

E C U A D O R **Debate 121**



Tendencias en la sociedad rural ecuatoriana

ABRIL | 2024

**Tendencias en la
sociedad rural ecuatoriana**

Comité 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 Editorial

Gabriel Giannone

ISSN: 2528-7761

ECUADOR DEBATE

Diego Martín de Utreras N28-43 y Selva Alegre

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

Telf: 2522763 - 2523262

E-mail: revistaed@caapecuador.org

www.caapecuador.org/revista-ecuador-debate

SUSCRIPCIONES

Valor anual, tres números:

Exterior: USD\$. 51.00

Ecuador: USD\$. 21.00

Ejemplar suelto exterior: USD\$. 17.00

Ejemplar suelto Ecuador: USD\$. 7.00

Portada y diagramación

David Paredes

Impresión

El Chasqui Ediciones

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 los miembros del Comité 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.

| ÍNDICE

NOTA DE LOS EDITORES 5

COYUNTURA

Ecuador 2024: narcotráfico y política
¿hasta dónde son sus nexos estructurales? 7-21

Julio Echeverría

Conflictividad socio-política 23-34

Noviembre 2023 - Febrero 2024

David Anchaluisa

TEMA CENTRAL

Presentación del Tema Central
Tendencias en la sociedad rural ecuatoriana 35-39

Lorena Toro Mayorga y Pablo Ospina Peralta

Preciada comida: el rol relacional de la yuca en el sustento
de poblaciones precarizadas en Ecuador 41-57

Cristina Vera Vega y Cristina Cielo

El rol de las ciudades pequeñas para la seguridad alimentaria 59-76

Grace Guerrero y René Larenas

Racismo institucional en la salud. Claves para pensar
la atención en salud desde la interculturalidad 77-102

Ana María de Veintimilla

Extractivismo y violencia en Esmeraldas, Ecuador Pablo Aníbal Minda Batallas	103-122
Factores determinantes de la gestión comunal del páramo de Quilloac en la provincia de Cañar Christian Camilo Bernal Conde	123-140
“Mandar obedeciendo”. El movimiento indígena de Cotopaxi en el gobierno provincial (2000-2022) Pablo Ospina Peralta	141-163

DEBATE AGRARIO

Tejido social, finanzas y organización campesina en la Costa Rafael Guerrero B.	165-176
---	---------

ANÁLISIS

<i>Pë'këya</i>: restitución del territorio ancestral de la nación Siekopai desde la memoria histórica y biocultural Catalina Campo Imbaquingo y Justino Piaguaje Lucitante	177-195
¿Por qué debe cumplirse la consulta popular sobre el Yasuní-ITT? Una estrategia para superar la crisis Carlos Larrea	197-219

RESEÑAS

La producción social de las violencias en Ecuador y América Latina. Histórica, estructural, plural y relacional Sebastián Rodríguez y Emilia Silva	221-224
--	---------

Racismo institucional en la salud. Claves para pensar la atención en salud desde la interculturalidad

Ana María de Veintimilla*

Resumen

Este artículo reúne reflexiones relevantes del libro *Racismo y servicios de salud. La medicina indígena como clave para una salud colectiva*, realizado en la provincia de Chimborazo, en la sierra sur del Ecuador. La investigación explora la situación de los servicios y la atención de salud a la población indígena durante la pandemia del Covid-19, donde se expresan enormes falencias, tensiones y contradicciones que cuestionan con fuerza la salud pública y la política de salud intercultural. En los hechos persiste el racismo institucional en distintos niveles en las estructuras del sistema público de salud a nivel nacional y regional, así como en las prácticas de los equipos de salud en el nivel local. Se intenta aportar claves para el mejoramiento de la salud pública desde las ciencias sociales, la medicina indígena y la salud colectiva para un diálogo horizontal efectivo y basado en el reconocimiento, la valoración y el respeto de los médicos y la medicina tradicional.

Introducción

En América Latina, las desigualdades de género, étnicas y raciales estructuran la matriz de la desigualdad social; al mismo tiempo, modelan las brechas de bienestar, condenan al empobrecimiento de los sectores ya empobrecidos y son una barrera para la ampliación de la ciudadanía y el ejercicio de los derechos así como para la democracia (CEPAL 2016). La desigualdad estructural provoca “un círculo de pobreza y diferencia de oportunidades que condena a estas poblaciones, en condiciones de vulnerabilidad y desventaja, a permanecer en las mismas circunstancias a lo largo de sus vidas y de las generaciones futuras”.¹ Investigaciones sobre salud y pueblos indígenas a nivel global demuestran que los pueblos originarios, campesinos y afrodescendientes tienen menor acceso a los

* Ana María de Veintimilla Donoso. Antropóloga, Máster en Nutrición por la Universidad Federal de Santa Catarina, Brasil. Integrante del Instituto de Estudios Ecologistas del Tercer Mundo (IEETM) y Acción Ecológica. Integrante del Grupo de Trabajo Ecologías Políticas del Sur/Abya-Yala de CLACSO. Trabaja junto a organizaciones de mujeres en Ecuador en el análisis de la problemática alimentaria y en el fortalecimiento de la defensa de los derechos colectivos y del territorio. E-mail: anamaria.veintimilla@estudiosecologistas.org.

1 Ver: Castles y Miller (2004) y Hurtado-Saa et al. (2013).

servicios de salud, esta situación está directamente relacionada con la desigualdad estructural y el racismo (Hardeman y Karbeah 2020). Estos grupos étnicos son menos saludables, reciben una atención de salud más deficiente y no pueden esperar a vivir tanto como los demás (Mills y Combs 2002).

Estas características se reflejan, entre otros aspectos, en los difíciles problemas de salud que deben enfrentar, pues en su vida diaria los sectores empobrecidos experimentan exclusión, marginalidad y discriminación, situaciones que los exponen a mayores amenazas sanitarias. Esto se evidencia en los patrones de salud-enfermedad, los procesos de transición epidemiológica y las profundas diferencias en el acceso a los servicios de salud (Alvares y Ventura 2000).

Ecuador es el segundo país de América Latina y el Caribe con mayores índices de desnutrición crónica infantil (DCI), considerada uno de sus principales problemas de salud pública. Esta es dramática en la población indígena a nivel nacional, donde se registra el mayor índice de DCI con el 40,7% (INEC 2018). Los pueblos indígenas atraviesan situaciones de extrema vulnerabilidad, como lo refiere Beatriz Huertas, especialista en pueblos indígenas, esto debido a: “enfermedades como hepatitis B, tuberculosis, malaria o dengue, el nuevo coronavirus, y la desnutrición y anemia que afectan sus sistemas inmunológicos y les dejan expuestos a las enfermedades infecciosas potencialmente letales” (citado en Sierra 2020). La tasa de mortalidad infantil en comunidades indígenas es tres veces superior al promedio nacional. Hambre y malnutrición, obesidad y sobrepeso, diabetes e hipertensión se suman al perfil epidemiológico de estas poblaciones. La discriminación, junto con las desigualdades sociales y de la salud fueron agravantes del Covid-19, así como el acceso desigual a bienes y servicios que contribuyeron a la expansión y mortalidad del virus. La idea de que la pandemia “afecta a todos por igual”, desprovista de toda mirada crítica, invisibiliza la inequidad de los impactos de la enfermedad en los pueblos, nacionalidades indígenas y afroecuatorianas. Desigualdad estructural e histórica, racismo, ausencia de educación de calidad, limitado acceso a agua potable y saneamiento, deficiente atención sanitaria y alimentos inadecuados determinan la salud de una población. El modelo de desarrollo económico impulsado por los gobiernos no ha garantizado para los pueblos el acceso a recursos esenciales para la reproducción de la vida, ni el control y manejo de sus territorios para los pueblos ancestrales. Por el contrario, impulsa un proyecto extractivista y agroindustrial que amenaza su salud, devasta la naturaleza y con ello sus fuentes de vida.

