

SALUD INTERCULTURAL EN CONTEXTOS COMUNITARIOS EN QUITO. MAMA LOURDES: LA ÚLTIMA PARTERA EN EL SUR DE LA CIUDAD

Data de submissão: 14/04/2023

Data de aceite: 02/06/2023

Freddy Enrique Simbaña Pillajo

Universidad Intercultural de las
Nacionalidades y Pueblos Indígenas
Amawtay Wasi. Quito- Ecuador
<https://orcid.org/0000-0002-3682-2271>

RESUMEN: En las comunidades rurales y periurbanas del Ecuador se expone una gran riqueza de saberes relacionados a la conservación de la salud. Existen percepciones, conocimientos y prácticas relativas al embarazo, nacimiento y periodo post-natal que corresponden a una visión del mundo asociada a conceptos holísticos, espirituales y atmosféricos. El presente trabajo investigativo expone el caso de Mama Lourdes, una partera de la comuna de Chilibulo (sur de la ciudad de Quito), quien pone en práctica conocimientos médicos ancestrales, diferentes a los de la biomedicina, para atender a mujeres en estado de gestación, nacimientos y periodo postparto. El proceso etnográfico constituyó entrevistas y conversaciones con usuarias de la parroquia de Chilibulo. También se trabajó con profesionales del sistema de salud y, además, se participó en talleres sobre certificación de parteras comunitarias

entre 2010 y 2014, convocados por la Dirección de Salud Intercultural de Pichincha. Se recurrió a la observación participativa que permitió explorar sobre los usos y costumbres de la medicina andina en las comunas indígenas y campesinas. Finalmente, la experiencia etnográfica mostró que, la medicina andina no se contraponen con la medicina institucional siempre y cuando se tenga una actitud mediadora, de mantener un trato entre iguales, cosa que no es fácil, ya que para que este tipo de trato entre iguales exista, ha de considerarse como iguales a los sujetos con los que se interactúa, lo que implica rebasar la matriz colonizadora que en todo momento parece presente.

PALABRAS CLAVE: Partera comunitaria; Salud intercultural; Comuna Chilibulo; sur de Quito.

INTERCULTURAL HEALTH IN COMMUNITY CONTEXTS IN QUITO. MAMA LOURDES: THE LAST MIDWIFE IN THE SOUTH OF THE CITY

ABSTRACT: In rural and peri-urban communities in Ecuador, there is a wealth of knowledge, practices, customs, and rituals

related to health care. There are perceptions, knowledge and practices related to pregnancy, birth and post-natal period that correspond to a worldview associated with holistic, spiritual and atmospheric concepts. This text presents the case of Mama Lourdes, a midwife in the community of Chilibulo (south of the city of Quito), who puts into practice ancestral medical knowledge, different from biomedicine, to assist women in gestation, birth and postpartum period. The ethnographic process consisted of interviews and conversations with users of the parish of Chilibulo. We also worked with health system professionals and participated in workshops on certification of community midwives between 2010 and 2014, convened by the Directorate of Intercultural Health of Pichincha. Participatory observation was used to explore the uses and customs of Andean medicine in indigenous and peasant communities. Finally, the ethnographic experience showed that Andean medicine is not opposed to institutional medicine as long as there is a mediating attitude of maintaining a relationship between equals, which is not easy, since for this type of relationship between equals to exist, the subjects with whom one interacts must be considered as equals, which implies going beyond the colonizing model that seems to be present at all times.

KEYWORDS: Community midwife, intercultural health, Comuna Chilibulo, south of Quito.

INTRODUCCIÓN

La salud intercultural en América Latina ha significado un gran esfuerzo en la búsqueda de equidad en salud para los pueblos y nacionalidades indígenas, quienes viven en situación de pobreza económica y marginalidad social en el campo y en la ciudad.

Las condiciones de vida y de salud de los Pueblos Indígenas se caracterizan por la pobreza – pobreza sistémica, falta de tierra y territorio, bajos salarios, desempleo, migración/desplazamientos, deserción escolar, índices de analfabetismo femenino, perfil epidemiológico – enfermedades prevenibles. El cuadro de salud muestra alarmantes repuntes de las infecciones respiratorias, desnutrición, enfermedades crónicas, enfermedades diarreicas, alcoholismo, drogadicción, suicidio, VIH-SIDA, trastornos mentales, malaria, oncocercosis y tuberculosis. Más del 40 % de los 120 millones de personas que no tienen acceso a servicios de salud, son indígenas (Humphreys, 2008, pág. 8).

En esta búsqueda, la perspectiva de interculturalidad es como un proceso de transformación y confrontación, la cual contribuirá al reconocimiento de la pluralidad de modelos médicos de la población indígena.

Se entiende la interculturalidad como una relación entre culturas dinámicas, en la cual existe necesariamente reciprocidad, voluntad y horizontalidad, reconociendo que hay espacios de encuentro donde se pueden negociar y otros donde se mantienen las especificidades, respetando las diferencias, mejorando la salud de ambos pueblos, ganándose espacios desde los pueblos originarios y cediendo espacio desde las instituciones oficiales (Narváez, 2012, pág. 19).

Sin embargo, en el Ecuador, existen pocos referentes teóricos sólidos relacionados al significado de la interculturalidad en salud, tampoco se ha trabajado en políticas públicas plenamente conscientes y activas en la adecuación intercultural de los servicios de

salud. En otras palabras, “no hay una verdadera interacción entre la inter-cientificidad, interculturalidad y los Derechos Indígenas en la política pública de salud en el Ecuador” (Inuca, Zapata, & Llivisaca, 2008, pág. 81). Por lo cual:

La salud intercultural termina por ser una estrategia política y económicamente barata para hacer visibles cambios y mantener a los sectores subalternos apaciguados, proponiéndoles una revalorización de su cultura a través del respeto a sus medicinas tradicionales y saberes y, con ellas, la incorporación de terapeutas tradicionales a los servicios de salud como solución a las deficientes condiciones del sistema (Ramírez Hita, 2011, citado en Kanterewicz, 2015, pág. 22).

Este hecho exige generar una reflexión profunda, así como un modelo que permita una solución culturalmente pertinente a los problemas de salud de la población de cada una de las nacionalidades y pueblos del Ecuador.

Y es que, en las comunidades rurales y periurbanas del Ecuador se exponen unas grandes riquezas de saberes, costumbres, rituales, prácticas y usos de plantas en su entorno cultural y social, relacionados a la conservación de la salud, las cuales son utilizadas por personas conocidas como “hombres y mujeres de sabiduría” o “*Yachakkuna*” a quienes se les atribuye el “don de sanar”.

El “don de sanar” puede ser recibido por cuatro medios: a) desde el nacimiento, cuando se ha determinado que tendrá ese don o se sabe que se posee un don especial; b) por aprendizaje, cuando es enseñado por otro sanador; c) por recibir una “llamada”, lo que generalmente ocurre durante un sueño, trance o visión de un ser considerado con dones especiales; d) por recibir de otro sanador su potencial por medio de la “luz” que una persona irradia y hacérselo saber (López, Cataño, López, & Velásquez, 2011, pág. 289).

Para el caso que aquí nos ocupa, entre los diversos patrones de percibir la salud y la enfermedad, existen percepciones, conocimientos y prácticas relativas al embarazo, nacimiento y periodo post-natal que corresponden a una visión del mundo asociada a conceptos biológicos, holísticos, espirituales y atmosféricos (frío-calor).

Diversos estudios muestran que grupos étnicos, sociales y económicos presentan patrones distintos en forma en cuanto cómo perciben la salud/enfermedad y la forma cómo actúan frente a ella. Las subculturas populares, resultado de mezcla de diversos elementos culturales, tiene modelos conceptuales para explicar el origen de la enfermedad; estos van desde concepciones mágicos-religiosas, hasta el extremo positivista. Pasan por el espectro de variadas interpretaciones y prácticas de diagnósticos, prevención, tratamiento y rehabilitación acordes con esa cosmovisión (López, Cataño, López, & Velásquez, 2011, pág. 290).

