https://doi.org/10.17163/abyaups.87.683

Paradojas de la salud intercultural y tensiones identitarias en Napo, Ecuador[1]

Patricia Bermúdez Arboleda
FLACSO Ecuador
pbermudez@flacso.edu.ec
https://orcid.org/0000-0001-6529-2081

Patricio Aguirre Arauz
FLACSO Ecuador
patoconstruye@gmail.com
https://orcid.org/0000-0003-4597-8670

Introducción

La salud es:

> un concepto básicamente ideológico […] tiene que ver con objetivos ideológicos específicamente referidos a los procesos de s/e/a-p [salud/ enfermedad/ atención-prevención], o con objetivos políticos, como ocurrió entre 1930 y 1960 con toda una serie de conceptos formulados por intelectuales y políticos africanos dentro de la teoría de la "negritud", o como está ocurriendo desde hace unos pocos años con el concepto de "buen vivir" propuesto por intelectuales latinoamericanos etnicistas y más o menos decoloniales. (Menéndez, 2018, p. 467)

En Ecuador existen tensiones respecto a la salud intercultural; por una parte, prevalece como un proyecto político, social y epistémico que

1 Este artículo académico fue financiado por FLACSO Sede Ecuador. IP 1088.

busca renovar la posición hegemónica de "una visión monocultural y uninacional" (Puente, 2005, p. 49); a la vez, genera alternativas de democracia mediante el reconocimiento de la cultura local indígena y la construcción de alianzas entre las prácticas y los pensamientos de la cultura tradicional y los conocimientos occidentales para resolver problemas de desigualdad social y contra la naturaleza (Walsh, 2002, p. 19). Por otra parte, se ha extendido su incorporación a través de agencias de cooperación internacional y la instauración de mecanismos normativos para su reconocimiento en las políticas públicas. En este aspecto, hay que señalar que, inicialmente, la discusión sobre la interculturalidad se dio con miras a transformar el sistema educativo, que se extendió hacia la construcción de un Estado plurinacional, y la demanda y transformación de políticas públicas en diversos sectores (2002, p. 17), incluida la salud.

La Constitución ecuatoriana de 2008 señala que 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" (p. 8). En su art. 32 define que:

> 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. (2008, p. 17)

En consonancia con este artículo, el Ministerio de Salud Pública (MSP) establece que 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" (MAIS, 2012, p. 45).

A su vez, el MSP establece, en términos de políticas públicas, la creación de mecanismos específicos que articulen la interculturalidad al Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) parte del Sistema Nacional de Salud (SNS) y que:

> posibiliten la coordinación entre los sistemas de salud occidental y de los pueblos diversos, ancestrales, tradicionales y alternativos, garantizando la atención de las personas usuarias con el debido respeto a sus derechos humanos según su elección, asimismo fomentando la promoción de la salud desde su cosmovisión, proyectando las prácticas saludables. (MAIS, 2012, p. 46)

Es así que el MAIS, con la incorporación de lo Familiar, Comunitario e Intercultural (FCI) decide reorientar los servicios de salud, centrados en la enfermedad, hacia un enfoque de producción y cuidado basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), realizando acciones de promoción, en sus dimensiones individual y colectiva, y considerando los enfoques intercultural, generacional y de género en la construcción de estrategias (MAIS, 2012, p. 56).

De esta manera, la salud intercultural tomó un protagonismo singular en el SNS y se implementaron acciones específicas en los diferentes territorios del país.

Este capítulo analiza parte de la investigación realizada en la provincia amazónica de Napo, principalmente en la ciudad de Tena, durante los años 2019 y 2020 —los hallazgos y las dimensiones analizadas del SNS, el MAIS y la estructura institucional del MSP corresponden a ese período. Los procesos, entidades y procesos han sufrido cambios en el marco de las nuevas políticas estatales y reducción de financiamiento público para la salud—, y aborda las paradojas y tensiones identitarias con la población kichwa en la implementación y articulación de la salud intercultural, en el marco del MAIS-FCI en esta provincia. Si bien se considera la opinión de todos los entrevistados; particularmente, se han considerado las opiniones de los actores clave vinculados de manera directa con las comunidades kichwa: técnicos de atención primaria en salud (TAPS) y parteras kichwa.

El MAIS familiar, comunitario e intercultural: caso Tena

Descripción general de Napo

Napo es una provincia ubicada en la zona amazónica del Ecuador, tiene 131 675 habitantes: 65 % se autoidentifican como indígenas (395 % habla kichwa); 32,55 % mestizos; 1,35 % afroecuatorianos; 0,85 % blancos, y 0,55 % montuvios (Secretaría de Gestión y Desarrollo de Pueblos y Nacionalidades, 2023).