Salud interculturalidad y tensiones con un racismo que persiste

El Ecuador se reconoce como un país plurinacional e intercultural en la Constitución de 2008. Si bien la interculturalidad es una reivindicación histórica central de las organizaciones indígenas, los esfuerzos para incorporar dicho enfoque en las instituciones y servicios de salud no ha cambiado la situación de racismo que se mantiene en ese ámbito, tanto en el Ecuador como en otros países de la región –por ejemplo, en Bolivia– (Mideros e Hidalgo 2014; Ramírez Hita 2011). En lo que se refiere al derecho a la salud, el racismo estructural persiste y se evidencia en las desigualdades étnicas y raciales, de género, del ciclo de vida –sobre todo en la infancia– y territoriales entre áreas rurales y urbanas del país.

A pesar de que la nueva Constitución ecuatoriana garantiza el derecho a la salud –para lo cual se establecen normativas avanzadas para implementar el acceso universal a esta, así como a la salud intercultural–, la atención en ese ámbito y su relación con la discriminación, con el acceso diferenciado y las malas condiciones de los servicios a grupos específicos de la población por sus características étnico/raciales, hablan de una incapacidad colectiva para garantizar una salud adecuada a las personas debido a su color, cultura u origen étnico denominada racismo institucional.² Esta forma de racismo permea a las instituciones donde se reproducen prácticas, códigos y mecanismos discriminatorios que afectan de manera diferenciada a las personas, dependiendo de su grado de poder en la sociedad. Al final, se afecta la calidad y eficacia de los servicios en salud y las garantías para el acceso equitativo.

Desde esta perspectiva, el racismo es un fenómeno transversal al funcionamiento de la sociedad, y hace parte de los hábitos y prácticas de los sujetos sin que, necesariamente, haya conciencia de ello. Estas prácticas discriminatorias consideran a las poblaciones indígenas como infantiles, inocentes e inferiores, sin madurez intelectual ni moral como para tomar decisiones respecto de las condiciones de vida y de los cuidados. En parte, se sustentan en una retórica desarrollista que promueve una intervención civilizatoria que oriente y dirija a esta población. Reasco (2019)³ describe esta forma de racismo como “blando”, totalmente vigente en la cotidianidad de la sociedad ecuatoriana. Lo contrario es el racismo “duro”, que se manifiesta cuando el indígena aparece como sujeto social, histórico y político, como actor en la lucha por la igualdad de derechos. Esta cua-

2 Para una comprensión más amplia sobre el concepto de racismo institucional, ver: Carmichael y Hamilton (1967).

3 Entrevista a Nelson Reasco en Vaca Santacruz, 2019.

lidad provoca rechazo social, descalificación, deslegitimación, criminalización, intimidación, amedrentamiento, encarcelamiento, represión “ejemplarizadora”, persecución, tortura y muerte (Arrobo 2011).

Así como este estudio lo demuestra en el ámbito de la atención en salud, los levantamientos indígenas de octubre del 2019 y julio del 2021 dan cuenta de la vigencia de varias formas de racismo en el país.

Extractivismos, despojo a los pueblos indígenas y campesinos y agravamiento de la salud

En las últimas tres décadas, el Ecuador se ha vuelto más dependiente de una economía basada en la exportación de materias primas obtenidas a través del extractivismo y el agronegocio (petróleo, camarón, banano, flores y otras *commodities*), impulsando un modelo dependiente y sujeto a permanentes crisis. Por otro lado, con la política –mal llamada “humanitaria”– implementada durante la pandemia, los despidos masivos y la flexibilización laboral resultaron en mayores desigualdades, vulnerabilidad, explotación y precarización de las condiciones económicas de vida de las familias. En el 2020 se incrementó el subempleo, registrando que el 51% de la población ecuatoriana trabaja en la informalidad. Al 2023, la situación no se ha revertido, por el contrario, la informalidad se ha incrementado llegando a representar el 52,7%, con la agricultura como principal actividad de empleo informal (CIP 2023). La tendencia impulsada desde el gobierno del presidente Lasso en relación a la salud, apuntaba a la privatización de los servicios junto con la expansión del extractivismo, el libre comercio, las zonas francas y mayores fronteras de la acumulación y el despojo capitalista. Un modelo económico neoliberal y neocolonial que afecta principalmente a los pueblos campesinos e indígenas, a sus territorios y a su salud.⁴

Las políticas agrarias y los presupuestos invertidos en su desarrollo y promoción han beneficiado a los grandes y medianos empresarios, mientras los pe-

⁴ Ninguna de las épocas de auge de las exportaciones de productos como cacao, banano y petróleo mejoraron las condiciones de vida de las poblaciones mayoritarias; por el contrario, significaron mayores niveles de pobreza. El boom bananero de los años setenta, significó una mayor urbanización y un incremento de la pobreza en el campo, sobre todo en la Sierra. La esperanza de vida al nacer, en el periodo 1965-1970, alcanzó un valor inferior al promedio latinoamericano. El Ecuador era uno de los países con mayor porcentaje de población urbana sin suministro de agua por cañería (los otros eran Bolivia y Haití), y se ubicaba entre los cuatro países que tenían mayor déficit en la ingesta de calorías (junto con Bolivia, el Salvador y Haití). Con respecto a los logros en salud y educación, Ecuador ocupaba los lugares quinto y sexto si la pobreza se mide, respectivamente, por la mortalidad infantil y el analfabetismo (Larrea 2006).

queños productores, entre estos las mujeres campesinas, han sido injustamente excluidos. La Constitución de 2008 reconoce los determinantes que influyen en la salud, como el derecho al agua, la alimentación, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el Buen Vivir [...] y garantizará estos derechos mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales... (Cap. II, Título II, Sección Séptima, Art. 32). En la práctica y a pesar de que la agricultura familiar campesina asegura las bases de la soberanía alimentaria para toda la población,⁵ las familias campesinas poseen solo el 20% de la tierra y el 37% de agua de riego para su producción y autosuficiencia. Por su parte, las industrias agrícolas acaparan el 80% de la tierra, incluyendo un estimado de 63% del agua para riego (MAGAP 2016). Estas condiciones adversas para la subsistencia y el bienestar de las familias campesinas, genera de manera progresiva el abandono de sus comunidades, forzándolos a migrar a las ciudades y emplearse en trabajos informales, inestables y precarios, como el de albañiles, trabajadores de la agroindustria, vendedores y prestadores de servicios, entre otros. Las cifras expresan la desigualdad de las condiciones de vida entre el área urbana y rural: en el primer semestre de 2023, la pobreza por ingresos a nivel nacional se ubicó en 27%, la pobreza por ingresos en áreas urbanas en 18% y en zonas rurales en 46,4%. Es decir, en el sector rural cuarenta y seis de cada cien personas viven en la pobreza (INEC 2023).

En cuanto al acceso a servicios, las desigualdades relacionadas con el acceso a agua y saneamiento no han cambiado desde el periodo 2015-2020. En lo que respecta a la condición de pobreza multidimensional, dentro de la cual se considera la falta de acceso al servicio de agua por red pública, así como al saneamiento de excretas, se observa que el 59,9% corresponde a la población rural, en comparación con un 23,4% correspondiente a la población en el área urbana (MAATE y UNICEF 2022).

Los patrones de desigualdad entre áreas urbanas y rurales son vergonzosos. En Quito, la cobertura es consistentemente más alta en comparación con otras provincias de la Sierra, donde se concentran altos niveles de pobreza. Los médicos tienden a concentrarse en las grandes ciudades, lo que genera problemas serios de

⁵ Según el informe *De quienes nos alimentan. La Pandemia y los Derechos Campesinos en Ecuador* (FIAN Ecuador et al. 2020), la agricultura familiar no ha sido considerada punto de enfoque de la política agraria ecuatoriana, pese que el 55% de las unidades productivas agropecuarias (UPA) están en manos de los agricultores campesino-indígenas que se encarga de producir casi el 70% de los alimentos. La falta de políticas de protección de los precios para las fincas familiares ha perjudicado, por ejemplo, un importante número de campesinas productoras de leche.

distribución. En la Sierra, las provincias de Chimborazo, Bolívar y Cotopaxi son las que mayores carencias han tenido en lo que se refiere a cobertura de salud y saneamiento; además, presentan las tasas más bajas de médicos por cada 10.000 habitantes –aproximadamente 34 médicos– (Rios Quituizaca et al. 2021). Estas diferencias territoriales reflejan el tratamiento que desde el Estado, los gobiernos locales, las autoridades y la sociedad se da a los pueblos originarios.

