

ECUADOR Debate₁₁₈

Quito/Ecuador/Abril 2023

Salud pública y mental



Una promesa sin porvenir. Elecciones locales y sistema de partidos en el Ecuador, febrero de 2023

Conflictividad socio-política
noviembre 2022 / febrero 2023

La salud pública en Ecuador: una visión crítica desde el paradigma de la antropología médica

Salud y movilización social: la desnutrición crónica infantil en Ecuador desde los casos kichwa de Chimborazo y waorani del Yasuní

Melancolización del lazo social en los Andes

Sobre la escucha de testimonios: lectura desde la Psicología Clínica de la función de documentador

La agricultura familiar campesina y su sostenibilidad

Parroquia Cacha, organizarse para (sobre)vivir

ECUADOR **Debate**

CONSEJO EDITORIAL

Alberto Acosta, José Laso Rivadeneira, Simón Espinoza, Fredy Rivera Vélez,
Marco Romero, Hernán Ibarra, Rafael Guerrero, Eduardo Gudynas

Directores: Francisco Rhon Dávila (1992-2022)
José Sánchez Parga (1982-1991)

Coordinadora/Editora: Lama Al Ibrahim

Asistente General: Gabriel Giannone

Ecuador Debate, es una revista especializada en ciencias sociales, fundada en 1982, que se publica de manera cuatrimestral por el Centro Andino de Acción Popular. Los artículos publicados son revisados y aprobados por la Dirección y los miembros del Consejo Editorial. Las opiniones, comentarios y análisis son de exclusiva responsabilidad del autor y no necesariamente representan la opinión de *Ecuador Debate*. Se autoriza la reproducción total o parcial de nuestra información, siempre y cuando se cite expresamente como fuente: © **ECUADOR DEBATE. CAAP.**

SUSCRIPCIONES

Valor anual, tres números:

EXTERIOR: US\$. 51

ECUADOR: US\$. 21

EJEMPLAR SUELTO EXTERIOR: US\$. 17

EJEMPLAR SUELTO ECUADOR: US\$. 7

ECUADOR DEBATE

Apartado Aéreo 17-15-173B, Quito-Ecuador

Tel: 2522763 - 2523262

E-mail: caaporg.ec@uio.satnet.net - www.caapecuador.org

Redacción: Diego Martín de Utreras N28-43 y Selva Alegre, Quito

PORTADA

Gisela Calderón/Magenta

DIAGRAMACIÓN

David Paredes

IMPRESIÓN

El Chasqui Ediciones

ISSN: 2528-7761



ECUADOR DEBATE 118

Quito, Ecuador • Abril 2023
ISSN 2528-7761

PRESENTACIÓN. 3-8

COYUNTURA

Una promesa sin porvenir. Elecciones locales y sistema
de partidos en el Ecuador, febrero de 2023 9-24

Pablo Ospina Peralta

Conflictividad socio-política 25-35

Noviembre 2022 - Febrero 2023

David Anchaluisa

TEMA CENTRAL

La salud pública en Ecuador: una visión crítica desde
el paradigma de la antropología médica. 37-52

Patricio Trujillo Montalvo

Salud y movilización social: la desnutrición crónica
infantil en Ecuador desde los casos kichwa
de Chimborazo y waorani del Yasuní 53-73

María Fernanda Rivadeneira, Ana Lucía Torres, Andrea Bravo y José David Córdor

Melancolización del lazo social en los Andes 75-93

Marie-Astrid Dupret

Sobre la escucha de testimonios: lectura desde la Psicología
Clínica de la función de documentador 95-115

María Verónica Egas-Reyes, Dennis Logroño-Sarmiento e Isaac David Grijalva-Alvear

DEBATE AGRARIO

La agricultura familiar campesina y su sostenibilidad 117-141
Ramón L. Espinel

ANÁLISIS

Parroquia Cacha, organizarse para (sobre)vivir 143-161
Fabián Regalado Villarroel

RESEÑAS

Interpretar el mundo. Ensayos sobre la crisis
de las sociedades contemporáneas 163-170
Manuel Núñez-García

Antonio Gramsci aproximaciones y (re)lecturas
desde América Latina 171-175
Santiago Ortíz Crespo

La evangelización del pueblo shuar
en la Amazonía ecuatoriana 177-179
Juan Fernando Regalado

La salud pública en Ecuador: una visión crítica desde el paradigma de la antropología médica

Patricio Trujillo Montalvo*

El derecho a la salud universal e intercultural consagrado en la Constitución del Ecuador (2008), conjuga a su vez dos modelos de intervención, el primero relacionado con la atención primaria y el segundo denominado "comunitario". Si bien las políticas públicas han realizado varias acciones para fortalecer ambos modelos, la persistencia de cifras negativas tanto en el acceso como en prevención de enfermedades prevalentes, como en el ámbito de la salud mental, dan cuenta de que su aplicación, metodología y una comprensión más amplia de los factores que los determinan es aún incipiente. Por ello cabe la necesidad de introducir el concepto de antropología médica, que supere la visión exclusivamente bio-médica de la enfermedad.