En las comunidades indígenas podemos encontrar esos *otros* patrones en las mujeres comunitarias de sabiduría o las que prestan servicio de salud en el ciclo de embarazo las cuales son denominadas “parteras”; mujeres que conocen de las plantas, sus

1 Término kichwa que significa: sabios, curanderos o los que tienen sabiduría y conocimientos en la salud andina.

preparaciones, de medicinas originarias en los países andinos los cuales difieren mucho de los modelos establecidos por la biomedicina.

En la biomedicina encontramos una serie de médicos que a lo largo de un período largo de estudios universitarios se especializan en un campo determinado (cirujanos, cardiólogos, ginecólogos, oftalmólogos, pediatras, endocrinólogos, etc.), del mismo modo dentro de las medicinas tradicionales, encontramos una serie de especialistas que ejercen su competencia e acuerdo con su conocimiento empírico o bien mediante una designación sobrenatural (a través del Rayo o la deidad Illapa). Es así que existen especialistas aymaras conocidos por su conocimiento en farmacopea tradicional (*qulliris*), parteras/os tradicionales (*usuyiris*), y los que se desenvuelven en las medicinas rituales (*yatiris*). De esta manera intervienen concepciones distintas respecto a la salud, la enfermedad, la persona, el cuerpo, lo espiritual y, por ende, en cómo efectuar el tratamiento y la curación (Cerball, 2006, pág. 245).

El aprendizaje de las parteras se ha ido adquiriendo a través del tiempo, de generación en generación y son ellas quienes garantizan la permanencia del diálogo de saberes, la sistematización de experiencias, la complementariedad con la ciencia y su aplicación. Sin embargo, son muy pocas las mujeres que siguen practican, y transmiten ese conocimiento a sus descendencias y continúan dando asistencia a los partos en sus territorios como lo hace Lourdes Rojano, más conocida como “Mama Lourdes”. Esto podría deberse a que países considerados en vías de desarrollo no cuentan con escuelas o instituciones que brinden servicios de profesionalización de parteras académicamente.

En el caso de las periferias de Quito (Ecuador), estas prácticas se mantienen aún hoy en día y no solo en Quito, sino en varias zonas rurales del país. Por lo cual, en 2004, la Dirección de Salud Intercultural Secretaría de Salud creó el “Programa de Parteras”. En la actualidad, la práctica de la “partería” se ejerce con plena libertad; y no solo eso, sino que las mismas autoridades de salud entienden que en nuestro país son estas mujeres las que atienden los alumbramientos en las comunidades más aisladas, a donde no llegan los servicios de salud de manera efectiva.

ANTECEDENTES

La Constitución de la República del Ecuador (2008) (publicada en el Registro Oficial 499 del 20 de octubre de 2008), incluye varios artículos que favorecen la transformación sectorial de la salud en relación directa con el objetivo de la garantía de los derechos constitucionales².

El artículo 32 de la Constitución establece:

El Estado garantizará este derecho [a la salud] mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y

² Así, establece en el Art. 358 la función y principios que rigen al Sistema Nacional de Salud, como en el Art. 359 su conformación, y promueve el desarrollo del recurso humano en salud (Art. 363).

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, generacional y de derechos (Constitución de la República del Ecuador, 2008, pág. 29).

El Derecho a la salud es un deber primordial del Estado (Art.3; 1), así como, la protección del patrimonio natural y cultural del país (Art.3; 7), según la (Constitución de la República del Ecuador, 2008, págs. 16-17), y, está amparado con el decreto 169 de OIT los derechos de los indígenas (ONU, 1989).

A pesar de ello, durante las últimas décadas, el Modelo de Atención de Salud en el país se ha caracterizado por ser “institucional y sectorialmente fragmentado, inequitativo e ineficiente, orientado a proporcionar una atención individual y biológica, bajo una organización burocrática, de gestión centralizada e ineficaz, con financiamiento insuficiente y distribución desigual” (Ministerio de Salud Pública, 2008, pág. 1).

El Nuevo Modelo de Atención Integral en Salud deberá implementarse desde los enfoques comunitario familiar e intercultural. Deberá incorporar las prácticas de las medicinas tradicionales y alternativas, y deberá basarse en la atención primaria y la promoción de la salud. En este sentido, “Salud Intercultural o Interculturalidad en Salud se puede entender como una serie de acciones que implican en primer término tomar conciencia de la cultura del paciente, para poder asimilarla y luego incorporarla en el proceso de atención de salud” (Pariasca, 2004, pág. 102).

Hasta el presente, no se ha definido un modelo de atención en salud que tome en consideración el ciclo vital con enfoque concreto de interculturalidad, priorizando las necesidades de las comunidades excluidas y que al mismo tiempo sirva como mecanismo para tomar decisiones técnicas, gerenciales, financieras y de intervención que reflejen la satisfacción del usuario y mejoren la calidad de vida de las familias y de las comunidades, incluyéndolas de forma equitativa y solidaria en la sociedad y producción del país.

La aplicación del modelo de interculturalidad en salud plantea una convergencia entre dos sistemas de conocimiento que reposan en distintos marcos epistemológicos y promueve su encuentro para el beneficio de la población involucrada en la atención sanitaria dentro de las zonas de cobertura médica indígena. De esta manera, se requiere que un segmento de los actores involucrados, a saber, el personal médico, cuente con un mínimo de herramientas, conocimientos, aptitudes y actitudes que le permitan transitar de su modelo médico hacia la comprensión del modelo de salud de su paciente, sin que por ello tenga que abandonar su práctica o sus saberes médico-académicos (Guzmán, 2016, pág. 13).

No se debe desconocer que el Ecuador tiene sociedades milenarias que están integradas e interrelacionadas con diversos pueblos, nacionalidades y grupos humanos, a través de varios procesos históricos en la conformación de estado-nación. En lo que se refiere a la salud, en el Estado ecuatoriano se conoce dos sistemas de salud: sistema de

salud pública y el sistema médico tradicional.

La variedad de concepciones, saberes y prácticas para explicar el fenómeno salud/enfermedad y conseguir la recuperación o mantenimiento de la salud es tanta como variados son los grupos humanos en el planeta, “En las culturas originarias aún vivas de los distintos continentes existen ideas de salud/enfermedades diferentes a la nuestra, occidental” (Mena, 2004, pág. 2).

El estudio de la salud y la enfermedad requiere tener en cuenta no sólo elementos biológicos, sino también sociales, culturales, económicos, psicológicos y éticos si pretende conseguir todos los fenómenos implicados en la ciencia y en la actividad que llamamos medicina.

Es aquí donde la antropología tiene un papel muy importante en la defensa de los derechos, oralidades, lenguas, saberes colectivos y patrimonios de los pueblos y nacionalidades indígenas, realizando investigaciones antropológicas en el territorio, donde obligadamente tenemos que estudiar las relaciones de parentesco, rituales, prácticas de salud, sanación, prestigio, ya que al interior de estos encontramos muchas respuestas en los diferentes ámbitos del derecho indígena: político, económico y jurídico.

[...] concierne a la antropología, i) identificar los patrones culturales repartidos por los colectivos de individuos; ii) inferir sobre lo que existe en común en las acciones, atribuciones de sentido, significados y simbolismo proyectados por los individuos sobre el mundo material y “natural”; iii) ponderar sobre la experiencia de vivir en sociedad, sobre enfermarse y cuidarse, definiéndola como experiencia eminentemente intersubjetiva y relacional, mediada por el fenómeno cultural (Langdon & Wiik, 2010, pág. 180).

Pero también se le debe permitir ejercer las funciones compatibles a los agentes hombres y mujeres de la medicina andina en sus jurisdicciones, territorios, y tomando en cuenta la variable movilidad humana (migración) y lo urbano. Cuando se lleve a cabo este último punto, los integrantes de los pueblos y nacionalidades indígenas ejercerán sus derechos plenamente.

METODOLOGÍA Y ACERCAMIENTO

Para el desarrollo de esta investigación se ha empleado variadas y complementarias fuentes de información para razonar los componentes que indiquen el sistema y la práctica de Salud Intercultural en la comuna Chilibulo, zona Sur de Distrito Municipal de Quito – Ecuador.