La salud de manos atadas

La profundización de la crisis del 2014 junto con las progresivas reducciones al gasto social, resultaron en una baja capacidad del Estado para garantizar el acceso a la salud pública y los subsidios económicos para la población, que ya venía siendo golpeada por el alto costo de la vida. Para marzo del 2020, cuando despuntó el Covid-19, el costo de la vida (alquiler, agua, electricidad, gasolina y otros combustibles) había subido aproximadamente un 15% con relación al 2014, y la comida más del 10% (McBurney et al. 2021). En ese mismo año, el presupuesto social, particularmente en salud, se redujo un 7%, mientras se incrementó en un 16% el presupuesto para el sector productivo y exportador (Velasco y Hurtado 2020).

Datos del Banco Mundial del 2018 revelan que Ecuador, junto con Venezuela, Bolivia y Perú, destina el menor presupuesto *per cápita* a la salud –500 USD– en comparación con Cuba, Uruguay, Costa Rica y Chile, que invierten más del doble –un total de 1.380 dólares en el caso de Chile–. Si bien desde el 2007 se incrementó el gasto nacional general en salud pública hasta cubrir un 50% del gasto total, en el Ecuador el porcentaje sigue siendo bajo en comparación con el promedio regional: Costa Rica, Colombia y Uruguay alcanzan más del 70%. Datos de la revista *The Lancet* (2019) revelan que los hogares ecuatorianos contribuyen con el 41,4% del financiamiento total en salud. Familias consultadas para esa investigación manifestaron que la mayor parte del Bono de Desarrollo Humano que reciben se gasta en consultas médicas y medicinas que no pueden obtener en los servicios de salud pública (Ídem 2019).

Según Cuvi (2013), la debilidad crónica del Estado en Ecuador, la ausencia de un verdadero sistema público de salud y la informalidad institucional van afianzando el espíritu liberal del modelo de salud. A esta situación se añade la capacidad de las clases medias y las élites de acceder a servicios de salud privados, con lo cual se debilita la posibilidad de ejercer presión social y política a favor de una salud pública de calidad para toda la población. Para el movimiento indíge-

na, la falta de inversión del Estado ecuatoriano en salud tiene efectos irreversibles en su cotidianidad. Además, provoca desconfianza e insatisfacción frente al papel del Estado por la ausencia de las garantías para el acceso a la salud, lo que se percibe en que para los pueblos indígenas no existe el derecho a la salud.

Breve contexto de Chimborazo

Chimborazo es una de las provincias con mayor población indígena y una de las más pobres del país. La pobreza por necesidades básicas insatisfechas (NBI) es del 64,9%, siendo el cantón Guamote, con mayor población indígena, el que presenta el mayor porcentaje, 94,27% de pobreza por NBI. El porcentaje más bajo se ubica en el cantón Riobamba, con el 44,72%, lo que establece una marcada brecha entre ambos. Junto con las provincias de la Amazonía y con Esmeraldas, Chimborazo registra los porcentajes más altos de pobreza por ingresos, entre 34% y 53%; a diferencia de Guayas, Azuay y Pichincha, que están por debajo del 17%. El trabajo informal involucra al 78% de personas, siendo la mayoría mujeres (74%). Datos del 2020 también revelan para Chimborazo altos niveles de desempleo (6,3%), seguido por Morona Santiago, Bolívar y Cotopaxi (Velasco y Hurtado 2020).

Las mujeres indígenas son las que mayor precarización laboral enfrentan: el 48,8% de mujeres productoras y el 55,8% de mujeres indígenas no reciben remuneración (Herrera 2017). Como en otras provincias de la Sierra, las comunidades campesinas de Chimborazo carecen de suelos fértiles, tierra y agua de riego, a pesar de que aportan con el 23% de la producción nacional (GAD Chimborazo 2020). El deterioro ambiental, la falta de apoyo debido a políticas agrarias deficientes y la comercialización inequitativa, entre otros factores, inciden en el abandono de la agricultura de subsistencia y comercial. A estos factores hay que añadir la privación en el acceso a salud y educación, a vivienda de calidad y a alimentación variada y saludable. Todos elementos que vulneran y fragilizan la salud.

La migración laboral, la deforestación y la utilización de agroquímicos y pesticidas en la agricultura fragilizan la situación de la salud de las comunidades campesinas en Chimborazo. Coinciden dirigentes y médicos indígenas en analizar que estos factores incrementan el riesgo para la salud de la población junto con el agravamiento de la crisis económica que dejó la pandemia, debido a la interrupción del comercio regional, lo que a la vez obligó a muchas familias a endeudarse, vender su ganado y parcelas, y abandonar sus tierras para buscar empleos en la construcción o en las plantaciones (McBurney et al. 2021).

En relación al acceso a servicios, solo la mitad de la población tiene cobertura de agua potable, lo que dificultó a los sectores indígenas y campesinos acatar las medidas de bioseguridad recomendadas durante el Covid-19; además, esta carencia contribuye a perpetuar la desnutrición crónica infantil y otras enfermedades prevenibles. En Chimborazo uno de cada dos niños sufre desnutrición crónica y riesgo de sobrepeso y obesidad.⁶ A 2021, las cifras revelan altos porcentajes de desnutrición en niños menores de cinco años en todos los cantones, siendo los de mayor población indígena los que registran los porcentajes más elevados: Riobamba 51,9%, Guamote 55,1%, Alausí 57,6%, Colta 52,5% y Guano 62,3%. Además de los impactos de la pandemia, Chimborazo es, junto con Cotopaxi y Bolívar, una de las provincias menos atendidas en lo que se refiere al acceso a servicios de salud (Rios Quituzaca et al. 2021). En el contexto de la emergencia sanitaria, por ejemplo, no se tomó en cuenta la dinámica de comercio y migración que mantiene la población chimboracense con la ciudad de Guayaquil. La pandemia afectó gravemente a las familias migrantes, que sufrieron altos índices de contagio y muerte y pusieron en grave riesgo a sus familias en Chimborazo, que les acogieron durante la emergencia sanitaria. La enfermedad, al igual que la interrupción de sus actividades laborales y comerciales en Guayaquil, implicó un fuerte golpe a sus economías.

Este breve contexto habla de las desigualdades y el racismo estructural que permanece y se profundiza en el país. Revela el orden de prioridades de los gobiernos que siguen impulsando un modelo de desarrollo económico, cultural y político contrario a los derechos, al bienestar y a la salud de los pueblos indígenas.

Salud y desprestigio de la medicina tradicional

Delfín Tenesaca, presidente de la Coordinadora del Movimiento Indígena de Chimborazo (MICH) y líder de la CONAIE, comenta con preocupación: “para los pueblos la salud es emergente; en el Covid-19 no hubo respuestas desde la salud pública y son minutos que pueden salvar vidas. Mucha gente murió en sus casas”.⁷

⁶ En las últimas décadas, América Latina y el Caribe han venido experimentando la transición nutricional que ha generado la doble carga de la malnutrición, es decir, una coexistencia tanto por déficit como por exceso, así como enfermedades transmisibles y no transmisibles. La malnutrición incluye, por un lado, a la desnutrición: bajo peso al nacer, la insuficiencia de peso, el rezago de talla, la baja relación peso/talla y el déficit de micronutrientes (hierro, zinc, vitamina A u otros), y, por el otro, al sobrepeso y la obesidad (Domínguez-Alonso y Zacca 2011).

⁷ Comunicación personal, marzo 2021.

La emergencia sanitaria evidenció las graves falencias del sistema de salud pública en las áreas rurales en el Ecuador. Los médicos del sector público en Guamote analizan que el sistema de salud está entrapado en procedimientos burocráticos y sus políticas alejadas de la compleja realidad de los territorios. Una médica entrevistada identifica que uno de los problemas es que “la gente que está en el poder escribe la política desde sus escritorios y no conoce las complejas realidades del campo”.⁸ Entre su análisis denuncia la escasez de profesionales de la salud para las diferentes especializaciones que se requieren. Por ejemplo, el hospital de Guamote cuenta con una sola ginecóloga para atender a una población de 23.000 mujeres (en la zona rural y urbana del cantón). Por otro lado, la escasez de medicamentos para las pacientes que muchas veces no tienen recursos para comprarlos. Finalmente, la carga de burocracia y formularios que los médicos tienen que cumplir va en detrimento de la calidad de la atención.