Introducción: Ecuador y el problema de los sistemas de salud y las comunidades cerradas

Los sistemas de salud engloban representaciones socioculturales vinculadas a la estructura, creación, organización simbólica y cognitiva que los pueblos elaboran frente a la presencia de enfermedades. Aglutinan, además, todo lo referente a los procesos de curación y de elaboración simbólica de la enfermedad (conocimientos, actitudes y prácticas); de esta forma, dentro de los sistemas de salud y sanitarios, los sistemas médicos y etnomédicos tienen mucha importancia.¹

En los sistemas de salud se da énfasis a analizar las interrelaciones entre los sistemas médicos tradicionales y los occidentales, especialmente en la ejecución de programas de salud. Muchos de estos programas son desarrollados desde las perspectivas bio-médicas, por lo que casi siempre resultan inoperantes en otras culturas, pues la cosmovisión de los procesos de salud y enfermedad son diferentes (Trujillo, 2022).

* Profesor titular de la Facultad de Medicina e Investigador del Instituto de Salud Pública de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE), sede Quito. PhD en Ciencias Sociales FLACSO-Ecuador. Licenciatura y Maestría en Antropología Social, otorgadas por la PUCE y la Universidad de Estocolmo (Suecia). Director Científico de la Fundación de Investigaciones Andino Amazónicas (FIAAM). Líneas de investigación: etnografía médica, antropología socio-cultural, neuro-antropología y estudios cualitativos. Email: pstrujillo@puce.edu.ec.

1 Kroeger y Luna (1992), entiende como sistemas de salud al conjunto de elementos o componentes del sistema social más amplio, relacionando con su salud y bienestar físico, mental y social de la población.

Dentro de esta perspectiva, es importante conocer las estructuras de los sistemas médicos tradicionales, como también tener en cuenta cómo los procesos de salud-enfermedad-atención (SEA) se han resignificado en los pueblos; es decir, saber cuánto pesa la pérdida simbólica y material de la cultura, relacionándola con el estado de salud de los pueblos y sus habitantes. Un sistema médico puede ser definido como:

Una constelación de creencias y conocimientos culturales que facilitan y permiten fuentes para juntar estructuras y vías, dentro de las cuales un grupo sociocultural específico da alternativas y caminos para el cuidado y tratamiento de las enfermedades (Fabrega y Manning, 1979).

Las políticas de atención en salud en Ecuador parten de un principio integrador entre las diversas formas médicas reconocidas en la Constitución del 2008, hacia el sistema oficial considerado como intercultural y normado por un marco jurídico y político que reconoce la diversidad cultural, como requisitos indispensables para la prestación de atención en salud a pueblos y nacionalidades. En ese sentido, las prácticas de salud de lo indígena, afro y montubio han sido asimiladas desde las políticas estatales hasta en la percepción cotidiana como espacios cerrados y auto sostenidos, en los que los individuos no existen.

Por ejemplo, la comunidad es vista como algo estático, auto contenido y homogéneo. Estos puntos son asimilados por todos los organismos como funciones inherentes y propias de las comunidades (Ribadeneira, 2001). Generalmente, cuando los programas de salud fallan o empiezan a decaer, es cuando todas las organizaciones toman en cuenta que la imaginada homogeneidad, auto sustentabilidad y organización de la comunidad es un mito, puesto que más bien es un espacio de conflicto y disputa.

La crisis de los modelos de atención en salud

En Ecuador existen dos modelos bien diferenciados que son utilizados dentro de la atención de salud y en especial para Atención Primaria de Salud (APS). Uno que se concentra en la “extensión de servicios”, que pretende llegar a cubrir la mayor cantidad de público objetivo en un área que va desde las zonas urbanas a las rurales, por ejemplo: el hospital, el centro de salud y el puesto de salud, imaginados desde una óptica netamente curativa, no preventiva.

Para cubrir a la totalidad de la población, en especial la rural, se piensa en “extender” estos servicios a través de los denominados promotores o agentes de salud y/o de los líderes comunitarios, los mismos que son capacitados e instruidos con la finalidad de llevar y ofrecer la “salud”, especialmente, a la población que vive en zonas alejadas.

Esta extensión de servicios de salud pretende cubrir las necesidades de los individuos enfermos, sin embargo, el esquema es pocas veces efectivo, pues casi nunca los promotores -quienes pasan a ser la parte más importante del sistema- mantienen una evaluación o monitoreo de sus actividades, lo que provoca des-coordinaciones en varios aspectos que perjudican todo el programa.

No existe un seguimiento, pues, la cobertura de los servicios no se realiza; sin embargo, existen momentos en los que se obtiene un relativo éxito: se refieren principalmente a prolongadas campañas de inmunización en donde los resultados han provocado la disminución drástica de muchas enfermedades. En este tipo de esquema reduce la atención de la salud a un sistema unilineal, en el que no existe una retroalimentación que provoque una efectiva participación de todos los actores involucrados.

El otro modelo es el denominado “comunitario”, el mismo que pretende llegar a la cobertura no de los individuos enfermos, sino de toda la comunidad. Dentro de este modelo se tiene un universo diferente, no es prioritaria la creación de grandes infraestructuras que extienden los servicios, sino más bien la búsqueda por mejorar y potenciar la respuesta a los principales problemas que tiene la comunidad y las familias; como, por ejemplo: agua, cultivos, organización, deforestación, tierras pobres, mala alimentación. Se piensa, entonces, en solucionar los principales problemas de las comunidades, para empezar a trabajar en remediar las dificultades prevalentes de salud, entendidas estas desde una óptica preventiva antes que curativa. Evitar que la enfermedad llegue a la comunidad se convierte en la consigna del programa, o defender a la comunidad de las posibles enfermedades (Trujillo et al., 1997).

