

INTERCULTURALIDAD Y ENFOQUE ECOSISTÉMICO EN ECUADOR

David Achig Balarezo

Ponencia desarrollada en el Módulo Salud y Ecosistemas, Maestría en Investigación en Salud, Universidad de Cuenca, 2014.

1. INTRODUCCIÓN

Ecuador intercultural

Ecuador es un país intercultural y plurinacional como lo reconoce la Constitución vigente en su **Artículo 1**: “El Ecuador es un Estado constitucional de derechos y justicia, social, democrático, soberano, independiente, unitario, intercultural, plurinacional y laico...”

Para la sociedad ecuatoriana es de fundamental importancia desarrollar una visión intercultural sobre cada uno de los elementos principales de nuestro origen como nación, cultura, pueblo y democracia. La reflexión y debate del Ecuador intercultural debe partir reconociendo que la interculturalidad no es una característica “natural” de las sociedades complejas sino un objetivo al que deben llegar para articularse internamente. (1)

No necesariamente que coexistan varias culturas en un mismo espacio, significa interculturalidad, ésta se construye mediante un esfuerzo expreso y permanente. (1)

Va mucho más allá de la coexistencia o el diálogo entre culturas, se trata más bien de una relación sostenida, en una búsqueda expresa de superar prejuicios y asimetrías que han caracterizado al país, y reemplazarlas por nuevas perspectivas de convivencia bajo condiciones de respeto, igualdad y desarrollo de espacios comunes. (1)

La interculturalidad tampoco es tolerarse mutuamente, sino construir puentes de relación e interacción con instituciones que garanticen la diversidad, pero también la interrelación creativa. No es solo reconocer al “otro” sino, también, entender que la relación enriquece a todo el congreso

social, creando un espacio no solo de contacto sino de generación de una nueva realidad común. (1)

Los sistemas médicos son sistemas interculturales

En nuestro país, el actual modelo de salud al menos menciona la interculturalidad en salud, que ya es un primer paso para superar el paradigma occidental al menos en lo teórico; la visión interculturalidad incluye elementos sobre la diversidad biológica, cultural y social del ser humano como factor importante en todo proceso de salud y enfermedad. (4)

El nuevo paradigma de interculturalidad o convivencia entre diversas concepciones y prácticas en una nueva relación horizontal, sin dominios, ni predomios; que rebase el natural proceso de acercamiento entre mundos culturales diversos y se plantee algunas estrategias para implementar este enfoque en el sector salud, (4) está en construcción y deberá obligatoriamente respetar lo local.

Desde la antropología sociocultural un sistema médico se concibe como un conjunto más o menos organizado, coherente y estratificado de agentes terapéuticos, modelos explicativos de salud-enfermedad, prácticas y tecnologías al servicio de la salud individual y colectiva. La forma en que estos elementos se organizan internamente, otorgando coherencia al sistema dependiente del modelo sociocultural en que se desarrolla la medicina. En consecuencia las medicinas son construcciones culturales que responden a necesidades de un entorno social específico y en los cuales es posible distinguir una dimensión conceptual y otra conductual. (4)

Todos los sistemas médicos presentan axiomas o principios basados en el modelo epistemológico que sustenta la práctica médica y distinguen medios para validarse y legitimarse a sí mismos.

En el modelo biomédico, de corte positivista los experimentos científicos, las pruebas clínicas y textos, constituyen importantes fuentes de validación del pensamiento científico; sin embargo, otras culturas aceptan como fuente de legitimación los sueños de un yachak, signos en la naturaleza, apariciones, influencias energéticas entre otras; por lo tanto se manifiesta varias lógicas diversas en la concepción de salud-enfermedad que difieren en las premisas culturales y pruebas de validación; por ello distintas percepciones y observaciones del mismo fenómeno resultan en diferentes explicaciones de la enfermedad. (4)

La interculturalidad en salud, emerge como un proceso de acercamiento entre sistemas médicos; sin embargo, los conflictos entre distintos sistemas médicos no emergen sólo de las diferencias en los modelos explicativos que los sustentan, sino también de la dominación social de un modelo de salud sobre otro.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la medicina tradicional, alternativa y complementaria comprende diversas prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias que incluyen plantas, animales y/o medicinas basadas en minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados en singular o en combinación para mantener el bienestar; además de tratar, diagnosticar y prevenir enfermedades.