Los médicos del área rural identifican que una de las falencias a la hora de diseñar las políticas de salud es que su voz no es escuchada. A pesar de que existen esfuerzos en facilitar espacios interinstitucionales y comités de vigilancia comunitaria en salud, se observó que no se da un verdadero diálogo entre el personal de salud pública de los distintos niveles (nacional, provincial y cantonal), ni de estos con las comunidades. La interacción entre los profesionales del área rural y las comunidades brinda una amplia perspectiva de sus dinámicas, así como de sus perfiles epidemiológicos y necesidades (por ejemplo, los médicos del área saben que los días de feria acuden más usuarios y conocen a qué tipo de especialidad en salud acuden con mayor necesidad).

Los médicos opinan⁹ que cuestiones como la insuficiencia de personal, la constante rotación de los profesionales en las áreas rurales y la ausencia de equipos de atención primaria en los territorios ponen en riesgo el acceso y la efectividad del sistema. Si bien los servicios de salud pública cuentan con buenos profesionales, la burocracia, los procedimientos y la falta de presupuesto limitan la posibilidad a los equipos médicos para desplazarse a las comunidades alejadas

⁸ Los testimonios que se presentan en este artículo guardan la confidencialidad de los entrevistados. En el cantón Guamote se realizaron varias entrevistas y visitas al centro de salud público, el Hospital Básico de Guamote y consultorios privados en el área urbana.

⁹ Los testimonios recogidos responden a una serie de entrevistas realizadas tanto en los cantones de Riobamba y Guamote, como en la ciudad de Ambato, se guarda la confidencialidad con respecto a sus identidades. En la ciudad de Riobamba se realizaron visitas de observación al Hospital Policlínico; se entrevistó a cinco médicos/as de consultorios privados de medicina alternativa, un médico del Hospital Fundación Ally Causay en la ciudad de Ambato, y a un médico de la Casa Indígena de la Diócesis de Riobamba. Se realizaron entrevistas al personal que ocupa cargos directivos, así como a médicos de la Coordinación Zonal 3 de Salud. Se entrevistó a dos médicos indígenas que trabajan en el sector público.

de los centros urbanos. Esto limita el acompañamiento, el acceso equitativo a la salud, el establecimiento de relaciones de confianza con los usuarios y la posibilidad de brindar una atención integral.¹⁰

Los médicos privados entrevistados opinan que “el sistema de salud no da un trato humano a los usuarios, las personas solo representan números y estadísticas”.¹¹ Coinciden en que la burocratización de la salud pública empobrece la calidad de los servicios. Los usuarios acuden a los servicios públicos buscando soluciones a sus problemas de salud, sin embargo, se encuentran con una atención donde no se sienten escuchados. Por eso, según estos profesionales “acuden a los servicios privados, para ser tratados como humanos y acceder a una atención que dé soluciones más acertadas a sus problemas de salud”.

En base a su experiencia en el sistema público y privado de salud, estos médicos consideran que muchos usuarios acuden a la salud pública con la esperanza de conseguir medicamentos y tratamientos para una solución más efectiva a sus problemas, pero se topan con una serie de barreras que resultan en optar por una consulta privada en clínicas o consultorios, donde reciben una mejor atención y medicamentos que consideran más adecuados. Algunos usuarios entrevistados explicaron que, por lo general, los hospitales rurales no tienen la capacidad de atender enfermedades graves; que terminan remitiendo los pacientes a Riobamba, donde muchas veces tampoco existe capacidad, y finalmente pasan a Quito, donde han tenido mejores experiencias en la atención, pero a un costo excesivo para las familias. Estos usuarios comentan que no confían en la atención de salud de los centros y hospitales de las áreas rurales ni en el tipo de medicamentos que prescriben; prefieren salir a los centros urbanos para recibir una mejor atención. Del otro lado, los médicos del área rural entrevistados señalan que, en el contexto de la pandemia, se evidenció que para el Estado los profesionales de la salud son tranquilamente sustituibles. Como lo manifiestan, el personal de salud no recibió un trato humano desde el Estado, ni se consideró su exposición y vulnerabilidad al virus. Durante la emergencia sanitaria, los implementos para asegurar la integridad de los trabajadores de salud, como mascarillas y protectores, llegaron tarde y los propios médicos tuvieron que adquirirlos con sus recursos.

10 Médicos indígenas formados en Cuba coinciden en que una de las claves del sistema cubano de salud es la formación de médicos familiares que conviven con las familias en el territorio. Lo que permite garantizar la equidad en el acceso, la cercanía y confianza de las unidades familiares con el sistema de salud, lo que facilita una incidencia en la calidad de vida de la población (Veintimilla 2021, 23).

11 Se guarda confidencialidad sobre la identidad de los profesionales entrevistados.

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

Modelo de salud, políticas públicas y exclusión

La política de salud en Ecuador se enmarca oficialmente en el modelo de atención integral de salud (MAIS), cuyo objetivo es priorizar la atención individual, familiar y comunitaria con enfoque en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. En teoría, propicia la equidad en los servicios de salud y el respeto a la interculturalidad. Sin embargo, a pesar de esta nueva orientación, las políticas neoliberales aplicadas en la década del noventa incidieron en que la atención primaria en salud (APS) se reduzca a intervenciones puntuales, se institucionalizaron las intervenciones focalizadas y de bajo costo para los pobres y se estimuló el crecimiento y consolidación de la salud como una mercancía, impulsando las acciones de salud centradas en un enfoque curativo y no preventivo. Esto profundizó la inequidad en el acceso a los servicios de salud.

El Plan de Desarrollo del Buen Vivir 2013-2017 reformuló la política apuntando a fortalecer la inclusión social y la equidad en salud; la atención primaria, integral e integrada, la promoción de la salud, el trabajo intersectorial y sobre los determinantes; la calidad de la atención y seguridad de los usuarios y los recursos humanos en materia de salud (MSP 2012), pero como se ha observado en este estudio, las instituciones de salud y sus agentes interpretan la promoción en salud desde una práctica intervencionista y vertical en los comportamientos y hábitos de los grupos sociales, desde una visión que se asienta en su supuesta incapacidad e ignorancia respecto de la salud y los cuidados. Como se ha observado, el modelo no pone énfasis en la prevención ni en la dimensión comunitaria. El problema de la salud en las zonas rurales e indígenas es endosado a la irresponsabilidad de los individuos (aislados de su contexto social) y al lastre de la cultura, factores ambos establecidos desde una concepción colonial, hegemónica y racista de este

complejo tema. A cambio, los pueblos y nacionalidades indígenas enfatizan que para ellos la medicina es preventiva y comunitaria y se deben priorizar estos ejes, como manifiesta Tenesaca.

Uno de los médicos entrevistados para este estudio relata que en una charla a sus colegas sobre el parto con pertinencia intercultural, uno de ellos comentó que “no se pondría de rodillas frente a una india.” Existe un reconocimiento de las actitudes y expresiones explícitamente racistas que se permiten en estos espacios, sin que nada se altere. Son conductas naturalizadas. Esta profunda expresión de racismo sigue vigente desde la colonia. Habla de la preservación del estatus, de la inferioridad de una persona frente a la superioridad de la otra, de sostener una condición “elevada” frente a una “humilde” como orden natural. Habla de un racismo que desvaloriza cotidiana y sistemáticamente al indígena (entrevista a Nelson Reasco en Vaca Santacruz 2019).

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

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

Muchas personas que aguardan afuera de los hospitales venían de comunidades lejanas y con dificultades para la movilización, así por varios días e incluso semanas. Con frecuencia deben pagar transportes privados para salir de sus comunidades. A menudo, las personas se acercan a los guardias de seguridad o a los porteros del hospital para conocer sobre la situación de sus familiares. Estos funcionarios no proporcionan información médica, sino indicaciones generales, lo que causa angustia y frustración en los usuarios. Muchos denunciaron que los médicos no salen a hablar con los familiares de los pacientes internados.