El modelo de atención comunitario parte del principio de atención o asistencia no solo a un individuo enfermo, sino a una comunidad enferma. Se pretenderá por lo tanto dar propuestas para encontrar un equilibrio en la comunidad. Muchas de las enfermedades inmuno-prevenibles -como diarreas, infecciones respiratorias, entre otras- y la desnutrición, sobre todo, son las causantes de más del 70% de la morbilidad y solamente son disminuidas en un 2% cuando se utiliza el modelo de extensión de servicios, a diferencia de un 40 o 50 por ciento de

reducción cuando se utiliza el modelo comunitario; por ejemplo con la dotación sostenida de agua segura, mejora de nutrición, conservación del medio ambiente, la misma que contribuye a disminuir las mencionadas enfermedades de forma directa (Jiménez et al., 2017).

Por lo tanto, es importante considerar la prevención de la enfermedad como un proceso que soluciona la atención y mejora la salud; mediante la prevención, se debe trabajar para que *no* llegue la enfermedad a las comunidades. Es importante buscar las causas primarias de la pérdida de la salud entre los habitantes desde una óptica global e integral: degradación de bosques, agua contaminada, dificultades con la conservación de los suelos, con el cuidado de manglares, las fuentes básicas de alimentación y obtención de recursos. Detectadas las principales causas, se las ataca y soluciona en búsqueda de encontrar el equilibrio dentro de su entorno, de las familias y por lo tanto la prevención de las enfermedades.

El modelo de Atención Primaria en Salud (APS)

Muchas de las políticas públicas manejadas en Ecuador buscan cubrir las necesidades de la salud de una población de forma global, aplicando el modelo de extensión de servicios explicado anteriormente; sin embargo, esta forma resulta defectuosa y casi siempre inoperante, pues las realidades socioculturales de las poblaciones objetivo o meta son diferentes. La implementación de sistemas y políticas de salud resulta un complejo trabajo, sobre todo en contextos plurinacionales e interculturales.

En este sentido, el diseño de modelos de atención de salud debe estar ligado a políticas públicas con concepciones más holísticas, es decir, se deben entender las relaciones salud-enfermedad con todos los elementos que convergen en la constitución del tejido social. Por ejemplo, los modelos APS deben proponerse como sistemas de salud y médicos dentro de culturas médicas, evidenciando procesos simbólicos en torno a la construcción cultural de los procesos de salud y enfermedad. Sin embargo, no se hablará de culturas médicas per se, puesto que implican términos demasiado abstractos, se denominarán prácticas médicas a todas las estrategias elaboradas, desarrolladas y resignificadas por una población para enfrentar sus problemas de salud (Trujillo et al., 1997; Trujillo, 2022).

Para elaborar un adecuado modelo de APS en contextos interculturales, es necesario tomar en cuenta las interacciones entre las prácticas médicas locales y las oficiales. Esto, con base en un esquema que pretenda entender los itinerarios

terapéuticos de las poblaciones, no solo de las hegemónicas: las mismas que graficarían el estado de las estrategias y prácticas médicas como de los momentos organizativos de las estructuras sociopolíticas.

Desde esta perspectiva, la salud, los procesos salud-enfermedad y los propios sistemas de salud pueden ser vistos como sistemas culturales; puesto que las acciones puramente médicas en la prestación de servicios de salud, además de ser insuficientes, resultan inadecuadas para enfrentar perfiles epidemiológicos complejos y de difícil resolución, muy vinculados a enfermedades culturales y cuadros epidemiológicos prevalentes (Trujillo, 2004; 2022).

Por otro lado, las prácticas o estrategias médicas tradicionales, si bien se reconocen como eficientes en el manejo de varias dolencias y síndromes culturales, de igual forma, muestran muchas limitaciones para articular respuestas efectivas para el control de síndromes nuevos y dolencias generadas en los actuales contextos socioeconómicos.

La heterogeneidad en la composición étnica y cultural en el Ecuador hace difícil la aplicación de programas únicos o modelos de atención universales. Es con base en esta diversidad étnica y cultural que se obliga a considerar a cada pueblo y nacionalidad en su verdadera dimensión particular; y, en consecuencia, esto se traslada a la elaboración de estrategias de atención tomando muy en cuenta una perspectiva local, puesto que los perfiles de morbilidad son diferentes y se deben tomar acciones y estrategias de atención diferentes (Trujillo, 2022).

¿Sistemas de salud y medicina intercultural?

Los términos “medicina complementaria” y “medicina alternativa”, utilizados en algunos países indistintamente junto con “medicina tradicional”, hacen referencia a un conjunto amplio de prácticas de atención de salud que no forman parte de la propia tradición del país y no están integradas en el sistema sanitario principal. La medicina tradicional es todo el conjunto de conocimientos, aptitudes y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias indígenas de las diferentes culturas, sean o no explicables, usados para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas o mentales (OMS, 2007).

