastián, Miguel, *Ñucanchi Jambí: plantas medicinales*, CICAME, 2002.
- ▶ Varios autores, *Los derechos de cada día*, CDHO-FAL, 2015.
- ▶ Varios autores, *Hepatitis entre los waorani: tres aportes a las políticas públicas*, FAL, MSP, 2011.
- ▶ Varios autores, *Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay-Buen Vivir*, MSP, 2010.

En internet:

- ▶ http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
- ▶ <http://www.eluniverso.com/2009/11/01/1/1447/imagenes-santas-son-utilizadas-embujos.html>
- ▶ <http://www.extra.ec/ediciones/2013/02/07/provincias/brujo-estafaba---con-san-gonzalito/>



Fundación
Donum
Solidaridad para la autogestión y el desarrollo



Fundación
Alejandro
Labaka