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

entre saberes es el respeto mutuo. Sin embargo, y a pesar de esta convicción, reproducen prejuicios racistas que dificultan la atención. Una médica entrevistada comparaba al kichwa con una discapacidad que entorpece una efectiva atención; al mismo tiempo, ella ve que “los médicos maltratan a los usuarios porque no los entienden”; en ninguna de sus apreciaciones se menciona que es el equipo de salud es el que debería aprender kichwa para mejorar el servicio, en el marco de las garantías para la salud intercultural.

Durante la pandemia por Covid-19, ante la falta de una respuesta adecuada desde el Estado y ante las deficiencias del sistema público de salud expresadas en el peligro de contagio y muerte en los hospitales, las organizaciones y comunidades indígenas establecieron formas autónomas para enfrentar la situación, que incluyeron el fortalecimiento de la medicina tradicional.

Cómo ven los profesionales de salud a la población indígena

La mayoría del personal de salud y los médicos entrevistados, tanto del sector público como privado de Riobamba y Guamote, responsabiliza a la población indígena de su mal estado de salud y de su situación de pobreza y atraso frente a la *sociedad dominante*. De esta forma se individualizan amplios sistemas sociales de dominación y se pone el peso de la reproducción de la desigualdad racial sobre los hombros de los sujetos oprimidos por el mismo sistema.

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

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

Esta idea, junto con un discurso moralista que sustenta el afianzamiento de estereotipos y prejuicios, refleja varias cuestiones: por un lado, la deshumanización del otro, negar el papel socialmente valorizado de madre, que se caracteriza por su intensa preocupación por sus hijos; además, esta valoración expresa que el médico se siente esencialmente superior al otro y con derecho de juzgarlo; deno-

ta, a su vez, las relaciones desiguales de poder; por último, expresa el ocultamiento de las desigualdades históricas y estructurales que afectan de manera particular a algunos segmentos de la población.

Para algunos profesionales de la salud, las prioridades de la población indígena son de índole material, mas no la salud de sus familias. Hay expresiones que refrendan esta idea: “cuando se enferma un niño no se le atiende, pero cuando se enferma una vaquita sí, porque es productiva”. A esta visión del indígena como un ser materialista se le contraponen la percepción altamente valorada del indígena como *yachak* y sanador espiritual. La primera romantiza y esencializa al indígena, mientras la segunda juzga duramente sus aspiraciones materiales. Lo ilustran comentarios como este: “los indígenas sacan provecho de su condición étnica cuando hay concursos de méritos y oposiciones en los establecimientos de salud o de educación; ahí sí usan lo indígena para aprovechar las ventajas”. Estas dos visiones son absolutamente discordantes, contradictorias: por un lado, conciben al otro como un ser no humano, sin contradicciones, puro; por otro lado, lo ven como un ser calculador, corrupto, materialista y aprovechador.

En Guamote la población indígena presenta graves problemas dentales. Para algunos médicos es un “mal de la raza”,¹² para otros se debe al desinterés y despreocupación de la población por sus problemas de salud. Un odontólogo entrevistado comenta que las personas “no tienen la cultura de hacerse la limpieza tres veces al año. Si no hay dolor no vienen al médico. Esa parte es molesta porque uno educa, pero todavía la gente no entiende que se debe prevenir”. También anota que los equipos de salud no se desplazan a las comunidades por falta de presupuesto, pero insiste en que la comunidad es irresponsable en el cuidado de su salud. Sin embargo, investigaciones realizadas en el cantón concluyeron que la causa de estos problemas dentales es la alta concentración de flúor en el agua (Aguirre 2014), proveyendo un ejemplo de cómo un asunto material que debe ser responsabilidad de la salud pública es mal leído desde una óptica colonial como un tema cultural.

Otra de las características que se atribuye al indígena y que explican su “atraso” en relación con la población blanco-mestiza es su resentimiento, ira,

12 En este artículo no profundizaremos sobre esta expresión, ya que nos centramos en las manifestaciones racistas en el sistema de salud, sin embargo, esta expresión fue mencionada en reiteradas ocasiones por los entrevistados. Como lo señalan Martínez y Fernández (2006): “La ‘raza’ ha sido asociada con diversas enfermedades, y se parte del criterio que existe una ‘causa racial’ en la susceptibilidad a muchas de ellas. Los avances en el estudio del genoma humano han motivado que científicos de muchos países trabajen afanosamente en la búsqueda del gen o los genes que dentro de cada raza son la causa de determinadas enfermedades, minimizando otros aspectos fundamentales dentro de su entorno, como por ejemplo las ambientales”.

frustración, venganza a todo aquello le oprime y afecta su autoestima. Además, se les atribuye que aprovechan la condición de pobreza para tomar ventaja de ciertas oportunidades.

Este tipo de comentarios se acompaña de algunos ejemplos que son juzgados con dureza. El más común es que los indígenas se aprovechan de su condición étnica para acceder a becas, trabajos y ascensos dentro del sistema de salud. Estos comportamientos, supuestamente inmorales, ocultan los privilegios sociales de ser médico blanco-mestizo en la sociedad riobambeña. Se considera casi un delito valerse de la cuestión racial para aprovechar los escasos beneficios de ser indígena. La resistencia se percibe como una condición y como una actitud que persiste y se remite a un pasado histórico; la opinión mayoritaria es que este sentimiento debe ser abandonado, porque pertenece a un pasado de exclusión y violencia y no a la modernidad, entendida como un proyecto de progreso sustentado en la superación individual. Se reconoce la injusticia social en contra de los pueblos y nacionalidades indígenas, se valora su lucha histórica para ser reconocidos en el marco de la interculturalidad y la plurinacionalidad, pero al mismo tiempo se desnaturaliza su protesta, soslayando el hecho de que esa reacción política se da en un escenario de relaciones asimétricas y violentas impuestas, arraigadas y legitimadas por una sociedad dominante, cuyo poder no lograría alcanzar sin la base de la desigualdad.

Existen criterios peyorativos en contra de los indígenas, como el de un médico privado con experiencia en salud pública, quien afirma que “los pacientes solo exigen y no aportan, se les da medicamentos de forma gratuita y no los toman, no valoran la atención pública porque es gratuita, y por eso reclaman y se quejan”. Otros insisten que “se debería cobrar por la atención con el fin de que se valore el esfuerzo del Estado: el indígena debería agradecer en vez de reclamar”. Así se considera la atención en salud como un favor del Estado hacia la población y no como un derecho humano que se debe garantizar. La idea de que los usuarios no tienen derecho a quejarse o a reclamar, no solo porque la atención es gratuita, sino porque se quiere un sujeto sumiso y sin derechos, es bastante común entre el personal de salud. En el contexto de pandemia, los agentes de las instituciones de la salud pública de la provincia se quejaban recurrentemente del incumplimiento de las medidas de bioseguridad por parte de la población indígena. Sin embargo, este discurso subvaloraba el peso de los factores estructurales, las condiciones de vida, la vivienda, la falta de acceso a servicios básicos que persiste hasta ahora. Estos son determinantes fundamentales de la salud que golpearon a la población indígena con mayor fuerza que a otros sectores (Velasco y Hurtado 2020).

Desprestigio a la salud tradicional

Integrar a *yachaks*¹³ y parteras tradicionales en el sistema de salud es uno de los acuerdos de la política de salud intercultural. Al abordar el tema de la interculturalidad en este ámbito, una promotora de salud entrevistada se refiere a las parteras como “parteritas”; sobre la articulación de saberes comenta: “nosotras capacitamos a las parteras en todo lo que se refiere al parto y ellas nos enseñan a usar sus hierbitas”. A pesar de que los médicos y el personal de salud pública de Riobamba y Guamote reconocen la medicina tradicional y algunos buscan incorporar ciertas prácticas, se observa que no dejan de concebirla como un saber marginal, o como un requisito obligatorio que deben abordar. El relacionamiento cotidiano de los mestizos con la población originaria, como analiza Reascos, está cargado de racismos blandos, particularmente en el trato (Vaca Santacruz 2019). Si en los mercados se los llama con apelativos como “caserita”, “mijita” o “mamita”, en las instituciones de salud se habla de las “parteritas” que enseñan a usar sus “hierbitas”. Según la mayoría de las personas, el uso de diminutivos supone un trato bondadoso, afectivo o cariñoso; sin embargo, se debe insistir en que este trato cotidiano, que se piensa suave e inocente, denota un racismo vigente en la sociedad ecuatoriana derivado de concepciones del siglo XVI que perciben al indígena como infantil, un ser al que hay que ayudar y proteger. No es más que una visión paternalista y asistencialista de las relaciones sociales dominantes.