Para lo cual, se ha utilizado una compaginación de fuentes primarias y secundarias. La información se recopiló a través de la observación participativa, entrevistas, diálogos y registros con mujeres embarazadas que siguen confiando en la medicina alternativa (andina-tradicional) en ciclo de posparto, parto y el cuidado durante la gestación y luego del alumbramiento, donde estas prácticas, desde el sistema social actual, se dominan como

“Salud Intercultural”.

El proceso etnográfico se desarrolló en la comuna. Chilibulo³ en el período comprendido entre 2010 y 2016, con la única partera comunitaria, la señora Lourdes Rojano, más conocida como “Mama Lourdes”. Los registros de las conversaciones con las usuarias están generalizados para preservar el anonimato de todas las mujeres que acuden a este sistema de salud (medicina).

Este trabajo busca que los resultados del análisis, y desde la experiencia de la partera, tengan potencial importancia para iluminar y enriquecer aproximaciones sobre salud intercultural y la participación de las mujeres en temas de salud.

La antropología en la salud es un espacio para entender cómo la cultura y cómo en cada tipo de sociedad las personas buscan un equilibrio emocional y un modo de vida saludable y cómo este puede ser un instrumento de poder. La salud puede parecer una conquista o puede entenderse como un derecho, pero en constante equilibrio y disputa entre lo social y lo individual.

La antropología médica, es una subdisciplina que entiende la salud en el ámbito de la cultura, comprende el trinomio salud – enfermedad – atención, como universal, frente al cual cada comunidad humana ha debido desarrollar una respuesta específica, lo que otorga suficiente variabilidad. Estudia las dimensiones biológicas, psicológicas, culturales y sociales, que determinan el modo en el que las personas entienden la salud y sus problemas de salud. Tiene como objeto de estudio y análisis, los distintos sistemas, creencias y prácticas respecto a la salud y al proceso respectos a la salud – enfermedad – atención en cualquier tipo de sociedad (Díaz Bernal, Aguilar Guerra, & Linares Martín, 2015, pág. 4).

Entender la realidad en la salud, demanda conocer la cultura y hasta la etnohistoria. Es decir que, “la antropología es el nexo entre lo biológico y lo social, en definitiva, es una síntesis biocultural” (Díaz Bernal, Aguilar Guerra, & Linares Martín, 2015, pág. 4). Pero también la antropología tiene sus limitaciones en la perspectiva sobre la salud:

La ausencia de investigación o reflexión antropológica sobre determinados aspectos de la realidad vinculadas al proceso salud – enfermedad – atención, hace que los aspectos sustantivos de algunos procesos bioculturales, solo sean considerados en forma parcial por otras ciencias sociales y del comportamiento [...] (Díaz Bernal, Aguilar Guerra, & Linares Martín, 2015, pág. 9).

Al ser la cultura una prerrogativa fundamentalmente humana, esta se exalta en cualquier análisis posible, para y por, sobre todo, generar teorías, métodos y prácticas culturalmente competentes. De ahí la importancia de considerar a la salud también como un espacio antropológico.

³ La comuna de Chilibulo está ubicada en la parroquia La Magdalena, zona Sur de Distrito Municipal de Quito – Ecuador.

EXPERIENCIAS DE PARTERAS EN ECUADOR

La falta de respeto a la cultura y falta de relevancia en el cuidado que se proporciona en los centros de salud; la separación cultural entre la visión bio-médica de los prestadores de salud y las visiones tradicionales sobre embarazo y maternidad entre las comunidades andinas y amazónicas, han generado sentimientos de desconfianza entre las madres y sus familias que conllevan a un posterior desaliento en el uso de los servicios públicos de salud.

Rebeca Lechón, partera comunitaria del Pueblo Kayambi con referencia a la salud menciona que:

[...] La salud es realizar sus actividades cotidianas con alegría conversando, trabajando con mucho ánimo, estar sanos, físicamente, espiritualmente eso da la tranquilidad. [...] La Pacha Mama, necesita cuidado, necesita tener abono, agua, cariño, así mismo son los niños y todas las personas para estar sanos. Cuando de salud hablamos es porque podemos desarrollar todas las actividades con normalidad, labrar la tierra, sembrar, cosechar, lavar, recoger leña y estar tranquilas con toda la familia, y con la bendición del Taita Dios (Comunicación personal, Lechón, 2010).

Diversos estudios han mostrado que la mortalidad materna y perinatal puede disminuirse gracias a la vinculación de parteras debidamente capacitadas en las comunidades rurales e indígenas ecuatorianas. La presencia de una partera capacitada y capaz de realizar sin riesgos funciones ampliadas con respecto a la maternidad, resultó ser una forma eficaz de reducir la mortalidad perinatal. Para Olivé:

[...] El derecho de los pueblos a la diferencia, entendido como el derecho de sus miembros a ser reconocidos como pertenecientes a ese pueblo y a disfrutar de ciertos beneficios en virtud de ello, tanto como el derecho a decidir de manera autónoma sobre sus formas de vida, sobre su desarrollo y sobre el manejo de sus recursos materiales, no son incompatibles con el derecho a participar en la vida política, económica y cultural de su sociedad nacional y de la sociedad global (Olivé, 2014, pág. 28).

Así también, con la creación del primer programa de capacitación formal continua de parteras: “[...] como política de salud en todo el país, como una estrategia para mejorar las coberturas y disminuir la morbimortalidad perinatal, trae resultados satisfactorios [...]” (Ministerio de Salud Pública, 2008).

La implementación estratégica en la atención de la mujer gestante, en la atención del parto y del post parto en las zonas rurales y periurbanas requiere fortalecer las capacidades institucionales, adaptándolas a la cultura de los usuarios, incluyéndolas a la práctica médica para resolver las principales complicaciones del embarazo y nacimiento, mejorando, de este modo, los servicios e incrementando su cobertura.

Brevemente, entre los “remedios” utilizados por Mama Lourdes⁴:

4 Lourdes Rojano es partera comunitaria perteneciente a la Comuna Chilibulo Marcopamba La Raya del Pueblo Kitu Kara de la Nacionalidad Kichwa. Es partera comunitaria respaldada por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Lidera el proceso de mujeres parteras de la Dirección de Salud Intercultural en la provincia de Pichincha. Dirige el Centro de Sanación y de salud intercultural – Chilibulo-. Es lideresa comunitaria y gestora cultural.

[...] utilizo la pepa de chirimoya, la hoja de higo, el ramo bendito y la panela para aumentar las contracciones de las mujeres antes del parto [...] Yo sé que mis agüitas son milagrosas, han curado quistes e infecciones, sin necesidad de cirugía ni de pastillas [...] (Comunicación personal, Rojano, 2013).

Como el oficio de partera es un legado cultural que hace parte de la herencia familiar, es necesario mejorar las prácticas de las parteras, continuando los programas de capacitación que permitan la replicación generacional de conocimientos apropiados en el área u territorio.

La existencia y trascendencia de las parteras se debe a la sabiduría que conservan desde tiempos ancestrales, son parte de la comunidad y no tienen un fin lucrativo. Las parteras comunitarias no solo conocen e intervienen en el ámbito reproductivo de la mujer, sino también, como madres, orientan, educan a la mujer, al hombre, a la familia, sobre el cuidado de los hijos en la salud, en la alimentación desde el recién nacido, las relaciones afectivas de la familia, etc.

Las parteras comunitarias en las zonas rurales y periurbanas marginales, como otros actores de salud que ejercen la medicina andina, cumplen un papel preponderante e irremplazable en cada una de sus localidades porque son parte de sus culturas, como en comunidades de Loreto, provincia de Orellana;

La cultura kichwa de Loreto basada en su concepción histórica y su accionar; mantienen viva la sabiduría ancestral a través de sus prestadores de servicio de salud como son los *yachakkuna*, parteras, promotores de salud, considerados especialistas en la medicina indígena que enfrentan distintas categorías de enfermedades apoyándose en uso y manejo de las plantas medicinales (Alvarado, 2016, pág. 3).

Sintiéndose no autoras ni activos miembros del restablecimiento de la salud, las parteras son personas bastante abiertas a la incorporación de nuevas prácticas incluso de aquellas que no pertenecen a su propia tradición médica, como es el caso de la medicina occidental. "(...) la Asociación de parteras han fortalecido el sistema de medicina tradicional kichwa promoviendo la interacción con el sistema formal de salud" (Alvarado, 2016, pág. 31).