En Ecuador subsisten tres subsistemas:

- a) La medicina occidental, académica u alopática: referida dentro del actual concepción de modelo biomédico a todos los procedimientos clínicos y quirúrgicos empleados en el diagnóstico, tratamiento, prevención y rehabilitación de las enfermedades. La medicina alopática es conocida también como medicina convencional, científica, occidental, académica, oficial, biomedicina, hegemónica, industrial, cosmopolita, entre otros nombres. (7)

- b) La medicina tradicional en Ecuador, al igual que en otros países andinos, cuyas raíces pertenecen a un pasado de más de 10 mil años, se ha mantenido vigente a lo largo de cinco siglos de regímenes coloniales y republicanos. Dicha permanencia ha sido sostenida por los pueblos de más bajos recursos: indios, mestizos, montubios y campesinos, la medicina tradicional ecuatoriana se denomina también medicina andina, medicina ancestral o medicina indígena. (7)

- c) La colaboración Cochrane, insigne propulsora del movimiento medicina basada en evidencias, entiende por medicina complementaria a todas aquellas prácticas y recursos de curación acompañados de sus respectivas teorías y creencias, que no son intrínsecas al sistema de salud políticamente dominante de una sociedad o cultura en un periodo histórico determinado (7), en nuestro país las medicinas alternativas son un abanico de ramas como la acupuntura, homeopatía, terapia neural, magnetoterapia, equinoterapia, terapia con cristales, quiropraxia, aromaterapia, apiterapia, entre otras.

El modelo epistemológico dominante de la ciencia biomédica somete a los demás, jerarquiza las interrelaciones y consideramos que debe superarse; los nuevos paradigmas en primer lugar deben reconocer la existencia de los diversos, luego aceptar la hegemonía de un modelo dentro del sistema que debe terminar, el siguiente será aceptar la existencia de otros sistemas con sus visiones y experiencias que han resistido a través del tiempo, pero que están presentes en el sentir y hacer de la comunidad; los saberes y prácticas marginales deberán obligatoriamente considerarse en un nivel horizontal con el modelo dominante para poder convivir y manifestarse dentro un verdadero modelo intercultural.

Interculturalidad y enfoque ecosistémico

Minayo (2002), considera el "enfoque ecosistémico de salud como una de las posibilidades de

construcción teórico-práctica de las relaciones entre salud y ambiente en los niveles microsociales, dialécticamente articulados a una visión ampliada de ambos los componentes". (6)

El enfoque ecosistémico prevé una amplia participación social en el análisis de los problemas ambientales en la búsqueda de soluciones relacionadas con ellos, sin embargo hay que reconocer que persisten desafíos en el orden de diagnóstico y análisis socio-antropológico incluyendo factores históricos, económicos, culturales, sociales, de ejercicio del poder, de la actividad productiva y reproductiva. (6)

La propuesta ecosistémica y su metodología denominada "Enfoque Ecosistémico en Salud Humana" o Ecosalud involucra a tres tipos de participantes: a) investigadores y especialistas, b) miembros de la comunidad y c) personas que toman las decisiones, generalmente representantes gubernamentales. (8)

El enfoque de ecosalud es intercultural a más de transdisciplinario, reconoce a los diversos en un mismo ambiente; además destaca el aporte de la comunidad, la investigación no se restringe a los científicos y especialistas de manera que los conocimientos adquiridos y los productos de la investigación puedan integrarse a la vida de las personas. (8)

Los tres elementos de un enfoque ecosistémico: transdisciplinaria, participación y equidad son plenamente interculturales, y salud abren un abanico de posibilidades para discutir los problemas de salud desde lo local, con la participación y compromiso de la comunidad que se convierte en actora y protagonista, agentes del cambio; con múltiples visiones no solo de las disciplinas, sino también de los subsistemas de salud; la equidad es un condición que se consigue con el respeto, la integración y la horizontalidad en el abordaje de los problemas.

2. PRESENTACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA: SALUD

La política de salud intercultural parte de un marco legal y normativo que consta en el documento del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar, Comunitario e Intercultu-

ral articulado con la Constitución de la República, el Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir 2009-2013 y su modificación 2013-2017 y Ley Orgánica de la Salud.

Constitución de la República del Ecuador

La Constitución aprobada en el 2008 define la garantía y ejercicio de los derechos y responsabilidades en función del logro del principio andino del *sumak kawsay* o buen vivir desde una concepción integral de la salud; en varios de sus capítulos y articulados establece derechos y garantías que relacionados con la generación de condiciones saludables como lo menciona en el *Cap. II, Sección 7, Art. 32* de los "Derechos del buen vivir": *La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional".*

En Art. 358 se menciona la interculturalidad dentro del Sistema de Salud: *El Sistema Nacional de Salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.*

El Art. 363 es claro en el rol del Estado con relación a los subsistemas ancestral y alternativo: *El Estado será responsable de: 1. Formular políticas*

públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario. 2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura. 3. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud. 4. **Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa** mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos. No solamente se reduce a reconocerlas, sino menciona el respeto y sobre todo promoción...

Plan Nacional del Buen Vivir

En el **Objetivo 3** señala: "Aumentar la esperanza y calidad de vida de la población": plantea políticas orientadas al cuidado y promoción de la salud; a garantizar el acceso a servicios integrales de salud: el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica; el **reconocimiento e incorporación de las medicinas ancestrales y alternativas**. Y su política 3.5 Reconocer, respetar y promover las prácticas de medicina ancestral y alternativa y el uso de sus conocimientos, medicamentos e instrumentos; **alineada con la Constitución en su artículo 363**.

Ley Orgánica de Salud

El **Artículo 6** menciona que "Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares." **En este caso la atención integral en concordancia con la Constitución y el Plan del Buen Vivir necesariamente incluye la interculturalidad.**

El **Artículo 10** "Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley." **no lo dice tácitamente, pero reconoce una vez más la integralidad, además habla de enfoque que serían ancestral y alternativo.**

Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI)

Dentro de su marco conceptual señala en el capítulo 3, literal 3.3.4 sobre el **Enfoque de Interculturalidad en el Modelo de Atención Integral de Salud y en la Red Pública Integral de Salud**: ... La hegemonía del enfoque occidental en el quehacer sanitario y la incapacidad que han tenido las políticas y programas de salud para comprender, respetar e incorporar los conocimientos y prácticas de salud ancestrales de la **medicina tradicional y medicinas alternativas**, se expresa entre otros aspectos en las profundas limitaciones de acceso a los servicios de salud, especialmente a los pueblos y nacionalidades indígenas y afro ecuatorianos. Para el sector salud el reto fundamental es incorporar de manera transversal el enfoque intercultural en el modelo de atención y gestión, y que los recursos de la medicina tradicional y medicinas alternativas sean complementarios. La incorporación de la interculturalidad implica fundamentalmente un posicionamiento ético y político de reconocimiento y respeto a la diversidad que permita una interacción horizontal y sinérgica, sustentada en el conocimiento, el diálogo y el irrestricto respeto a los derechos de las personas. El fortalecimiento del MAIS-FCI implica por lo tanto definir e implementar estrategias que permitan incorporar el **enfoque holístico de la salud de las culturas ancestrales y operativizar el enfoque intercultural en los diferentes niveles de atención**, Para lograrlo, se requiere, entre otras acciones, la formación y capacitación del recurso humano en el enfoque intercultural, generar actitudes y condiciones para garantizar una interacción con las y los usuarios respetando sus conocimientos y prácticas de salud, con la activa participación de los actores de la medicina ancestral y alternativa, que contribuyan a recuperar, fortalecer y potenciar sus saberes y prácticas en función de una atención integral. Es así que la interculturalidad en salud se vincula como el enfoque que permite la interrelación entre culturas sanitarias distintas, aquella que se da entre los proveedores de salud que tienen en sus orígenes, en su preparación y formación, concepciones y prácticas distintas, contribuyendo a responder adecuadamente a las necesidades de las y los usuarios que por su origen tienen y generan distintas demandas de atención en salud. La organización de los servicios de salud al interior