El problema alrededor de la cobertura, acceso y uso de un sistema de salud, en contextos multiculturales se desarrolla en un medio marcado por el rompimiento de fronteras simbólicas, cambios en los sistemas de producción, y cambios en los

imaginarios sobre el proceso salud-enfermedad. Estas condiciones implican pensar en programas y sistemas de salud bajo los parámetros de la complejidad que representa la diversidad cultural de un país.

Antropología médica y etnomedicina

El concepto antropología médica aparece en los debates académicos en la década de los '60 del siglo pasado. Se lo relacionaba con investigaciones antropológicas en el campo de la medicina, especialmente etnografías que interpretaron el proceso salud-enfermedad, así como las estrategias curativas utilizadas por culturas diferentes a la occidental para proporcionar bienestar a sus poblaciones (Fabrega y Manning, 1979; Menéndez, 2002).

Estas prácticas, sin embargo, fueron relacionadas con artes mágicas desarrolladas por culturas ágrafas. Varias corrientes académicas produjeron estudios mezclando perspectivas de la salud y la religión desde una lectura interpretativa occidental. Miller (2016), plantea que la escuela inglesa tiene sus clásicos con Evans-Pritchard y sus estudios etnográficos sobre los Azande; la escuela francesa, con Metraux y Lévi-Strauss; y la escuela norteamericana, con Fabrega (1971; 1979), Farmer et al. (2006), Kleiman (1995), que trabajaron también en la interpretación de la relación cultura y salud desde una perspectiva de la neuroantropología con Winkelman (2007). En Latinoamérica, la escuela mexicana y brasilera produjeron igual número de estudios relacionando el concepto de salud con indicadores adicionales y complementarios: ideología, desigualdad e interculturalidad (Miller, 2016; Campos-Navarro, 2016; Langdon y Viik, 2010; Muñoz, 1986).

Sin embargo, y a pesar del amplio debate científico, el fuerte etnocentrismo de las ciencias médicas occidentales impidió en una primera instancia que las contribuciones de la antropología se fusionen con las de la medicina para tratar de entender de mejor manera la cosmovisión que las diferentes culturas elaboraban sobre salud, la concepción de enfermedades y sus prácticas curativas.

Horacio Fabrega, en la década de los '70 del siglo pasado, define a la antropología médica como la disciplina que: “describe los factores, mecanismos y procesos que juegan un papel en o influyen la forma en que individuos y grupos están afectados o responden a la *illness* y *disease*; y examina éstos problemas con un énfasis en patrones de conducta” (1971: 167).² Examina estos problemas enfatizando

2 “Se designa como *illness* a alguien que está enfermo, pero los criterios para su diagnóstico son sociales y psicológicos, lógicamente separados de aquellos empleados por la medicina occidental, es decir la en-

los patrones de conducta y aquellos particularmente originados en *disease*, el cual tiene un significado reconocido socialmente. Ambos procesos, por lo tanto, entran en concordancia. Estas distinciones entre dos dimensiones de la enfermedad, se complementan con un concepto posterior el *sickness*. Incorporar estos conceptos permitiría tener un análisis mucho más amplio para comprender las diferentes maneras en las cuales un individuo, la comunidad o la sociedad “experimentan” la enfermedad diferenciándola de la concepción biomédica.

Posteriormente, la década de los 80 se constituyó en la etapa clave para el desarrollo de la antropología médica; esta da un giro profundo cuando la academia occidental acepta la importancia de entender otros sistemas cognitivos como verdaderas estructuras de conocimiento. Todo esto ante la creciente insatisfacción que producía la medicina contemporánea, la misma que para muchos curaba cada vez menos y enfermaba cada vez más (Farmer et al., 2006). Un ejemplo es el libro *Donde no hay doctor*, de David Werner (1995), que se convierte en el clásico estudio para ejemplificar nuevas tendencias para entender la medicina como una ciencia más holística, mucho más vinculada a construcciones socio culturales.

La enfermedad no puede ser estudiada fuera de la cultura de una sociedad, por lo que la antropología médica propone no solo curar a la enfermedad sino entenderla dentro de los parámetros culturales en que esta ha sido construida y elaborada. Así, se han desarrollado conceptos claves que intentan englobar las percepciones particulares de cada cultura sobre la salud y la enfermedad; uno de ellos es la etnomedicina, que aglutina los estudios sobre salud que intentan articular los fenómenos culturales con los procesos de investigación médica propiamente dicha. El concepto se refiere a las actitudes, prácticas y creencias sobre salud y enfermedad que se derivan de los saberes tradicionales de los pueblos y que son reinterpretadas por la cultura como una herramienta para posibilitar soluciones.

La etnomedicina y la antropología han elaborado interesantes respuestas sobre las concepciones propias de los pueblos sobre las enfermedades que les aquejan. En este tipo de investigaciones, la medicina tradicional, la magia y la religión son partes importantes de la etiología y del tratamiento de las enfermedades: se intenta no solo explicar el hecho que ha producido la enfermedad, sino también el por qué, y quién puede ser el posible responsable (Miller, 2016; Trujillo, 2022).

fermedad como la viven los individuos. Por otro lado, *disease* es un estado corporal alterado o procesos de desviación de las normas establecidas en la ciencia biomédica occidental” (Fabrega, 1971: 213).

- Noseología: interpreta por qué se dan las enfermedades.
- Etiología: analiza las causas y orígenes de una enfermedad.