Evidentemente, no se trata de una medicina institucionalizada con normas y códigos sancionados por profesionales iniciados en la disciplina. La medicina andina vive en cada familia y comunidad, es local y circunstancial y lo que es bueno para una persona no necesariamente lo es para otra. Como argumentan ellas, cada persona es diferente y, por cierto, cada parto nunca es igual.

En otros casos, las propias curanderas o parteras argumentan que el saber no reposa en ellas, ni siquiera en su cuerpo. El saber para ellas y en ciertas ocasiones reposa

Lourdes Margarita Rojano nació el 18 de julio de 1959 en Píllaro- Ambato. A sus 5 años llegó a vivir al barrio de La Colmena y luego a la Magdalena-Chilibulo, al sur de Quito, con sus padres. Como partera, ha ayudado al nacimiento de más de 600 niños y niñas. Estudió en la escuela nocturna Roberto Cruz hasta la primaria. Ha realizado cursos de costura y primeros auxilios. Está casada con Nicolás Tituaña. Ayudó en partos desde que tenía 10 años de edad. Hoy, sus conocimientos los transmiten a su hija menor Joselyn (19 años).

en la propia planta:

[...] Es la planta la que te ha curado. Las hierbas para curar se recogen temprano en la mañana, antes de que salga el sol, cuando está mojado con rocío. Si lo recoges cuando el sol ya le cayó ya no es remedio, la planta ya no escucha, ya no cura. La planta es remedio... Así yo recojo [...] (Comunicación personal, Rojano, 2013).

Las parteras basan sus conocimientos en saberes, prácticas, ritos e interpretaciones cosmogónicas que son transmitidos desde sus antepasados, donde identifican las enfermedades con su propio lenguaje y visión del mundo, explican las causas de los males que pueden ser físicos, biológicos, humanos; influencias de los fenómenos naturales, de las deidades o divinidades, sean cuales fueren las causas, son concededoras de la cura o del alivio y prevención.

Corresponde a profesionales hombres y mujeres que intervienen en las prácticas de atención de la salud estatal, reflexionar sobre la problemática de salud que aqueja a los pobladores de comunidades y pueblos a niveles urbanos marginales y rurales de nuestro país, aquellas medicinas andinas que como tratamiento natural, muestran su plena vigencia.

Actualmente, existe una sólida identificación social y cultural entre usuarias de la medicina andina con las parteras, porque estas ejercen un alto grado de liderazgo dentro de la comunidad donde residen y comparten los códigos de adscripción colectiva. Es importante anotar que mientras existan lugares distantes, de difícil acceso o problemas de seguridad pública, las parteras son el único recurso con que cuentan las comunidades para afrontar los problemas de salud.

Los conocimientos que adquieren los y las jóvenes profesionales en las universidades de medicina presentan un gran vacío sobre el conocimiento sociocultural, lingüístico y del saber de la comunidad, no de la forma tradicional de ubicar a los pueblos en un plano inclinado, en una visión lineal progresiva donde en el peldaño inferior se ubica el saber de la comunidad y en la cúspide el conocimiento científico. El saber de la comunidad es solo un saber diferente y tan equivalente como cualquier otro saber. Los saberes culturales y ancestrales no deberán jerarquizarse, ello limita el diálogo intercultural.



Figura 1. Wayrata pichay (Curación - limpia de mal-ventado). Mama Lourdes Rojano.

Fuente: Autor (2016).

La antropología de la salud propone ensayar un diálogo permanente entre el saber tradicional y moderno, de optar por lo natural y fisiológico en beneficio de la madre y el niño, y por ende de la familia y de la sociedad. No se trata de transformar los servicios de salud en la expresión del saber de la comunidad, sino más bien en reforzar el papel que cumplen los profesionales de la salud en su rol de servicio y atención a la comunidad.

Una de las propuestas será elaborar estrategias sostenibles de salud enmarcadas en la cultura de los pueblos, mediante un trabajo de concertación con instituciones afines e involucradas en salud intercultural. “El involucramiento de las dirigencias, parteras comunitarias, promotores de salud, mujeres líderes y comunidades han sido de suma importancia en la formulación, ejecución y evaluación de las acciones de atención primaria de salud con enfoque intercultural” (Alvarado, 2016, pág. 41).

Finalmente, las leyes formales sólo sirven para sociedades estáticas; mientras que en sociedades plurales rigen los principios dinámicos y variables como las diversas cosmogonías de pueblos andinos, costeros y amazónicos.

ZONA DE ESTUDIO – TERRITORIO COMUNITARIO

La Comuna⁵ de Chilibulo, Marcopamba, La Raya está ubicada al sur occidente de Quito, en la provincia de Pichincha. La población originaria y sus anexos: Machangarilla, Tarma, Marcopamba, Chilibulo y La Raya fueron en su mayoría agricultores desde tiempos prehispánicos.

5 Las comunas y comunidades presentes en la ciudad de Quito son territorios con continuidad histórica que responden a una forma de organización territorial colectiva cimentada en la propiedad comunitaria de la tierra. Esta permanencia se expresa en lo que ahora llamamos Ayllu (familia) que se fundamenta en los principios de Ranti-ranti (reciprocidad), Puray (integridad), Tinkuy (relacionalidad) y Yanantin (complementariedad), que son la base de la identidad intercultural y la plurinacional.

La comuna está situada en la zona montañosa de la parroquia Chilibulo. Estas condiciones geográficas del lugar han incrementado índices de marginalidad y segregación, siendo una zona donde se vive en extrema pobreza. Siendo la población campesina y población originaria de Chilibulo la más afectada.

[...] Quienes vivían cerca del pueblo se dedicaron a la producción y comercialización de hortalizas y sobre todo de chochos. En el suelo estos productos se sembraban ordenadamente, en forma alternada y de acuerdo con el calendario agro astronómico [...]. (Simbaña, 2008).

El 15 de noviembre de 1937, se constituyó la primera directiva comunal. Uno de los oficios conocidos en esta comunidad, desde por lo menos los siglos XIX, fue la elaboración de tejas.

EL OFICIO DE PARTERAS EN LA COMUNA DE CHILIBULO

En esta población, la maternidad ha sido desde siempre atendida por parteras, y el prestigio del que gozan las parteras comunitarias: la labor de seguimiento del embarazo; la atención hacia la parturienta, la familia y el recién nacido el día del parto; y en el importante servicio que han de realizar los 40 días siguientes al alumbramiento.

Así vemos que, el servicio de las parteras no se restringe a la atención en el momento del parto, es todo el trabajo previo y posterior lo que nos ayuda a entender por qué continúan siendo muy solicitadas. Esto junto con la falta de asistencia médica que hay en estos lugares tan alejadas de los centros urbanos.

La partera asiste con visitas periódicas mensuales a las mujeres que están embarazadas, calculando con ellas el día del alumbramiento. El seguimiento se acompaña de una revisión en la que han de dar un ligero masaje en el vientre de las embarazada aceitándolo, el masaje, que es muy suave y se realiza de la cintura hacia el pubis, servirá para estimular al producto y hacer que se vaya acomodando, a la vez que se le aplica aceite a la piel del vientre, para que este no se lastime por la resequedad que va a sufrir en el proceso.

El día del parto la mujer es acomodada en cuclillas, en ocasiones ayudada del esposo, si no se detiene de una cuerda que fijan en el techo de la vivienda. La mujer va a parir, mientras la partera recibe al niño, le corta el cordón umbilical y lo persigna. Después de darlo a otra persona, ayuda nuevamente a la mujer para que arroje la placenta, apretándola con un rebozo o una cinta gruesa en el vientre, mientras va arrojando agua caliente para que se dé el segundo parto, como le llaman a expulsar la placenta.

A continuación, prepara la placenta que el padre ha de enterrar en el horcón de la casa y de esta manera dar continuidad al sostenimiento de la familia: “Y la placenta (continúa la partera) también no debe de irse sola, tiene que ir con un pedazo de la camisa del papá, cómo se va a enterrar, casi por lo regular al pie del horcón de la casa, y se le va

a echar palma bendita” (Comunicación personal, Rojano, 2013).