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

3. TENSIONES Y CONTRADICCIONES EN EL MODELO DE SALUD, DESDE LA INTERCULTURALIDAD

- a) **Predominio de la visión occidental y sus paradigmas:** la política intercultural es declarativa, generando brechas entre la teoría y la práctica; en muchos de los casos la ejecución de los proyectos y programas del Ministerio de Salud no encuentran aplicabilidad a pesar de las jornadas de capacitación y sensibilización a los profesionales de la salud en asuntos interculturales, debido a un predominio ciego en la visión occidental y el modelo biomédico que desconoce otros saberes en salud; ello evidencia la interculturalidad, pensada desde la perspectiva y en función de los intereses, prioridades y temores de la institucionalidad biomédica. (13)
- b) **Tensiones en la formación de recursos:** es evidente un desfase entre la formación teórica y práctica recibida en las facultades de medicina que no preparan adecuadamente al talento humano para el ejercicio profesional una comunidad rural o indígena; lo que genera un distanciamiento entre cosmovisiones y un alejamiento de los sentires y necesidades comunitarios. Entre las consecuencias observadas es notorio que los profesionales itinerantes, no logran dar confianza a la población; el problema de fondo es que la visión desde la racionalidad occidental es solitaria, individual, y en muchos casos menosprecia a los saberes por no considerarlos científicos. (13)
- c) **Normativas verticales:** en la propuesta y programa de censo de agentes interculturales en la medicina ancestral por ejemplo se evidencia la desconexión entre las oficinas centralizadoras y la realidad comunitaria cuando se nombra continuamente a los Yachaks como hombres y mujeres de sabiduría desconociendo otras denominaciones locales como Uwishin en la región amazónica con otras experiencias y prácticas. (13) Otro asunto que muestra estos desfases desde la planta central del MSP por su verticalidad
- manifiesta tiene relación con el denominado parto culturalmente adecuado o parto vertical, se articuló todo un trabajo de “capacitación a parteras” con fondos para todas las provincias, la realidad en el caso de provincias orientales como Morona Santiago y comunidades de la nacionalidad shuar y achuar donde no hay parteras, la asistencia familiar al parto, el rol del esposo, el uso de plantas medicinales diferentes a la vertiente andina, entre otros. (13)
- d) **Invisibilización de la interculturalidad:** debido al predominio del modelo biomédico, los indicadores de salud como natalidad, mortalidad, esperanza de vida entre otros, esconden la realidad en interculturalidad, pues no muestra indicadores interculturales de salud o del buen vivir.
- e) **Inestabilidad en el personal de dirección y su influencia en lo local:** otro factor notorio es la inestabilidad de los profesionales y los directores distritales, provinciales y zonales, que influye notoriamente en la organización y planificación de las unidades operativas, pues el personal itinerante puede identificarse con el proceso de interculturalidad o frenarlo; es decir la interculturalidad depende del humor del Director de la Unidad Operativa y no del proceso en marcha.(13)
- f) **Desconexión con la Academia:** el Ministerio de Salud, la Dirección de Salud Intercultural no articulan un proceso de acercamiento y trabajo con las Universidades, aprovechando las potencialidades de la academia como la Investigación, se proponen por ejemplo estudios retrospectivos con indicadores cualitativos, para desarrollar instrumentos de recolección sobre experiencias de la medicina ancestral con enfoque intercultural. (13) Otro elemento fundamental es la propuesta de investigación transdisciplinaria e intercultural de problemas de salud, respetando cosmovisiones y cosmoconvivencias con la participación comunitaria en condiciones de equidad.
- g) **Reduccionismo de la interculturalidad al trabajo con el parto vertical:** en el mismo documento del MAIS-FIC se mencionan en sus enfoques tan solo “En este sentido, el MSP a través de la Dirección Nacional de Salud Intercultural y Derechos, ha