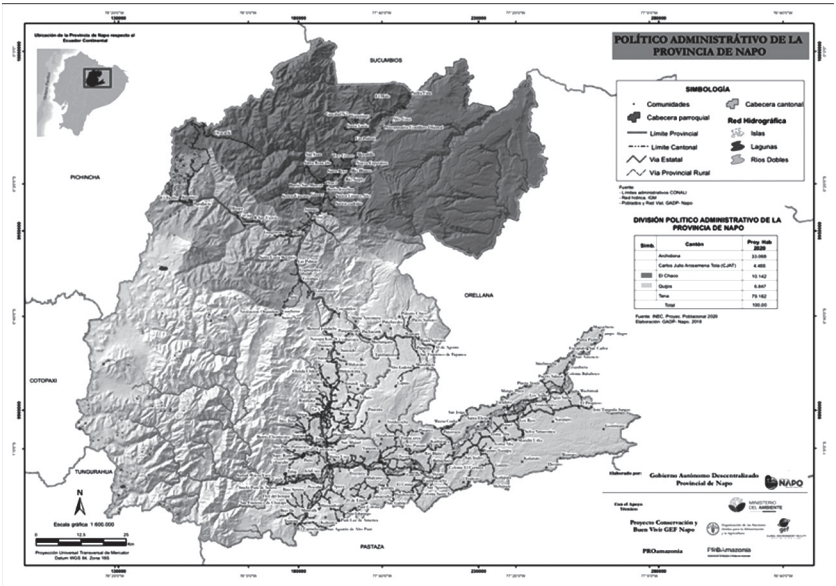
La incidencia de la pobreza por ingresos en la población indígena aumentó en 2021 a 52,75 % a nivel nacional (INEC, 2022, p. 22); en la provincia de Napo llega a 59,45 % (INEC, 2022, p. 22) y, a nivel de pobreza multidimensional, es una de las más altas con 81,65 % en 2022 (p. 24). Registra "escasas oportunidades para acceder a un trabajo pleno o adecuado; un alto porcentaje de esta población subsiste de la venta de productos de la chakra y del cobro del bono de desarrollo humano" (GAD Napo, 2020, p. 150). Las mujeres amazónicas están en desventaja, muestran mayores niveles de pobreza y menor acceso a educación "al ser las encargadas de las tareas de cuidado y subsistencia y no acceder en las mismas condiciones al mercado laborar con ingresos fijos por su trabajo. Existe mayor porcentaje de analfabetismo de las mujeres en relación con los hombres" (Barrionuevo, 2019, p. 17).

La provincia de Napo está ubicada administrativamente en la Zona 2, que abarca las provincias de Pichincha, Napo y Orellana; cuenta con dos distritos codificados como 15D01 y 15D02. En el Distrito 15D01 están los cantones de Archidona, Carlos Julio Arosemena Tola y Tena. En el Distrito 15D02 están los cantones de El Chaco y Quijos (MSP, 2020).

En 2019 la provincia de Napo tenía 40 establecimientos de salud, siendo los centros de salud tipo A —los centros de salud están organizados por categorías A, B y C según el nivel de complejidad de las atenciones. Tipo A: cuentan con servicios de control prenatal y enfermedades menores, que no sean emergencias (resfriados, parasitosis, dolores abdominales); Tipo

B: con espacios más grandes, actividades de psicología y pediatría; Tipo C: atención de parto y emergencias. En todos los equipos de salud deben desarrollar actividades de promoción y prevención con la comunidad de su territorio— los de mayor número (21), seguidos de los puestos de salud (13) y centros de salud tipo B (3). La mayoría de los establecimientos de salud se localizan en el cantón Tena, que concentra el 505 % de los establecimientos; seguido por el cantón El Chaco con el 205 %; el cantón Quijos y Archidona con 155 %. En el cantón Quijos se encuentra un hospital básico y en el cantón Tena un hospital general (GAD Napo, 2020, p. 134).

Figura 1
División política-administrativa de la provincia amazónica de Napo



Nota. Tomado de GAD provincial de Napo, 2020.

En la ciudad de Tena existen siete parroquias rurales, y la parroquia urbana, capital de la provincia amazónica de Napo. Se registran 24 establecimientos de salud de primer nivel y un hospital de segundo nivel;

además tienen cinco ambulancias y una unidad móvil general. En todas las parroquias cuentan con un establecimiento de salud de al menos ocho horas de atención (GAD Napo, 2020, p. 138).