Hay parteras que desde antes del parto ya han dejado preparando un caldo de gallina para madre y la familia, por lo general ya se tiene apartada la gallina para esa ocasión.

El compromiso de la partera termina hasta los 40 días, el recién nacido y la madre acuden a un baño con flores, que es un ritual de fertilidad, que consiste en el agradeciendo a la tierra con mediante rezos, ante una cruz cubierta de flores y dándole de beber a la misma agua: una bebida caliente, acompañados de soplos de aguardiente de caña al alrededor del cuerpo. Y, siempre insistiendo en el cuidado a las madres sobre el cuidado y precaución para evitar el frío y la movilidad excesiva.

Así, las parteras se convierten en Madrinas: “Nosotros somos las madrinas y las abuelas. Yo tengo compadres que me dicen comadre, no soy madrina de ellos, nomás por el hecho de haber atendido su parto” (Comunicación personal, Rojano, 2009).

En lo concerniente a su salario, este no está establecido; pueden recibir el día del parto un kilo de azúcar, 20 dólares, una gallina o incluso nada. Pero el reconocimiento de la comunidad es bien claro hacia estas personas, que no solo atienden el parto, sino que además son, por lo general, curanderas de la comunidad.

El trabajo de la partería también se explica por la falta de recursos que les permitan conseguir lo indispensable para la subsistencia. No hay alternativas de empleo en estas comunidades y aunque sea poco lo que se obtiene, es mejor a no tener nada. También hay que reconocer en estas mujeres el precario ingreso que reciben por sus servicios como médicos tradicionales. El gozar de prestigio les permite conseguir ayudas de los miembros de la misma comunidad y eso en una emergencia llega a ser muy valioso.

LA ÚLTIMA PARTERA COMUNITARIA DE LA COMUNA DE CHILIBULO

Al tener contacto en su domicilio, empezamos a conversar, las siguientes informaciones son datos de conversaciones, diálogos y no tanto de entrevistas estructuradas, sino de una comunicación durante la instancia de la investigación.

[...] Me ganaba algunos sueres por comprar las hierbas para Doña Sofía, la partera de La Colmena. Ella me enseñó qué hacer para que las mujeres den a luz. Me recordaba no temerle a la sangre. Para las mujeres, parir es algo natural. La mayoría de mis clientas me visita porque el médico les diagnostica una cesárea, pero con masajes yo posiciono al bebé para que salga de forma normal, menciona Lourdes Rojano (Comunicación personal, Rojano, 2009).

Mamá Lourdes’, como la llaman sus vecinos del barrio y de la Comuna de Chilibulo, ha generado responsabilidades y liderazgo en la comunidad. Varias personas muy por la mañana asisten a su consultorio para los chequeos y consejos que otorga.

Aún recuerda su primera experiencia, a los 12 años: “Mi hermana Victoria fue el primer bebé que recibí. Así mismo mi mamá tenía dolores de parto, pero mi hermana no

salía. Hice lo mismo que la partera” (Comunicación personal, Rojano, 2009).

También nos cuentan sobre su historia de cómo llegó a Quito, en particular a la Colmena y a la comuna Chilibulo porque su familia es nativa de Píllaro-Ambato.

[...] Mi mami dijo que mi papi se iba a trabajar y que nosotros nos íbamos a quedar solos. Y así fue, mi papi se vino a Quito. Nosotros llorábamos por mi papi porque no sabíamos ¿cómo será la capital?, ¿qué será Quito? ¿dónde será? ¿será grande, será pequeño? Ya era una confusión total ponernos a pensar [en] todo eso [...] Mi papi vino a trabajar acá a Quito, acá a Quito a buscar trabajo, lo cual no encontraba [...]

[...] La primera salida en que vinimos a verle a mi papi y mi mami no nos quería traer; o sea, era bien duro porque para Pillaro había solo un carro, un carro que venía para acá a Quito porque las carreteras hubo después. Entonces, la primera salida ¡Dios mío! yo cómo le seguía a mi mami para que me traiga; [ella] a él le decía que no, que no nos quería traer, pero si una vez porque yo era la más consentida de mi papi y me decía: “ya, ya, ya, te voy a llevar a ver a tu papá” y me acuerdo que yo salí como estaba [...] Llegando acá a Quito fue fatal porque el campo, acá fue bien distinto [...]

[...] El bus que veníamos a Quito, nos dejó en San Roque; vimos un mercado y ahí nos amanecimos y fue algo tan triste porque en verdad mi mami abrazada a nosotros y las ratas pasaban; yo nunca me he de olvidar de eso [...]

[...] En el sector de la Colmena. Ahí si nos arrendaron un terreno grande con casa [en donde] sembrábamos de todo, así como [en] el campo. Mi mami, igual como eran tres, casi cuatro cuartos, tenía cuyes igualito al campo; tenía todo, todo, todo tenía, tenía cuyes, chanchitos, tenía borreguitos, o sea, trajo lo mismo de allá para acá [...]

[...] Vamos al mercado, y yo pues igual vendía lechuga. Claro que sin zapatitos me ardían los pies por el caminar, pero a las doce yo terminaba, de ahí la señora se alzaba [partera] a las dos o a las cuatro de la tarde y ahí si llegaba, y desde ahí me enseñó la señora a ser, cómo le digo, una persona responsable. Me decía llevemos compras para la mamá, entonces llevábamos con la señora las compras. Sabíamos comprar carne, harina y llevábamos a la casa [...] Aquí no conocíamos escuela, ni yo ni mi hermano o sea sin escuela vivíamos [...] (Rojano, comunicación personal, 2009).

Pero luego pudo entrar a la escuela nocturna Roberto Cruz hasta el sexto grado. Aunque quería estudiar enfermería no pudo por falta de dinero. En 1997 se especializó en dos cursos de primeros auxilios en el Servicio Ecuatoriano de Capacitación Profesional. Allí aprendió a inyectar, a detectar signos vitales, a controlar hemorragias y pospartos. “Después de seis meses de estudio me gradué con 18 sobre 20. Ahora uso guantes, mascarilla y una bata para atender a mis pacientes” (Rojano, comunicación personal, 2013).

“La gente me viene a buscar desde varios sectores de Quito, como Cotocollao y El Girón. Algunas personas después de pagarme me dejan canastas de frutas, como agradecimiento” -cuenta ser devota de la Virgen de El Quinche- “No he tenido ninguna complicación en los partos porque siempre me encomiendo a la Virgencita antes de recibir a un niño” (Comunicación personal, Rojano, 2013).

Sus hijos Juan Carlos (28), Mariana (26) y José (23) nacieron en su casa con ayuda de otra partera. “La mejor posición para dar a luz es de rodillas, lo hice así con tres de mis hijos. A la mayor Doris (30) y a la menor, Josselyn (11) las tuve en el hospital” (Comunicación personal, Rojano, 2013).

Pero sus oficios no se acaban en hacer dar a luz. ‘Mamá Lourdes’ también integra el Ballet Folclórico Chilibulo y participa en las ferias de comidas típicas. Sin embargo, su sueño, igual que cuando era niña, es ser enfermera. “Lo que más quisiera es tener un consultorio propio y que el Ministerio de Salud me ayude con los certificados de niño nacido vivo para darle a mis clientas” (Comunicación personal, Rojano, 2009).

Entre las plantas medicinales que utiliza, menciona los siguientes:

[...] La ortiga: Sirve para el dolor de cabeza y los calambres, pues un atado de sus ramas se emplea para ortigar en el sitio donde se siente el dolor.

La ruda: Es una planta de fuerte aroma, se utiliza para limpiar el espanto, mezclada con la hierba de santa maría y congona. Se siembra en los huertos para ahuyentar a los moscos.

La pepa de chímbalo: Sirve para hacer un collar con sus pepas y colocar en el cuello del niño a quien se le ha levantado el espanto.

El piquiyuyo: Cuyas ramas en infusión a las que se añade siete granos de morocho tostado se usa para apresurar el brote de los granos eruptivos como el sarampión o la varicela en un niño, se le da de tomar.

La calaguala: Sirve para el dolor de los riñones mezclada con otras plantas.