Medicina social: entre los conceptos de salud y enfermedad

Todos tenemos un concepto de salud, lo consideramos de gran valor; históricamente se ha definido como la ausencia de enfermedad. La Organización Mundial de la Salud, en su carta constitucional, la define: “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades” (OMS, 1946).

La salud es entonces un estado de bienestar físico, mental y social. Por lo tanto, se plantea observarla no solo como la ausencia de una enfermedad y sus afecciones, sino como la capacidad social para gozar de la vida, el placer de vivir, tener una mejor calidad de vida. Los conceptos sobre salud y la enfermedad forman un continuo, donde lo cultural y social son determinantes. El concepto biomédico tradicional solo ve a la enfermedad como un trastorno del organismo que provoca malestar y/o alteración de las funciones normales de un individuo y sus órganos.

La medicina social busca entender cómo las condiciones económicas y políticas impactan el continuum salud-enfermedad y, de forma general, en la medicina. Tuvo sus inicios formales a principios del siglo XIX, conjuntamente con la Revolución Industrial. Con el consiguiente aumento de la pobreza y la enfermedad entre los trabajadores se expresó una preocupación por el efecto de los procesos sociales en la salud de los pobres. Paul Farmer et al. (2006), explica que “el entendimiento biosocial de fenómenos médicos, como los determinantes sociales de la salud, necesitan ser explicados e investigados con urgencia [...] a medicina moderna está enfocada a nivel molecular y que existe un vacío entre el análisis social y las prácticas médicas”. Plantea la medicina social como alternativa, con cierta importancia creciente ya que la investigación científica bio-médica es cada vez más “desocializada”.

Los orígenes de las enfermedades radican en cuatro grupos predominantes: la biología, la genética, los hábitos o conductas personales y el medio ambiente. Aunque estos sean factores importantes y dignos de ser tenidos en cuenta, en realidad, desde el punto de vista biosocial, solo juegan un papel relativamente menor en la producción de la enfermedad. Ya que se deben considerar, de igual forma, las creencias culturales y los conflictos económicos de una sociedad.

La medicina social es comúnmente asociada con la “salud pública” para entender: la es necesario conocer lo que denominamos como determinantes sociales de la salud:

- Mundo Social: alta prevalencia de enfermedades sociales (salud mental) y desigualdad social.
- Sistemas sanitarios: ausencia de acciones preventivas y de servicios sanitarios de calidad (vacunas, atención primaria, nutrición, agua potable, saneamiento básico).
- Raíces sociales de la enfermedad (diferencias entre países ricos y pobres), desigualdad social, pobreza, desnutrición, falta de servicios básicos.

Las pandemias, sindemias y los sistemas de salud

En 1991 Ecuador sufrió una grave epidemia de cólera (*vibrio cholerae*) que infectó a 46.320 personas y provocó 697 muertes, una de las enfermedades contagiosas más letales del anterior siglo (Brandling-Bennett et al., 1994). El cólera se convirtió en una enfermedad de la pobreza, evidenciando la falta de infraestructura sanitaria, sobre todo en ambientes rurales, el poco interés de las autoridades de gobierno ante la prevención de enfermedades altamente contagiosas, el desconocimiento epidemiológico de la enfermedad y algo hasta ese momento no estudiado: la inmensa desigualdad social y un racismo solapado que se expresaba en el discurso cotidiano existente en el país, al culpar de la enfermedad a la población indígena, a quienes les acusaban de faltos de higiene, costumbres de protección e ignorancia (Trujillo, 1998).

Cerca de treinta años después, en 2020, otra enfermedad contagiosa -esta última de tipo viral- convulsiona al Ecuador, desnudando nuevamente la brecha de desigualdad social que existe en un país que parece no haber cambiado mucho ni en las prácticas, ni en el discurso, ni en las prioridades de sus gobernantes. La epidemia de cólera en el Ecuador en el año 1991 había permitido reflexionar sobre la desastrosa forma de manejar la salud pública en el Ecuador, también sobre la inoperancia de muchos médicos, pero, sobre todo, nos permitió definitivamente considerar otras formas de pensar e imaginar los procesos de salud y enfermedad.

Analizar las pandemias como sindemias es subrayar sus orígenes sociales. Así lo señalan Merrill Singer y Scott Clair (2003), quienes relacionaron el enfoque 'sindémico' con interacciones biológicas y sociales como aspectos importantes para el pronóstico, el tratamiento y la política de salud. De esta forma, se podrían elaborar estrategias de prevención y atención acordes al imaginario simbólico de los pueblos, comunas o etnias afectadas.

La epidemia del cólera de ayer y la pandemia de hoy vuelven a demostrar la necesidad de contar con recursos suficientes para atender la salud pública tal

como promueve la Constitución de la República del 2008. La responsabilidad del Estado se basa en la protección de sus ciudadanos, en el cuidado de su bienestar y salud, planificando una adecuada inversión en obra pública, infraestructura sanitaria, es decir: hospitales, centros de salud y puestos de salud comunitarios provistos del equipamiento, la tecnología, el personal especializado y las medicinas; esto debería fortalecerse en conjunto con una adecuada inversión en investigación científica, junto a universidades públicas y privadas. Es, por lo tanto, una prioridad de todas las instituciones del Estado (nacional, regional y local) la salud de la población, su prevención, cuidado y tratamiento.