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

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

de las parteras. De hecho, los profesionales entrevistados ven como un problema a la obligatoriedad de incluir a los agentes de la medicina indígena en los sistemas de salud. Según una médica del sector rural:

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

Como muestra este testimonio, se delinean políticas para las cuales no se destina un presupuesto. En consecuencia, se incrementa la ya excesiva carga de responsabilidades de los profesionales de la salud: muchas horas de trabajo, alta demanda por la falta de especialistas, bajo salario. Encima, tienen que subsidiar la participación de las parteras y los yachaks, quienes a su vez estarían subsidiando al Estado y al sistema capitalista al tener un papel importante en la economía de los cuidados sin recibir remuneración.

En vez de un diálogo intercultural, se considera que los conocimientos de los agentes de la medicina tradicional no son válidos o que son inferiores, que deben profesionalizarse para adquirir conocimientos biomédicos, más valorados y legitimados por el Estado y el sistema de salud dominante. No se reconoce que existen saberes y prácticas distintas. Las prácticas de la medicina tradicional son aceptadas siempre y cuando sean comprobadas y legitimadas por la ciencia occidental. Algunos médicos formados en biomedicina estudiaron posteriormente medicinas alternativas, entre ellas la medicina indígena; ellos opinan que la formación médica debería contemplar la medicina tradicional, para no juzgarla. Sin embargo, existe una mayor valoración por las medicinas alternativas –natural, homeopática, bioenergética– que por la medicina tradicional, concebida más bien como un conjunto de creencias culturales. El personal de salud pretende que las parteras cumplan con el papel de reportar casos de embarazo en sus comunidades o insistir a las mujeres embarazadas sobre acudir a los centros de salud u hospitales para controles médicos, asistencia del parto o vacunas. Sin embargo, a la hora de asistir partos, las parteras se limitan al papel de asistentes de los médicos. Esto lo comentan lideresas que forman parte del Consejo de Salud Indígena de Cotacachi, con quienes se conversó en el marco de este estudio: “cuando las parteras acuden a los hospitales para asistir partos, son relegadas como asistentes de los médicos para pasarles implementos, mas no ejercen sus conocimientos”. En palabras de una partera de Chimborazo, “a pesar de que no somos reconocidas y no recibimos remuneración, lo hacemos por ayudar”.

En estudios realizados en la región andina para el caso de las parteras, como el realizado por la antropóloga boliviana Ramírez Hita (2011), la incorporación de la medicina tradicional dentro de los hospitales y centros de salud no se realiza en igualdad de condiciones, lo que da lugar a una subordinación de estas dentro del ámbito de poder de la biomedicina.

En la práctica, este proceso se traduce en diversas formas de violencia y maltrato cotidiano del personal sanitario hacia el médico tradicional. Esta realidad se registra en la Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres (ENVIGMU), donde consta que setenta de cada cien mujeres indígenas, han experimentado por lo menos un hecho de violencia gineco-obstétrica (INEC 2019, 62).

En el caso de los médicos indígenas sucede algo parecido. Según un médico indígena entrevistado en Riobamba, “el Estado no nos respeta, nos han llamado de brujos, hechiceros [...] no ha habido un reconocimiento de los médicos tradicionales desde el Estado”. A pesar de su experiencia y trayectoria en la medicina tradicional y sus estudios en medicina indígena, no son reconocidos por el Estado y no cuentan con espacios para realizar sus prácticas en el sistema público de salud.

La política de salud reproductiva, materna e infantil se vuelve emblemática en el país, en el marco del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) –que propuso la Organización de las Naciones Unidas en 2015– y apunta a la reducción de la mortalidad materna y de niños y niñas menores de cinco años. La Constitución, en la sección derechos y libertades, en el artículo 66, inciso nueve, establece que se reconoce y garantizará a las personas “el derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, y su vida y orientación sexual. El Estado promoverá el acceso a los medios necesarios para que estas decisiones se den en condiciones seguras”. Sin embargo, ya en el territorio, y a partir de los testimonios de familias y mujeres entrevistadas para este estudio, existe una especie de “cacería” de mujeres para asegurar que acudan a los controles médicos durante el embarazo, que realicen partos hospitalarios, que vacunen a sus hijos, que opten por métodos anticonceptivos, entre otros objetivos.

Las usuarias entrevistadas cuentan que esta obligatoriedad, que se impone desde los profesionales de la salud, opera sin su consentimiento ni el de sus familias, en contra de su voluntad, autonomía y desprestigiando otras formas posibles de atención del parto. Es obvio que desde el sistema de salud se apunta a que toda la sociedad se ajuste a un único modelo médico, que responde al proyecto ideológico blanco-civilizador que se sostiene en una visión particular del mundo y de la vida (Cuvi 2013). En la práctica, se excluye la diversidad de formas de atención

a salud. A la vez, guiados por la ideología hegemónica de la biomedicina, los profesionales de salud no reconocen las dinámicas y la agencia expresada en las prácticas indígenas de salud (Langdon y Garnelo 2017).

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

La salud indígena, al igual que la resistencia de los 529 años, está también en resistencia. Está clandestina, guardada, escondida, desconsiderada, desconocida, discriminada. En nuestras comunidades casi de milagro vivimos, no vivimos muchos años, mueren muchos niños y mujeres. En estos últimos veinte años, con los avances de la tecnología, dejamos de lado las agüitas de los brujos, creyendo que la medicina moderna, occidental, es la verdadera ciencia. Así nuestra medicina cayó en crisis. Pero en el Covid-19 se convierte en una alternativa que no reemplaza a la medicina occidental, sino que se complementan. Eso sería la interculturalidad, pero la interculturalidad es cuando nos respetamos; mientras esto no se da, no hay interculturalidad.

La interculturalidad en salud requiere del reconocimiento de la existencia de diferentes saberes y de un diálogo horizontal para promover la articulación de los conocimientos y prácticas, la participación de los grupos sociales en la política, la defensa de su autodeterminación. En el marco de la salud en Ecuador, estos componentes no se cumplen. La falta de articulación entre saberes y prácticas médicas hace que la interculturalidad sea un discurso despolitizado, utilizado por el Estado como una estrategia para apaciguar las diferencias, mientras no se hacen transformaciones profundas para cambiar la violencia y la desigualdad estructurales en el país (Walsh 2008; Ramírez Hita 2011).

La medicina indígena como clave para la salud colectiva

Para los médicos indígenas y las parteras con quienes se conversó para este estudio, la enfermedad es expresión de un desequilibrio en sus territorios-cuerpos. La salud tiene que ver con la calidad del tejido social, con las relaciones sociales y con el entorno. El desequilibrio se expresa en la enfermedad. Según un médico indígena, “estamos consumiendo y respirando veneno”. Entre varios factores, se

concebe que la destrucción de la naturaleza impacta en la salud de las personas: en lo que respiran, en lo que comen, en sus relaciones sociales y espirituales, porque se concibe a la persona desde una perspectiva biopsicosocial. La contaminación de la tierra, del agua, del aire, crea enfermedad y muerte. Se analiza que el uso de pesticidas y fertilizantes en la agricultura –que se ha intensificado en las últimas décadas– provoca enfermedades a las personas y al planeta. La salud tiene que ver con el cuidado de la madre tierra. La ambición humana y el uso del poder al servicio del lucro y de las guerras se oponen a la ética del cuidado; los modelos de extracción y destrucción de la naturaleza, de los animales, de los alimentos, de las fuentes de vida, de las vertientes de agua, resultan en enfermedad. Para el médico, “la sociedad calla, pero nosotros reclamamos la defensa y cuidado de la casa común”.