El llantén: Se utiliza para colocar en forma de emplasto en los hematomas producidos por un golpe, con ello se logra aliviar el dolor y desinflamar la parte afectada. Las hojas de esta planta en infusión y mezcladas con granos de linaza tostados se toma para el dolor de los riñones.

La manzanilla: Se usa en infusión para calmar el dolor de estómago.

El orégano: Sirve no sólo para condimentar la comida, sino que en infusión se utiliza para el dolor del cólico menstrual.

Las plantas de toronjil y orégano: Juntas en infusión y con unas gotitas de limón más una pizca de bicarbonato sirve para el colerín.

La hoja y la flor del tipo, en infusión, se utilizan contra la tos, y molidas con el choclo tierno condimenta de manera exquisita la colada de choclo.

Las hojas y las flores de la trinitaria: En infusión, sirven para aliviar el empacho de los niños o el dolor del estómago.

La ortiga, la santa maría, la ruda y el marco: Se utilizan para limpiar el espanto. [...] (Comunicación personal, Rojano, 2009).

Ella menciona: “yo sé que mis agüitas son milagrosas, han curado quistes e infecciones, sin necesidad de cirugía ni de pastillas” (Comunicación personal, Rojano, 2009), lo hace dando valor a los conocimientos que ella posee, que son igual de válidos que los de la biomedicina y han dado sus resultados.

Hoy vive en la calle Gualleturo en Chilibulo, dos cuadras al frente del Hospital del

Sur de Quito. Apoya en alumbramientos y a la colocación del niño/a en buena posición o para “encaderar” que consiste en (fajar su vientre después del parto). Atiende, al menos, a tres personas a la semana.

[...] La gente me viene a buscar desde varios sectores de Quito, como Cotocollao, Tumbaco y Calacalí. Algunas personas, me dejan canastas de frutas y comestibles, como agradecimiento” “No he tenido ninguna complicación en los partos porque siempre me encomiendo a la Virgencita y a las montañas antes de recibir a un niño [...] (Comunicación personal, Rojano, 2013).

En las paredes de su consultorio se cuelga varios certificados y diplomas. Y en el centro la “bandera de Bolivia”, el último país que visitó.

Mama Lourdes es la última persona que ejerce esta práctica en todo el sector. Actualmente trabaja en conjunto con médicos y enfermeras de la salud intercultural, quienes han reconocido la labor de las matronas. Ha intercambiado con varios pueblos y nacionalidades sus saberes de salud tradicional y colaborada con médicos y escuelas de medicina de universidades a nivel nacional, quienes a su vez le han otorgado el respeto y consideración respectivos por el oficio de partera comunitaria. De hecho, Mama Lourdes lidera el colectivo de parteras comunitarias de la Dirección de Salud Intercultural de Pichincha del Ministerio de Salud Pública.



Figura 2. Acompañamiento en el embarazo. Mama Lourdes hasta la presente fecha ha realizado aproximadamente 500 partos en la comunidad.

Fuente: Autor (2014).

HACIA EL SISTEMA INTERCULTURAL DE SALUD ECUATORIANO

La diversidad étnica y cultural en Ecuador, no debe considerarse como un obstáculo al desarrollo y progreso, más bien constituye en sí, una riqueza y la posibilidad de tener distintas formas de nacer, pensar, vivir, actuar y morir.

Para dialogar y debatir sobre el presente y planificar el futuro hay que conocer el pasado. Pero, paradójicamente, el sistema educativo ha sido uno de los responsables de quitarnos la posibilidad de conocer nuestra historia. Bajo la mirada de un estado monocultural históricamente excluyente, se han tejido procesos higienistas que destruyen procesos culturales y desmantelan saberes locales.

[...] La enseñanza de los saberes indígenas en las escuelas, para que fuera culturalmente pertinente, debería presentarse a partir de un ordenamiento que siga los esquemas de pensamiento y la lógica o racionalidad –visión del mundo– con las que los han desarrollado los pueblos y nacionalidades indígenas. Una tarea pendiente para lograr esto es la construcción de un pensamiento organizado y reflexionado desde las profundas concepciones de las culturas originarias de Abya Yala que permiten sustentar los procesos de indagación necesarios para este efecto (RIF-FOEI, 2011).⁶

Considerando que la escuela es dueña de significaciones que se construyen cada día entre diversos actores, estudiantes, profesores, directivos y comunidad; conforme lo señala Durkheim (2004), la educación es un conjunto de instituciones y prácticas que se organizan en estrecho vínculo con la realidad social. La escuela, por lo tanto, desde la perspectiva de las ciencias sociales se aborda como un lugar diferenciado y de división de clases que reifica –la reificación es un caso ‘especial’ de alienación, su forma más radical y extendida, característica de la sociedad capitalista moderna– una estructura social o, como argumentan Bourdieu & Passeron (2003) en “la estructura de distribución de capital cultural”.

Toda sociedad desde que se establece rige su comportamiento en base a un conjunto de normas de observancia y prácticas en general. Estas normas a las que hacemos alusión surgen progresiva y espontáneamente con claras representaciones jurídicas que las hacen imperativas en el grupo social de su procedencia y parentesco.

Amparando en la constitución del 2008, Ecuador como Estado intercultural, plurinacional y laico; “El Ecuador es un Estado constitucional de derechos y justicia, social, democrático, soberano, independiente, unitario, intercultural, plurinacional y laico. Se organiza en forma de república y se gobierna de manera descentralizada” (Constitución de la República del Ecuador, 2008), esta norma jurídico estatal exige reconocer al otro ‘ser cultural’ como persona, digno en su ser, útil para sí mismo y para los demás.

Entendiendo por interculturalidad todo tipo de relaciones y confrontaciones que se establecen entre las diferentes conformaciones humanas según sus matrices de pensamiento y acción en un esfuerzo por realizar verdaderos diálogos que contribuyan a disminuir las tensiones existentes, no con folclorización, sino con respeto y diseño-aplicación de políticas públicas correspondientes a realidades diversas, pensando lógicamente más

⁶ Este proceso se está dando en las comunidades, grupos y colectivos entre indígenas; sin embargo, una gran proporción de ellos sigue estando presente en la memoria de los especialistas indígenas (*Yackakkuna*) y en la tradición oral. El reciente desplazamiento territorial rural/ urbano que caracteriza actualmente a la población indígena pone en riesgo la continuidad de los procesos de trasmisión de estos saberes, de las personas ancianas a los jóvenes.

allá de lo indígena. Al respecto, Walsh (2008) reflexiona:

[...] frente a los debates actuales, es importante aclarar que la interculturalidad, entendida como proyecto político, social y ético, y la plurinacionalidad son perspectivas complementarias y no opuestas. Mientras que la plurinacionalidad reconoce y describe la realidad del país en la cual distintas nacionalidades indígenas (cuyas raíces son anteriores al estado nacional) conviven con pueblos afro-ecuatorianos, blancos y mestizos, la interculturalidad apunta las relaciones y articulaciones por construir (Walsh, 2008, pág. 14).

De la misma manera, asumiendo por plurinacionalidad la característica social y política del estado que encierran dentro de sus fronteras jurídicas formaciones humanas con características históricas diferentes, no solamente en cuanto a la lengua o algunas demostraciones culturales, sino fundamentalmente a las matrices de pensamiento que explican en términos generales los esquemas de estilos de vida centrales vigentes hasta ahora. Es decir, la interculturalidad y plurinacional, es una herramienta y un proyecto necesario en la transformación del Estado y de la sociedad, pero para que esta transformación sea realmente trascendental necesita romper con el marco uni-nacional (o mejor dicho no nacional), recalcando lo plural-nacional.

Desde este punto, asumimos las cosmovisiones andinas como estructuras organizadoras de prácticas, de producción de conocimientos impregnados de significados en los que subyacen las concepciones cosmogónicas y cosmológicas de los pueblos indígenas.

La Constitución introduce en el art. 359 el tema de la participación social en salud y el control social, del mismo modo en el art. 360 refiere a “la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas” (Constitución de la República del Ecuador, 2008).

Así mismo en el artículo 362 decreta la gratuidad y universalidad de todos los servicios públicos estatales de salud, y en el art. 363 en su numeral 4 plantea la garantía de las prácticas de salud ancestral, así como su respeto y promoción (Constitución de la República del Ecuador, 2008).