Salud pública y salud mental

En estos dos últimos años la humanidad ha experimentado un drástico impacto producido por la pandemia del COVID-19. En Ecuador, las medidas de aislamiento social de la población, junto a la paralización de labores productivas y educativas, han causado una serie de consecuencias en el comportamiento social, familiar y afectivo, incrementando estados de ansiedad, angustia, así como el aumento de la pobreza y las desigualdades sociales. Era evidente una percepción de desesperanza y agotamiento por el alto número de contagios y fallecimientos, lo que generó incertidumbre, pánico social e impactos en la vida cotidiana y, sobre todo, en la salud mental de la población.

Desde la perspectiva de la salud mental, una epidemia de gran magnitud implica una perturbación psicosocial que puede superar a la capacidad de manejo de la población afectada; puede considerarse, incluso, que toda la población sufre tensiones y angustias en mayor o menor medida. Así es que se estima un incremento de la incidencia de trastornos psíquicos (entre una tercera parte y la mitad de la población expuesta podrá sufrir alguna manifestación psicopatológica, de acuerdo a la magnitud del evento y el grado de vulnerabilidad). Aunque debe destacarse que no todos los problemas psicológicos y sociales que se presentan podrán calificarse como enfermedades; la mayoría serán reacciones normales ante una situación anormal. En el caso de coronavirus (COVID-19), se han podido evidenciar también algunos de los impactos negativos a nivel psicosocial en muchos países:

- Psicología de masas y pánico social (por ejemplo: compras masivas por miedo al desabastecimiento, difusión masiva de falsos rumores en redes sociales, tensiones entre la población, etcétera.).

- Efectos del aislamiento social: frustración, ansiedad, angustia, entre otros.
- Casos de estigma social.
- Sufrimiento de la población frente a la pérdida de sus seres queridos (procesos de duelo que se ven complejizados por la situación).

Está claro que el virus no solo ataca nuestra salud física; también aumenta el sufrimiento psicológico. La aflicción por la pérdida de seres queridos, la conmoción causada por la pérdida del empleo, el aislamiento y las restricciones a la circulación, las dificultades de la dinámica familiar, la incertidumbre y el miedo al futuro (Medeiros et al., 2020). Los problemas de salud mental, como la depresión y la ansiedad, son algunas de las mayores causas de sufrimiento en nuestro mundo.

Quienes corren un mayor riesgo son los trabajadores sanitarios de primera línea, las personas mayores, los adolescentes y los jóvenes, los que padecen trastornos de salud mental preexistentes y los que están atrapados en conflictos y crisis (Trujillo, 2020).

La OMS (2020), estimó que la mitad de la población expuesta al COVID-19, podría presentar algún síntoma psicopatológico. Los efectos de la pandemia podrían generar una perturbación psicosocial que potencialmente excedería la capacidad de manejo para los sistemas de salud y, alerta que uno de los grupos de mayor riesgo de afectación en su salud mental serían precisamente los trabajadores de la salud, puesto que son los que están atendiendo las emergencias y sufriendo el impacto al presenciar la muerte de sus pacientes.

Hay algunos grupos poblacionales que pueden ser más proclives a sufrir malestar psicológico generado en el contexto de la COVID-19, como los profesionales sanitarios de primera línea, que se enfrentan a una sobrecarga de trabajo, al riesgo de contagio y a la necesidad de tomar decisiones de vida o muerte. En China, por ejemplo, se han notificado tasas elevadas de depresión (50%), ansiedad (45%) e insomnio (34%) en el personal sanitario y, en el Canadá, el 47% de los profesionales de la salud han referido que necesitan apoyo psicológico (OMS, 2020).

Por lo tanto, es importante investigar los potenciales efectos negativos para la salud mental de trabajadores de la salud, relacionados al estigma, miedo y sentimiento de culpa que se expresan con mayor intensidad en etapas extraordinarias como es la pandemia que vivimos poco tiempo atrás. Por ejemplo, en un estudio que destaca Huarcaya, realizado a 187 enfermeras durante el brote del MERS-

CoV, se encontró que el estigma influyó o afectó de forma negativa en la salud mental de este grupo profesional (Huarcaya, 2020).

También se debe considerar el estigma hacia los profesionales de la salud. Si bien no se han encontrado estudios en la actual pandemia, las investigaciones realizadas durante otras epidemias o pandemias demostraron que entre el 20% y el 49% de los profesionales de la salud experimentaron estigma social relacionado con su trabajo y el temor de la comunidad y familiares de ser contagiados por ellos (Huarcaya: 2020: 331)

En el Ecuador, la llegada del COVID-19 evidenció nuevamente los problemas en los hospitales de la ciudad de Guayaquil, destrozando su organización en un par de semanas: al 30 de agosto de 2020 había más de 14.000 infectados y cerca de 2.000 muertes, según los registros oficiales. Según datos de prensa, solo en los primeros quince días de abril se registraron 6.703 decesos en la provincia de Guayas. Pero, según los datos del Registro Civil en los meses más complejos de la crisis, marzo-abril, fueron registrados más de dieciocho mil fallecidos.