En Napo el número de atenciones ambulatorias registradas en 2016 fue de 596 648 personas, de las cuales 49,55 % son indígenas, 47,35 % mestizas, 0,65 % afroecuatorianas, negras y mulatas (GAD Napo, 2020, p. 137).

El MAIS-FCI en Tena y la perspectiva intercultural

La implementación de la política de salud se realiza a través del MAIS-FCI en el territorio nacional, para lo cual el SNS cuenta con una estructura de atención desconcentrada organizada geográficamente en zonas y distritos, y establece normativas específicas para la gestión por procesos, según la complejidad en niveles de atención de salud. El primer nivel son centros de salud de diferentes tamaños, responsables de ser la puerta de conexión con la comunidad de su entorno; el segundo nivel son servicios de hospitalización para atención de emergencia 24 horas, pediatría, ginecología, medicina interna, cirugía general, terapia intermedia e intensiva; y, el tercer nivel son servicios de hospitalización y cuidados críticos para atención de emergencia 24 horas, y especialidades (urología, cardiología, neurología, subespecialidades de pediatría, entre otras) con servicios complementarios de imagenología, quirófano, docencia; también ofrecen, en menor escala, servicios de promoción, prevención, curación, rehabilitación) (Manual MAIS, 2012, p. 85).

El MSP también ha fortalecido la institucionalidad para asegurar que el enfoque sea implementado en todo el SNS; desde 2014 se modificó el organigrama institucional para incorporar a la Dirección Nacional de Salud Intercultural y Equidad; también, se han fortalecido los equipos de atención de salud y se han desarrollado algunas normativas y procesos que contribuyen a aplicar el enfoque intercultural en el SNS.

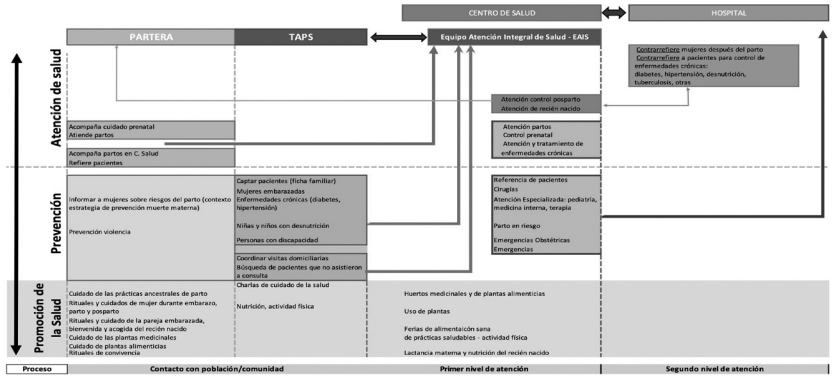
Una estrategia que buscó mejorar la articulación entre el sistema de salud y la interculturalidad fue la incorporación de Técnicos de Atención

Primaria de Salud (TAPS) y las parteras kichwa a los Equipos de Atención Integral de Salud (EAIS). Tanto los TAPS como las parteras, al ser integrantes de la comunidad, conocen el idioma y se espera que reduzcan las barreras culturales; y con ello, mejorar el acceso de la población a los servicios de salud; a la vez, actuar como intérpretes entre el personal de los centros y los pacientes.

En la figura 2 se describe la red de servicios en el territorio de Tena. El propósito de este esquema es entender el rol y alcance de cada uno de los actores en la atención de salud, las actividades que ejecutan y la vinculación que se establece entre ellos. Puede ser que el esquema no esté completo, ya que no busca convertirse en una réplica de lo escrito en la normativa o de los procesos sugeridos en los documentos de la política, sino representar las prácticas de los actores vinculados a la atención de salud del territorio y su configuración en la red de servicios.

Figura 2

Esquema del subsistema de atención de salud pública en Tena



Nota. Adaptado de entrevistas a funcionarios locales y observación de campo con parteras, Tena, Napo, 2020.

En la parte izquierda de la figura 2 se identifican los diferentes procesos de salud/enfermedad-prevención/atención; se contrasta con los niveles de atención (primero y segundo) y, dentro, se detallan las presta-

ciones que el equipo TAPS y parteras realizan en función de sus roles en la articulación con el MAIS-FCI.

Los TAPS al ser parte del EAIS realizan actividades de prevención y promoción de salud, con mayor peso en las primeras actividades. Mientras las parteras están articuladas, a través del contacto con los TAPS o del EAIS, en el centro de salud, tienen actividades tanto en los espacios de promoción como en los de prevención y atención. En las entrevistas a los funcionarios del MSP, estos resaltan las actividades de prevención que realizan las parteras para evitar riesgos gineco-obstétricos y vitales de las mujeres embarazadas; mientras las propias parteras rescatan su rol de acompañar la vida en la comunidad y relatan su intervención en actividades de promoción y cuidado de la salud tanto preembarazo como posparto, dicen ser poco valoradas por el personal de salud.