La medicina ancestral está ligada a la agricultura y al sostenimiento de la vida. Mamá María, partera de Guamote, opina que es fundamental mantener las chakras y los animales para el cuidado de la salud. Sus cultivos de alimentos andinos, así como la crianza de sus animales, le han permitido sostener a sus hijos y brindarles salud; para ella, los alimentos sanos son los del campo. Conectado con lo anterior, el médico indígena entrevistado analiza que la cura no está en las medidas paliativas e inmedatistas, está en las garantías para tener territorios libres de extractivismo y sanos para vivir, para el acceso a alimentos naturales, sanos y diversos producidos por las comunidades. Él analiza que uno de los factores para el apareamiento de las enfermedades en los pueblos originarios son los cambios en la alimentación: “nuestras comunidades consumen cada vez más alimentos industriales y refinados, hay cada vez más obesos, hipertensos y diabéticos, eso no es justicia social”. Se han ido contaminando y destruyendo los territorios comunitarios y minando sus condiciones de vida, a lo que se suma que no existe una política sólida de salud preventiva en el campo. “Al contrario de promover una salud integral, la política en salud apunta a una mayor medicalización de las personas”, concluye.

A pesar de estar en los márgenes de la política de salud y de no ser reconocidos por el Estado, los yachaks, las parteras y los demás actores de la salud indígenas continúan aportando con sus conocimientos y prácticas médicas al bienestar de las familias, comunidades, pueblos y ciudades. Gran parte de la labor de promocionar y promover la salud preventiva en las comunidades rurales ha sido realizada por sabios de la medicina tradicional. Para esto se ha contado con el apoyo de reconocidos médicos con formación social, convencidos de la importancia de la atención desde una perspectiva intercultural. Juntos han incidido en las políticas

y en el desarrollo de proyectos de salud que han sido un gran aporte a la atención y formación de personal en las comunidades indígenas de la región.

Médicos y parteras tradicionales explican que les impulsa ayudar, escuchar y aliviar dolores físicos, emocionales y sociales. Promocionan el cuidado, la buena alimentación y nutrición, el uso de plantas y medicinas andinas, la salud de la mujer y el parto natural. Para Magdalena Fueres, presidenta del Comité Central de Mujeres de la UNORCAC, las mujeres indígenas “son las herederas de la sabiduría y conocimiento de nuestros ancestros para la atención en salud de las mujeres que mucho tiene que ver con observar, escuchar y respetar su autonomía desde la empatía”.¹⁴

Sabias y sabios de la medicina tradicional son reconocidos, respetados e influyentes, son actores políticos fundamentales, participan en la organización y en los cabildos de sus comunidades y organizaciones. Su voz es importante en la toma de decisiones en el ámbito de la salud preventiva y comunitaria. Además, sostienen y promueven acciones desde el nivel local al nacional para demandar al Estado, para defender y promover en la práctica las garantías al derecho de los pueblos y nacionalidades dentro de un Estado intercultural y plurinacional, junto al reconocimiento a las sabias y sabios de la medicina ancestral.

A finales de 2023 se realizó el *Primer Congreso Nacional de Partería Ancestral* con la participación de alrededor de cien mujeres parteras, comadronas y sabias de la medicina ancestral de distintas nacionalidades, pueblos, comunas y comunidades del país. En este evento se demandó el respeto al sistema de salud ancestral, una mayor inversión de recursos económicos para infraestructura y mantenimiento, y el fortalecimiento a la equidad en la salud. Por último, se exigió la inclusión de servicios de salud ancestral dentro de los servicios que los Gobiernos Autónomos Descentralizados (GAD) prestan a la comunidad.

A modo de cierre

Es importante reconocer que la trayectoria de las personas y las familias para restablecer su equilibrio biopsicosocial comprende diferentes sistemas médicos. Más allá de ser la biomedicina el modelo que se ha impuesto por sobre otros, y que se ha legitimado mediante la construcción y el fortalecimiento de un aparato ideológico, político y económico de poder, es uno entre una diversidad de modelos a los que la gente acude en la enfermedad. Para una verdadera política intercultural

¹⁴ Comunicación personal.

en salud, es urgente aceptar que este sistema tiene límites, así como lo tienen los otros; que la interculturalidad está en el reconocimiento tanto de esos límites como de la existencia de conocimientos y prácticas distintas. De por medio está el respeto a las decisiones y a la autodeterminación de los pueblos.

Mientras para los pueblos originarios la salud depende del cuidado del equilibrio dado en gran medida por la calidad del entorno y las interrelaciones, la salud del tejido social, el acceso a fuentes de alimento y disponibilidad de territorios, que se nutre de la construcción e intercambio colectivo de conocimientos, entre otros, el sistema de salud pública promovido por el Estado sigue el modelo médico hegemónico de la biomedicina, caracterizada como resalta Menéndez (1988) “por su biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, profesionalización formalizada, legitimación jurídica, exclusión del conocimiento del usuario, y demás”. Este modelo establece como subalternas al conjunto de prácticas sociales, legitimándose como la única forma de atender la enfermedad (Menéndez 1988). Sin embargo, a pesar de su creciente expansión y hegemonía (Menéndez 2020) no ha tendido puentes adecuados para dar respuesta a las realidades, necesidades y demandas de estas comunidades.

Se debe exigir una mayor inversión y reforzar el sistema de salud pública para reducir las desigualdades y garantizar el acceso a bienes y servicios; para hacer frente al modelo neoliberal y a la privatización de la salud; y para mejorar la articulación entre el Estado, los gobiernos locales y las poblaciones en el marco de las garantías para una efectiva salud intercultural. Las políticas de salud se diseñan en los centros urbanos del país, donde no se toman en cuenta y/o muchas veces se desconocen las realidades de los pueblos y nacionalidades y la complejidad de sus territorios. Es necesario invertir para que la atención primaria de salud sea efectiva en las zonas rurales, para que integre sus particularidades socioculturales, geográficas y logísticas, y para que posibilite una real articulación de los conocimientos y prácticas médicas de su población. Las demandas indígenas por acceder a mejores y más igualitarias condiciones de vida, y la denuncia de su cada vez mayor precarización, se confrontan con argumentos que los culpabilizan de su mal estado de salud. Este tratamiento colonial y racista obstaculiza una efectiva atención e impide establecer diálogos interculturales que promuevan la articulación de saberes tradicionales en función de una verdadera política de la salud intercultural.

En el caso de los médicos y parteras indígenas, el trato racista revela la imposibilidad de una verdadera política de salud intercultural, así como una gran

dificultad de los demás profesionales de la salud para reconocer la existencia de saberes diferentes, establecer puentes de diálogo intercultural e incluir la participación de pueblos y nacionalidades en las decisiones. En el marco de la salud intercultural, se debe exigir el respeto hacia sus prácticas de cuidado y de curación. Por otra parte, y vinculado con lo anterior, hay que señalar que en muchas zonas rurales del país la salud depende del control y manejo de los territorios y recursos vitales por parte de los pueblos ancestrales; es imperativo demandar, en el marco del derecho a la salud, condiciones de vida dignas en el campo, acceso a tierra fértil, agua para riego, derechos laborales, inversión en la agricultura familiar campesina, además de acceso a una salud pública de calidad en el marco de la interculturalidad. El derecho a la salud también incluye garantizar territorios libres de explotación para las comunidades, nacionalidades y pueblos indígenas.

Por último, queda claro que la Covid-19 ha evidenciado que es urgente repensar nuestra relación con la naturaleza y la salud. La biodiversidad garantiza el acceso a fuentes vitales de alimento, recursos y medicinas; regula el clima, las enfermedades, los nutrientes, el agua, la formación del suelo; y es lugar de vida y proyecto político de pueblos y comunidades, que en su interacción con la naturaleza han influenciado en su riqueza y cuidado asegurando el sustento de la vida sobre el planeta. El modelo de desarrollo económico basado en la explotación de los pueblos originarios y sus territorios no garantiza un buen vivir sustentable y saludable. Finalmente, a futuro las claves para una salud colectiva dependen de pensarla desde una perspectiva integral, comunitaria, que ponga en el centro la importancia y el valor del cuidado y la defensa de la casa común y los pueblos que han cuidado de ella para la humanidad en su conjunto.