Este subregistro, fue demostrado en países como en los Estados Unidos, en donde se estima que hasta un 21% de las muertes en exceso podrían haber sido provocadas por COVID-19 (Woolf, et al., 2020). Ecuador, se ubicaría como el país de Latinoamérica con mayor tasa de casos confirmados por cada 10.000 habitantes; y la ciudad de Guayaquil podría ser la de mayor número de contagios y muertes per cápita, también de infectados y muertes entre los servidores sanitarios, a quienes románticamente la prensa local y el gobierno les ha llamado héroes sin capa (Nodal, 2020).

Salud pública y prioridades económicas

La CEPAL (2020), en su último estudio resalta lo problemático de la desigualdad en el continente americano. Señala que, debido a los efectos directos e indirectos de la pandemia, es muy probable que las tasas de extrema pobreza y pobreza -así como las brechas de desigualdad social-, aumenten aún más en el corto plazo, haciendo un mundo más complejo donde pocos acumularán mucha más riqueza y poder.

En Ecuador, la puesta en marcha de políticas de corte neoliberal desarrolladas en los últimos años ha disminuido sistemáticamente la capacidad de respuesta del Estado ante las crisis, generando el aumentado de las brechas socio-económicas, la desigualdad, el aumento de la pobreza y la exclusión (Rodríguez, 2020).

La Constitución de la República es muy clara y en su Disposición Transitoria Vigésima Segunda señala de manera mandatoria que el Estado debe destinar al Sistema Nacional de Salud un incremento anual no inferior al 0,5% del PIB hasta alcanzar al menos el 4% del presupuesto total, con la finalidad de fortalecer la salud pública, la atención primaria y la infraestructura sanitaria (Trujillo, 2020).

Las prioridades sobre salud pública implican replantear el actual modelo económico y social, evitar romantizar a los médicos y pensar si continuamos con un sistema capitalista al servicio del mercado y de las grandes empresas, o se apuesta por un sistema con lógicas comunitarias, populares, más humanas, respetando la naturaleza y los ecosistemas.

En el caso del Ecuador, el gobierno de Lenín Moreno redujo los presupuestos del área social, incluidos los de salud, para aumentar la inversión pública en armamento y dotación de guerra, entre 2019 y 2020 se gastaron 109,1 millones de dólares en equipamiento para las fuerzas militares y 3,6 millones en material antimotines para la policía. En plena crisis sanitaria, el Ministro de Finanzas tomaba la decisión más controvertida en esta pandemia, al cancelar 325 millones de deuda externa a tenedores de bonos 2020, bajo el argumento de disciplina ante el FMI y Banco Mundial.

Bajo la bandera de la austeridad, el gobierno nacional entró en contradicciones con la Constitución en los ámbitos estratégicos por excelencia y más sensibles para el desarrollo de los pueblos: la salud y la educación. A pesar de la grave crisis sanitaria que se estaba atravesando, los voceros del gobierno culparon y estigmatizaron a un segmento de la población, que curiosamente es la más vulnerable y pobre, acusándoles de despreocupados, indisciplinados e ignorantes (Trujillo, 2020).

Esta política económica claramente ha privilegiado a sectores vinculados a la banca y a las grandes empresas, es decir, al capital, sobre la vida de sus héroes sin capa, salvadores y guerreros de primera línea. Las decisiones sobre priorización económica de los gobiernos en la región han debilitado más aún el golpeado sistema de salud pública y las reales posibilidades de enfrentar con éxito esta pandemia (Trujillo, 2020).

El cuidado de la salud mental se convierte en un elemento fundamental para afrontar la crisis que se está experimentando actualmente (Wahed y Hassan, 2017). El COVID-19 ha tenido impactos y consecuencias lamentables sobre la población ecuatoriana. Según los datos del Ministerio de Salud del Ecuador (MSP), de las 28.437 atenciones que se realizaron hasta mayo del 2020, se pueden identificar cuadros de estrés grave, ansiedad, depresión, crisis de angustia, ira y falta de sueño.

Vivimos una etapa difícil, extraordinaria, conflictiva donde los profesionales de salud trabajan y atienden en tiempos de crisis, ahí recae también la importancia de entender los potenciales problemas en salud mental de todas las poblaciones, incluidos los cuidadores y trabajadores de salud. El COVID-19 llegó en un momento de fragilidad de la economía global, de los sistemas sanitarios, falta de empleo, pobreza y desigualdad social que han puesto en evidencia un injusto modelo de desarrollo y organización social. La post pandemia nos ayuda a reflexionar en la búsqueda del sentido común, de poner en una balanza lo que queremos como mundo y sociedad, la prioridad de los gobiernos deberá ser el bien común y la justicia social.

Bibliografía

- Brandling-Bennett, David; Eibel, Mario y Migliónico, Américo
1994. “El cólera en las Américas en 1991”. En *Revista Latinoamericana de Demografía*, Año XXII, N° 6. CELADE. Santiago de Chile.
- Campos-Navarro, Roberto
2016. “Enseñanza de la antropología médica y la salud intercultural en México”. En *Antropología médica e interculturalidad*. Campos-Navarro, Roberto (Coord.). McGraw Hill Education México.
- Fabrega, Horacio y Manning, Peter K.
1979. “Illness episodes, illness severity and treatment options in a pluralistic setting”. En *Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology*, Vol. 15, Issue 1. DOI: <https://n9.cl/81g4a>.
-
1971. “Medical Anthropology”. En *Biennial Review of Anthropology*, Vol. 7. Stanford University Press.
- Farmer, Paul; Nizeye, Bruce; Stulac, Sara y Keshavjee, Salmaan
2006. “Structural Violence and Clinical Medicine”. En *PLoS Med* 3(10): e449. DOI: <https://n9.cl/ypikb>.
- Huarcaya-Victoria, Jeff
2020. “Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19”. En *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, Vol.37(2). DOI: <https://n9.cl/00d8>.
- Jiménez, Wilson; Granda, María; Ávila, Diana; et al.
2017. “Transformaciones del Sistema de Salud ecuatoriano”. En *Universidad y Salud*, Vol. 19, N° 1. Universidad de Nariño. DOI: <https://n9.cl/oi6cd>.
- Kleiman, Arthur
1995. *Writing at the margin: discourse between anthropology and medicine*. University of California Press. Berkeley.