Otro punto importante de la figura es la articulación que existe entre el centro de salud con hospitales de atención más especializada en casos de emergencias; esta articulación se activa mediante el reporte de los EAIS o las parteras. En este sentido, las parteras y los TAPS son clave para detectar y derivar, oportunamente, las situaciones de riesgo para la salud de las personas en los diferentes casos de embarazo y en enfermedades como diabetes o hipertensión.

En términos generales, el modelo de atención en Tena ha incorporado la participación de personas de la comunidad en el territorio; tiene claramente identificado a los actores, sus roles y responsabilidades (prestaciones de salud) en la atención; sin embargo, es importante preguntarse si esas articulaciones son suficientes para garantizar una perspectiva intercultural.

Paradojas y tensiones identitarias en las políticas de salud intercultural

La articulación intercultural en los servicios de salud es un proceso complejo que no solo se relaciona con la coordinación administrativa para

la referencia, contrarreferencia y derivación de pacientes entre un tipo de establecimiento de salud y otro, sino que conlleva desafíos para el SNS y cómo este logra reducir las barreras socioculturales en la atención de los pacientes en su territorio, asegurar la aceptación de esos servicios en la población destinataria e incorporar las prácticas propias de salud kichwa. A continuación, se revisa la experiencia de las personas incorporadas como TAPS y de las parteras, ambas de nacionalidad kichwa.

Los TAPS

Los TAPS, luego de ser escogidos y avalados por la comunidad, pasaron por un proceso de formación para la atención primaria en salud relacionado con el trabajo comunitario en temas de atención-prevención y promoción. Estos técnicos se incorporaron como parte del EAIS del centro de salud del territorio y cumplieron un horario combinado entre 705 % en campo (extramural) y 305 % en establecimiento de salud (intramural).

Según el funcionario público de la Zona 3, para seleccionar a la primera corte de TAPS, la Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación (SENESCYT), institución encargada de la formación:

> pedía una certificación a la comunidad, de que vivan, que conozcan el idioma y que vayan a permanecer; los líderes comunitarios certificaron. Era gente que conocía el idioma, que tenía esas ganas de formarse, porque la mayoría eran padres y madres de familia que no tuvieron la oportunidad de estudiar más allá del colegio, y lo hicieron y se empoderaron y se pusieron la camiseta del MSP. (FPZ3, 05 de febrero de 2020)

Por otro lado, el TAP señala que:

> nosotros somos una primera promoción, entonces fueron dos años de lucha para que se aprobara e iniciara la carrera. De ahí estuvimos estudiando dos años más, que también fue una lucha constante porque como no había esta carrera anteriormente, todo se improvisaba y se iba adaptando, pero las ganas de formarnos y ser parte de esto era mayor; entonces estuvimos presentes y después de que nos graduamos se implementó, y

teníamos que devengar cuatro años, era un convenio con la SENESCYT, el MSP y el Ministerio de Educación. (TAP1, 05 de febrero de 2020)

Si bien los procesos de formación tomaron tiempo, los TAPS pasaron a formar parte de los EAIS, encargándose de visitar las comunidades asignadas, censar a la población y levantar fichas familiares para identificar las principales situaciones socio-psico-biológicas que vivía la población y que afectaban su salud.

Según el TAP 1:

nuestra función es ver la necesidad que tienen los usuarios, ya que nosotros tenemos un listado de cada uno, matrices, que fue lo primero que levantamos, fichas familiares, datos estadísticos: sabemos cuántos hipertensos tenemos, sabemos cuántos diabéticos tenemos, cuántas embarazadas, cuentos niños menores de dos años, de cinco años, cuántas personas con CA y discapacidades de ese tipo. (TAP 1, 05 de febrero de 2020)

A su vez, los TAPS realizaron actividades de educación con las comunidades sobre manejo de agua segura, prevención de enfermedades tropicales, situaciones de riesgo en el parto, etc.; también fueron los principales responsables en identificar a la población clave determinada por el MSP: parteras, personas con enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, obesidad, cáncer, tuberculosis), personas con discapacidad, recién nacidos, mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, adultos mayores, etc.