Bibliografía

- Aguirre, Juan Diego. 2014. *Calidad del agua y su relación con las patologías en la cavidad oral de los niños de 8 a 12 años, en la Escuela Fiscal Mixta Laura Carbo de Ayora de la provincia de Chimborazo, cantón Guamote*. [Tesis de Grado]. Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo. <https://n9.cl/mvt16j>.
- Alvares Coimbra Jr. Carlos y Ricardo Ventura Santos. 2000. “Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil”. *Ciência e Saúde Coletiva* 5 (1): 125-132. <https://n9.cl/4bets>.
- Arrobo, Nidia. 2011. “El ‘derecho a la resistencia’ y la ‘resistencia indígena’”. *Servindi.org* [sitio web], 10 de febrero. <https://n9.cl/ntoo5>.
- Banco Mundial. 2018. Base de Datos de Libre Acceso. <https://datos.bancomundial.org/>.
- Castles, Stephen y Miller Mark. 2004. *La era de la migración. Movimientos internacionales*

- de población en el mundo moderno*. México: Miguel Ángel Porrúa, Secretaría de Gobierno-Instituto Nacional de Migración.
- Carmichael, Stokely, y Charles Hamilton. 1967. *Black Power. The politics of liberation in America*. New York: Vintage.
- CEPAL, Comisión Económica para América Latina (2016). *La matriz de la desigualdad social en América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL, Naciones Unidas. <https://n9.cl/eptl>.
- CIP, Cámara de Industrias y Producción. 2023. “El trabajo informal alcanza su cifra más alta desde el IV trimestre de 2020”. [Página web] Cámara de Industrias y Producción, 2 de mayo. <https://n9.cl/w6jjn>.
- Constitución de la República del Ecuador. 2008. Asamblea Nacional de Montecristi. Registro Oficial 449.
- Cuvi, Juan. 2013. *Curar y someter. Modelo biomédico y cultura política en el Ecuador*. Quito: Abya Yala.
- Domínguez-Alonso E. y Eduardo Zacca. 2011. “Sistema de salud de Cuba”. *Salud pública de México* (53) 2: 168-176. <https://n9.cl/jvcsy>.
- Fernández, Andrés, Rodrigo Martínez, Ignacio Carrasco, y Amalia Palma. 2017. *Impacto social y económico de la doble carga de la malnutrición. Modelo de análisis y estudio piloto en Chile, el Ecuador y México*. Santiago de Chile: Editorial CEPAL.
- FIAN Ecuador, Instituto de Estudios Ecuatorianos, Observatorio del Cambio Rural, Tierra y Vida. 2020. *De quienes nos alimentan. La Pandemia y los Derechos Campesinos en Ecuador*. [Informe, pdf] Quito: Ecuador. <https://n9.cl/1rzc8r>.
- GAD Chimborazo, Gobierno Autónomo Descentralizado de la Provincia de Chimborazo. 2020. *Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial PDOT 2020-2030*. Riobamba: Prefectura de Chimborazo.
- Hardeman, Rachel R. y J’Mag Karbeah. 2020. “Examining racism in health services research: A disciplinary self-critique”. *Health Services Research*, 55 (Special Issue): 777-780. <https://n9.cl/cos31>.
- Herrera, Stalin. 2017. “Movimiento indígena campesino y vías de democratización en el Ecuador: Los Ríos y Chimborazo”. *Ecuador Debate*, 101: 123-142. CAAP.
- Hurtado-Saa, Teodora, Rosas-Vargas, Rocío y Valdés-Cobos Alberto. 2013. “Servicios de salud, discriminación y condición étnica/racial: un estudio de caso de la problemática en México y Colombia”. *Ra Ximhai*, 9 (1): 135-151. <https://n9.cl/yd5f7>.
- INEC, Instituto Nacional de Estadística y Censos. 2018. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. ENSANUT 2018 [sitio web]. Quito: INEC. <https://n9.cl/7x2j>.
- _____. 2019. *Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres-ENVIGMU*. Principales resultados. Quito: Ecuador. <https://n9.cl/xxvb9>.
- _____. 2023. *Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU). Indicadores de Pobreza y Desigualdad*. Diciembre de 2023. <https://n9.cl/x7zxhu>.
- Langdon, Esther Jean y Luiza Garnelo. 2017. “Articulación entre servicios de salud y ‘medicina indígena’: reflexiones antropológicas sobre políticas y realidad en Brasil”. *Salud Colectiva*, 13 (3): 457-470. <https://n9.cl/we5ls>.

- Laarre, Carlos. 2006. *Hacia una historia ecológica del Ecuador. Propuestas para el debate*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar.
- MAATE, UNICEF, Ministerio del Ambiente, Agua y Transición Ecológica, y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. 2022. *Costos asociados a servicios inadecuados de saneamiento e higiene en el área rural del Ecuador. Análisis 2015-2020*. Quito: Ecuador. <https://n9.cl/8shgs>.
- MAGAP, Ministerio de Agricultura, Ganadería, Acuacultura y Pesca. 2016. *La política Agropecuaria Ecuatoriana. Hacia el Desarrollo Territorial Rural Sostenible 2015-2025*. Quito: Ecuador. <https://n9.cl/wfazed>.
- Martínez, Antonio e Ivonne Fernández. 2006. “¿Es la raza un criterio útil en la práctica médica?”. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 22 (1). <https://n9.cl/3o2hy>.
- McBurney, Matthew, Luis Alberto Tuaza, Carlos Ayol y Craig A. Johnson. 2021. “Land and livelihood in the age of COVID-19: Implications for indigenous food producers in Ecuador”. *Journal of Agrarian Change*, february. <https://n9.cl/5vtzga>.
- Menéndez, Eduardo L. 1988. “Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria”. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud (30 de abril al 7 de mayo). Buenos Aires: Argentina.
- _____. 2020. “Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias”. *Salud Colectiva* (16). <https://n9.cl/dgrya6>.
- Mideros, Raúl, y Paola Hidalgo Noboa. 2014. “Pariendo como indias: el don de las indígenas en la salud de las mujeres ecuatorianas”. [Documento de trabajo]. Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador. <https://n9.cl/r6oqw>.
- Mills, Terry L. & Yvonne J. Combs. 2002. “Environmental Factors, Income Inequality, and Health Disparity: Emerging Research and Policy Implications for Black Americans”. *African American Research Perspectives* 8:29-39.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral en Salud-MAIS*. <https://n9.cl/xs1n5>.
- Ramírez Hita, Susana. 2011. *Salud intercultural. Crítica y problematización a partir del contexto boliviano*. La Paz: ISEAT.
- Rios Quituzaca, Paulina, Giovanna Gatica-Domínguez, Devaki Nambiar, et al. 2021. “National and subnational coverage and inequalities in reproductive, maternal, newborn, child, and sanitary health interventions in Ecuador: a comparative study between 1994 and 2012”. *International Journal for Equity in Health*, 20 (48). <https://n9.cl/9dzen>.
- Sierra, Yvette. 2020. “Pueblos indígenas: los más vulnerables frente al avance del coronavirus en América Latina”. *Mongabay*. <https://n9.cl/jv4cn>.
- The Lancet. 2019. “Gasto de bolsillo en salud de los ecuatorianos es el segundo más alto de Latinoamérica”. *Edición Médica*. <https://n9.cl/7xpbu>.
- Vaca Santacruz, Fermín. 2019. “Hay un discurso guerrerrista-templario en el Gobierno”: Entrevista a Nelson Reasco”. *Plan V*, 2 de diciembre. <https://n9.cl/jawbu>.
- Veintimilla D., Ana. 2021. *Racismo y servicios de salud la medicina indígena como clave para una salud colectiva. Un caso de estudio en Chimborazo*. Quito: Plataforma por el Derecho a la Salud.

- Velasco Abad, Margarita y Francisco Hurtado Caicedo. 2020. *La pandemia en Ecuador. Desigualdades, impactos y desafíos*. Quito: Observatorio Social del Ecuador/FES-ILDIS.
- Walsh, Catherine. 2008. “Interculturalidad, plurinacionalidad y decolonialidad: las insurgenencias político-epistémicas de refundar el Estado”. *Tabula Rasa*, 9: 131-52. <https://n9.cl/40ay2>.