Finalmente, el artículo 385, referente al sistema nacional de ciencia, tecnología, innovación y saberes ancestrales, plantea en el numeral 2, la responsabilidad sobre la recuperación, el fortalecimiento y la potencialización de los saberes ancestrales. Por otra parte, el artículo 387 en su numeral dos, establece que es función del Estado, de la mano de la investigación científica, la promoción de los saberes ancestrales, para así contribuir a la realización del buen vivir, *al sumak kawsay*.

El buen vivir o el *sumak kawsay* implica ir más allá de las condiciones materiales de existencia, para alcanzar una forma de vida plena, es decir, supera los límites de las visiones convencionales de desarrollo que lo conciben como un proceso lineal, de etapas históricas sucesivas, que reducen el concepto a una noción exclusiva de crecimiento económico. (Ortiz, 2014, pág. 26).

Desde esta perspectiva y desde la cosmovisión de los pueblos kichwas, el *sumak kawsay* representa lo bello, lo hermoso, la vida en armonía consigo mismo y con la familia ampliada (el *ayllu*); representa sus profundas y afectuosas relaciones con la naturaleza y los espíritus protectores. Es la integración del *sumak allpa*, la “buena tierra” (el hábitat de los pueblos), con el runa *yachay*, la “sabiduría ancestral” de hombres y mujeres sanadoras en poblaciones y comunidades indígenas.

Es decir, la salud para los pueblos indígenas y afroecuatorianos⁷, el “Buen Vivir” “Vivir Bien” o el “*sumak kawsay*”, significa el estado de equilibrio del ser, consigo mismo, con su familia, con la comunidad, con el medioambiente y con la divinidad. En cambio, la enfermedad es la ruptura del *sumak kawsay* en cualquiera de sus lazos (espirituales, mentales, físicos y con la naturaleza); esto es, la desarmonía del ser consigo mismo, con los demás, con la naturaleza, con la divinidad, lo que, en el lenguaje de la antropología de la medicina, se conoce como los determinantes de afectación a la salud o los radicales libres.

Desde todas estas percepciones y conceptualizaciones y amparado con el 363 - numeral 4 de la constitución 2008, y desde las luchas y la resistencia de los pueblos indígenas, surge los discursos y propuestas de salud intercultural.

El concepto de salud intercultural surge en América Latina a lo largo de los años 90 y 2000 y ha alcanzado un verdadero auge en los últimos años. La iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas surgió de la Organización Panamericana de la Salud en el año 1992, en el contexto de la conmemoración de los 500 años de la llegada de los europeos al Continente Americano. El compromiso estaba destinado a promover la transformación de los sistemas de salud y a apoyar el desarrollo de los modelos alternativos de atención de la población indígena, incluyendo, a su vez, la medicina tradicional (Hita, 2009, pág. 2).

Pensado en la atención de la población indígena, como también se aprecia en el siguiente concepto; “El concepto de Salud Intercultural, ha sido frecuentemente utilizado para identificar la estrategia que considera las variables étnicoculturales de la población indígena en el proceso de atención de salud” (Alarcón, Astudillo, Barrios, & Rivas, 2004, pág. 1110).

El camino natural y de lucha social para llegar a la constitución de verdaderos modelos interculturales de salud, pasan en primer lugar por la generación de políticas públicas de salud, relativas a la humanización y adecuación cultural de los servicios. Al mismo tiempo, una toma de conciencia cada vez más productiva en torno al cambio de paradigmas médicos y un papel creciente y relevante de las comunidades. En la revalorización y legitimación de sus propios sistemas médicos andinos, montubios, afros y todos ellos, han insertado las categorías de salud, cultura y espiritualidad.

Por lo tanto, es difícil suponer la transformación de estado-nación desde un sistema homogéneo, como Canclini afirma:

7 Es necesario mencionar que desde el año 2007, el pueblo afro ecuatoriano ingresó al sistema de salud intercultural y actualmente se encuentran en proceso de intercambio y consolidando los sistemas de salud.

Es difícil imaginar algún tipo de transformación hacia un régimen más justo sin impulsar políticas que comuniquen a los diferentes (étnicas, de género, de regiones), corrijan las desigualdades y conecten a las sociedades con la información, con los repertorios culturales, de salud y de bienestar expandidos globalmente (Canclini, 2004, pág. 81).

Esto nos lleva a recordar, que los subsistemas de las medicinas tradicionales de las nacionalidades y pueblos indígenas del Ecuador (denominado por la ex DNSPI⁸, hoy desaparecidos), se hallaban sustentados en cuerpos integrales que comprenden sus respectivas cosmovisiones, cuerpos metodológicos para la promoción y prevención de la salud, para el diagnóstico, sanación, curación y rehabilitación, bajo los principios de solidaridad, reciprocidad, complementariedad, interdimensionalidad y correspondencia.

Por lo mismo, las medicinas ancestrales de las 14 nacionalidades y 35 pueblos entre indígenas, afro ecuatoriano, montubio y mestizos en el Ecuador precisarían servicios y prestaciones plurales, de hombres y mujeres de sabiduría, alcanzando a mostrar de manera suficiente y necesaria los ámbitos de intervención: prevención, promoción, diagnóstico y tratamiento.

Con los antecedentes presentados y desde los discursos, se van consolidando dos sistemas de salud en el país; se va construyendo nuevas alocuciones en el sistema de salud nacional: sistema de salud occidental-hispano y sistema de salud intercultural, donde el enfoque actual de disertación se centraliza en la segunda⁹, entendida como las prácticas en salud y atención de la salud que articulan la medicina indígena y la occidental y donde las dos medicinas son consideradas complementarias.

[...] La salud intercultural se da a diferentes niveles entre ellos el de la familia, del trabajador de salud, del centro de salud, del hospital y del sistema de salud. Una "práctica modelo" en atención de la salud debe satisfacer una serie de criterios. Debe demostrar un impacto positivo en los individuos y las poblaciones atendidas, debe ser sostenible, sensible y pertinente a las necesidades del paciente, la comunidad y a realidad cultural y medioambiental, estar centrada en el paciente incluyendo su género e inserción social, mejorar acceso, coordinar e integrar servicios, ser eficiente y flexible, demostrar liderazgo, ser innovador, mostrar potencial para ser replicado, identificar necesidades de salud y de políticas, y ser factible de ser evaluada (Mable y Marriott, 2001, citado en Mignone, Judith , & John, 2006, págs. 1-2).

Una vez comprendidos por el sistema oficial de salud, los términos de la horizontalidad, el respeto y la alteridad hacia otras culturas sanitarias, se estaría ante la posibilidad de encontrar variedades, modos y estilos creativos de conjugarlas, interrelacionarlas o articularlas, en lo que, para el efecto, se denominaría un "modelo intercultural de salud", tantos como en verdad pudieran crearse, o recrearse, de conformidad con las particularidades sociales, espirituales o mentales de todos sus actores, al interior de cada suceso humano, comunitario y territorial.

⁸ Ex Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas.

⁹ Salud intercultural.

CONCLUSIONES

A manera de conclusiones, la experiencia etnográfica en el ámbito de la salud mostró que, la medicina andina no se contraponen con la medicina institucional, siempre y cuando se tenga una actitud mediadora ante esto, de mantener un trato entre iguales; cosa que no es fácil, ya que para que este tipo de trato entre iguales exista, ha de considerarse como iguales a los sujetos con los que se interactúa, lo que implica rebasar la matriz colonizadora. Por, ello la reforma del sector salud y el desarrollo, fortalecimiento, y mejoramiento de iniciativas para la Construcción del Sistema Nacional de Salud con enfoque intercultural y de género es urgente.

Las parteras son además las personas que garantizan la permanencia y aplicación del modelo de salud intercultural, ellas han estado ahí y siguen atendiendo los nacimientos. En estas poblaciones, el saber de la comunidad es solo un saber diferente y tan equivalente como cualquier otro saber. Esta garantía solo se puede tener en base a que la partería comunitaria funciona de manera regular en la comunidad de Chilibulo, al sur de la ciudad de Quito. La medicina andina es un ritual multidimensional en donde participan colectividades y se practica con cariño y con respeto a las personas.