- Kroeger, Axel y Luna, Ronaldo (Comps.)
1992. *Atención Primaria de Salud. Principios y métodos*. Segunda edición. OPS/Editorial Pax México/Librería Carlos Césarman, S. A. Estados Unidos.
- Langdon, Esther y Wiik, Flávio
2010. "Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud". En *Revista Latino-Americana. Enfermagem*, mayo-junio. Recuperado de: <https://n9.cl/x2u5o>.
- Medeiros de Figueiredo, Alexandre; Daponte, Antonio; Moreira, Daniela; et al.
2020. "Letalidad del COVID-19: ausencia de patrón epidemiológico". En *Gaceta Sanitaria*, Vol. 35, Issue 4. DOI: <https://n9.cl/40bhj>.
- Menéndez, Eduardo
2002. "El malestar actual de la antropología o de la casi imposibilidad de pensar lo ideológico". En *Revista de antropología social*, N° 11.
- Miller, Barbara
2016. *Antropología Cultural*. Séptima edición. Pearson Educación. Madrid.
- Muñoz-Bernand, Carmen
1986. *Enfermedad, daño e ideología*. Abya-Yala. Quito.
- Ribadeneira, Catalina
2001. *Racismo en el Ecuador contemporáneo*. Abya-Yala-FIAAM. Quito.
- Rodríguez, Adriana
2020. "Guayaquil, el coronavirus y la barbarie de la desigualdad". Recuperado de: <https://n9.cl/nys47>.
- Singer, Merrill y Clair, Scott
2003. "Syndemics and Public Health: Reconceptualizing Disease in Bio-social Context". En *Medical Anthropology Quarterly*, Vol. 17, N° 4. DOI: <https://n9.cl/uoyrjh>.
- Trujillo, Patricio
2022. "Ethno Medicine and Shamanic Practices in the Ecuadorian Amazon: Journey through the Imaginaries of Health, Disease, Healing and Healing". En *International Journal of Integrated Medical Research*, Vol. 9, N° 04. DOI: <https://n9.cl/jx63l>.
-
2020. "Cruces sobre el agua y sobre las aceras, relato etnográfico del Covid-19 en Guayaquil". *Revista Peruana de Antropología*. Vol. 5, N° 7.
-
2004. "Shamanismo entre los Shuar". En *Ecuador Terra Incognita*, N° 32, nov-dic. Recuperado de: <https://n9.cl/fow10>.
- Trujillo, Patricio; Buijs, Reina; Mancheno, Manuel y Ortiz, Patricia
1997. *Sistematización de las Experiencias de Promotores de Salud en Chimborazo*. SNV/ CLEPS/ OPS. Quito.
- Wahed, Wafaa y Hassan, Safaa
2017. "Prevalence and associated factors of stress, anxiety and depression among medical

Fayoum University students”. En *Alexandria Journal of Medicine*, Vol. 53, Issue 1. DOI: <https://n9.cl/c85n9>.

Werner, David

1995. *Donde no hay doctor: una guía para los campesinos que viven lejos de los centros médicos*. Hesperian. Berkeley.

Winkelman, Michael

2007. *Culture and Health: Applying medical anthropology*. Arizona University. Tucson.

Woolf, Steven; Derek, Chapman; Sabo, Roy; et al.

2020. “Excess Deaths From COVID-19 and Other Causes, March-April 2020”. En *JAMA*, March-July, Vol. 324, N° 15. DOI: <https://n9.cl/na6fc>.

Recursos Digitales

Comisión Económica para América Latina [CEPAL]

2020. *Informe Especial COVID-19. América Latina y el Caribe ante la pandemia del COVID-19. Efectos económicos y sociales*. Recuperado de: <https://n9.cl/5rbmz>.

Nodal, Noticias de América Latina y el Caribe

2020. “Ecuador: 80 profesionales de la salud fallecidos por Covid-19 en Guayas”. 16 de abril. Recuperado de: <https://n9.cl/wagym>.

Organización Mundial de la Salud [OMS]

1946. “Constitución de la Organización Mundial de la Salud”. Suscrita en Nueva York, 22 de julio. Recuperado de: <https://n9.cl/jor8y>.

2007. *Sistemas de salud tradicionales en América Latina y el Caribe: información de base*. Washington. Recuperado de: <https://n9.cl/97e93>.

2020. “Aumentar sustancialmente las inversiones para evitar una crisis de salud mental”. 14 de mayo. Recuperado de: <https://n9.cl/tahdj>.

United Nation

2020. *Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health*. Recuperado de: <https://n9.cl/91tnv>.