REFERENCIAS

Alarcón, A. M., Astudillo, P., Barrios, S., & Rivas, E. (2004). *Política de Salud Intercultural: Perspectiva de usuarios mapuches y equipos de salud en la IX región, Chile*. Chile: Rev Méd Chile.

Alvarado, H. D. (2016). *Salud e interculturalidad en pueblos kichwas de la Amazonía norte; estudios de caso sobre el aporte a las políticas de salud intercultural de Organizaciones de comunidades kichwas de Loreto, provincia de Orellana*. Quito: UPS.

s herederos. Buenos Aires: Siglo XXI editores.

Cachiguango, L. (2010). *Sumak Kawsay: salud y enfermedad en los Andes, en Salud, Interculturalidad y derechos. Claves para la reconstrucción del Sumak kawsay-Buen vivir*. Quito. . Quito: Ministerio de Salud Pública. .

Campos, R. (2010). *Mejoramiento de la calidad y del acceso a los servicios con énfasis en la salud sexual y reproductiva para el ejercicio de derechos y la reducción de la mortalidad materno e infantil en Salud, Interculturalidad y Derechos*. . Quito: Ministerio de Salud.

Canclini, G. (2004). *Diferentes, desiguales y desconectados. Mapas de la interculturalidad*. Barcelona: Gedisa.

Casteñeda, A. (2010). *Derechos humanos e interculturalidad en Salud, Interculturalidad y Derechos Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay. Quito-Ecuador Ministerio de Salud Pública. Gobierno Nacional de la República del Ecuador*. . Quito: Ministerio de Salud.

Cerball, R. N. (2006). Curación de una enfermedad espiritual desde una perspectiva Aymara. En G. F. (coordinador), *Salud e interculturalidad en América Latina: Antropología de la salud y crítica intercultural* (págs. 245-255). Bolivia: Abya-Yala/AECI.

Constitución de la República del Ecuador. (2008). *CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR*. Montecristi: Asamblea Constituyente.

Dávalos, M. (1996). "El caso de las parteras"; México: Cuicuilco. *Revista de la Escuela Nacional de Antropología e Historia*; vol. 2, Número 6, Enero/Abril., 196. REVISAR REFERENCIA

Díaz Bernal, Z., Aguilar Guerra, T., & Linares Martín, X. (Octubre de 2015). La antropología médica aplicada en la salud pública. *Revista Cubana de Salud Pública*, XL(4), 655-665. Obtenido de Revista cubana de salud pública: https://www.researchgate.net/publication/282657202_La_antropologia_medica_aplicada_a_la_salud_publica?enrichId=rgreq-dc66b01c5ef5f76ffd3831f22a7ccaa6-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdIOzI4MjY1NzlwMjtBUozMDE4OTQ1MzMwOTEzMjIAMTQ0ODk4ODY3MzczNA%3D%3D&el=1_x_2&e

Durkheim, E. (2004). *Educación y sociología*. Bogotá: Linopotipo.

Guzmán, S. C. (2016). *La interculturalidad en salud: espacio de convergencia entre dos sistemas de conocimiento*. Obtenido de Rev. Gerenc. Polít. Salud: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyeps15-31.isec> REVISAR REFERENCIA

Hita, S. R. (14 de julio de 2009). Políticas de salud basadas en el concepto de interculturalidad. Los centros de salud intercultural en el altiplano boliviano. *Revista de Antropología*, 1-28. Obtenido de Revista de Antropología: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16942009000100010 REVISAR REFERENCIA

Humpreys, A. S. (2008). Prefacio. En V. M. (Compilador), *Antecedentes, situación actual y perspectivas de la salud intercultural en América Latina* (págs. 7-9). Nicaragua: Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe nicaraguense.

Inuca, V. A., Zapata, R., & Llivisaca, J. I. (2008). Situación de la salud intercultural en el Ecuador. En V. M. (Compilador), *Antecedentes, situación actual y perspectivas de la salud intercultural en América Latina* (págs. 72-100). Nicaragua: Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe nicaraguense.

Kanterewicz, M. (2015). *Salud Intercultural: Discursos y prácticas de los procesos de salud/enfermedad/atención entre los Shuar de Morona Santiago*. Tesis de Maestría. Quito: FLACSO.

Langdon, E. J., & Wiik, F. B. (junio de 2010). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Obtenido de Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692010000300023&script=sci_arttext&tlng=es

Leboyer, F. (2006). *Normativa técnica Nacional de atención de parto vertical*. Quito: UASB.

Lolas, F. (2006). *Salud Intercultural: Impacto en la identidad social de mujeres Aymaras*. Bolivia: Bioethica.

López, L., Cataño, N., López, H., & Velásquez, V. (2011). Diversidad Cultural de sanadores tradicionales afrocolombianos; preservación y conciliación de saberes. *Aquichan*, 287 - 304.

Maldonado, L. (2010). *Interculturalidad y políticas públicas en el marco del buen vivir*. En: *Salud, interculturalidad y derechos. Claves para la reconstrucción del sumak kawsay- buen vivir*. Quito: Ministerio de Salud.

- Mena, A. J. (2004). *Ideal de Salud Intercultural. Una ideal antropológica de salud intercultural, derivada a la salud tradicional china, en contacto con diferentes culturas*. Obtenido de http://www.ugr.es/~pwlac/G20_05AlfonsoJulio_Aparicio_Mena.html
- Mignone, J., Judith, B., & John, O. (2006). *Prácticas modelo en salud intercultural. Centro de Estudios Argentino Canadienses*, 2-20. Obtenido de http://www.centroetnosalud.com/trabajos/Dr%20Javier%20Mignone_Modelo.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2008). *Dirección Nacional de normalización. Normativa Técnica Nacional de Atención de Parto Vertical*. Quito: MSP.
- Ministerio de Salud Pública. (2008). *Subsecretaría de Extensión de Protección Social en Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural*. Quito: MSP.
- Narváez, F. N. (2012). *Interculturalidad en salud: Competencias en prácticas de salud con población indígena*. Obtenido de Ciencia y enfermería: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532012000300003&script=sci_arttext&lng=pt
- Olivé, L. (2014). *"Interculturalismo y Justicia Social: Autonomía e Identidad Cultural en la era de la Globalización"*. México: UNAM.
- ONU. (1989). *Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales em Países Independientes*. México: Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.
- Ortega, F. (2010). *Bioética en la interculturalidad en Salud, Interculturalidad y Derechos Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay*. Quito: Ministerio de Salud Pública.
- Ortiz, D. M. (2014). *Salud Intercultural: Encrucijadas del vivir bien y el sumak kawsay en Bolivia y Ecuador*. Quito: UASB.
- Pariasca, J. C. (2004). *Salud Intercultural: Atisbos de un enfoque multidisciplinario*. Obtenido de http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/Paediatrica/v06_n2/Pdf/a05.pdf
- Quezada, N. (1989). *Enfermedad y Maleficio. El curandero en el México colonial*. México: UNAM, Instituto de Investigaciones Antropológicas.
- RIF-FOEI. (2011). *Módulo de Certificado en EIB para Países Andinos*. Montreal.
- Sahagún, B. d. (1999). *Historia General de las Cosas de la Nueva España*. México: Editorial Porrúa, Décima Edición.
- Simbaña, F. (2008). *Saberes culturales y memoria colectiva*. Quito: MDMQ.
- Simbaña, V. (2018). *Agenda política del Pueblo Kitu Kara. Sistematización de Mesas de Diálogo*. Quito: Quinta Dimensión.
- Varios Autores. (2009). *Propuesta de Políticas Públicas de Salud para la diversidad plurinacional e intercultural del Ecuador*. Quito: CONASA.

Varios Autores. (2010). *Hacia la construcción de un modelo de salud reproductiva con enfoque intercultural en el Hospital San Luis de Otavalo-Ecuador. Quito-Ecuador Ministerio de Salud Pública*. Gobierno Nacional de la República del Ecuador. Quito: Ministerio de Salud.

Walsh, C. (2008). *Interculturalidad y Plurinacionalidad: Elementos para el debate constituyente*. Quito: Abya Yala.