Según el funcionario público de la Zona 2, los TAPS:

han sido un aliado estratégico porque conocen el tema cultural, saben cómo llegar a determinados lugares, ayudan en las brigadas médicas, salen a las campañas de vacunación, son traductores, ayudan en el seguimiento de las mujeres embarazadas, de los niños, y tienen la apertura que nuestros profesionales de la salud no tenían; porque la gente indígena es muy recelosa de abrir la puerta de sus hogares a gente que no conoce o de conversar, o de ser extrovertida, y eso se lograba por medio de los TAPS, ellos tenían esa llegada, esa oportunidad de poder aplicar. (FPZ2, 05 de febrero de 2020)

A la vez los TAPS, conocedores del territorio, fueron a las comunidades alejadas, posibilitando a la población acceder a la salud; según el funcionario público de la Zona 2:

> los quintiles de pobreza son súper elevados, la gente a veces no cuenta ni con el pasaje para llegar a la unidad de salud, sumado que a veces camina cuatro o cinco horas, llegan a la unidad y el profesional se está yendo a almorzar; entonces, esto ha facilitado el acercamiento, poder trabajar y atender, sobre todos los casos crónicos. (FPZ2, 05 de febrero de 2020)

También:

> conversan con ellos les dicen […] mañana va a haber una brigada, atención, tienen que llamar a todos los niños, hacen los oficios, ellos son nuestra comunicación con las comunidades; por ejemplo, dicen hay una embarazada que se ha movido de esta comunidad a la otra comunidad; entonces, vamos a buscarla, se comunican entre técnicos, ellos ya saben dónde están, tiene sus fichas familiares, tienen sus mapas. (FPD1, 03 de febrero de 2020)

El rol de los TAPS ha sido estratégico para acercar el SNS a las poblaciones; sin embargo, es necesario preguntarse hasta dónde las estrategias implementadas han acercado a la población kichwa a los servicios de salud. De alguna manera, las necesidades y problemas de salud se hacen visibles con el trabajo documentado de los TAPS, y contribuyen a registrar la principales afecciones y riesgos de salud de la población (embarazo, hipertensión, desnutrición, diabetes u otras); pero no se documenta o se describe poco por parte de las personas entrevistadas sobre el mejoramiento de las relaciones interculturales entre los equipos de atención de salud y la población kichwa; se estima y se resalta como los más importantes retos de esta articulación el cumplir con los procesos de búsqueda de personas en riesgo, llenar las fichas de atención, dar charlas y vigilar que cumplan con las indicaciones, sin tener en cuenta cómo esta información es comprendida y adaptada a la realidad cultural kichwa.

Por otra parte, se identifican prácticas paternalistas que no promueven el empoderamiento y participación consciente de la población

en los procesos de cuidado de la salud. A la vez, las prácticas médicas implementadas responden a "objetivos ideológicos" (Menéndez, 2018, p. 467), se operan los servicios con lógicas específicas y universales que no contemplan la interculturalidad desde otras perspectivas que no sean las de la vulnerabilidad o la prevención.

Se retroalimentan los estereotipos sobre las familias y las mujeres indígenas como portadoras de riesgos, que no cumplen a cabalidad las recomendaciones en la lactancia, que persisten con sus prácticas de medicinas no biomédicas; lo que demuestra la poca inclusión y desconocimiento que existe, sobre todo de los profesionales médicos, con relación a la población indígena, dejando de lado los derechos que tienen las comunidades (Lorenzetti, 2017, p. 156).

A la vez, la obligación de los TAPS de levantar información sobre los pacientes dentro de la comunidad creó tensiones en el manejo del derecho de autonomía e intimidad —el art. 66 de la Constitución de la República del Ecuador garantiza el derecho a la intimidad personal y familiar y el derecho a tomar decisiones libres e informadas sobre su vida y sexualidad— de la persona, dejando de lado el derecho a decidir sobre su propia vida, sexualidad y salud (Ortega, 2010, p. 132).

Estos aspectos dan cuenta de que las políticas de salud interculturales no deben ser solo normativas o esquemáticamente funcionales a los organigramas institucionales, ni que los actores son sujetos pasivos que reciben las prestaciones de forma indiferente. De ahí que muchas de las prácticas y acciones ocasionaron tensiones identitarias entre los diferentes grupos sociales en el territorio debido a entendimientos diferentes de la salud e intereses contrapuestos en la gestión de los procesos de salud/enfermedad. Las políticas de salud, como otras políticas sociales, son mecanismos contradictorios *per se*, que, al mismo tiempo que controlan conflictos sociales, suscitan nuevas luchas por el aglutinamiento de una población o por el establecimiento de derechos y beneficios que movilizan a personas interesadas (Gomes, 2012, p. 19).

Parteras

Procesos de articulación y certificación

Al igual que los TAPS, las parteras, principalmente kichwa, participaron de forma voluntaria para articularse con los servicios de salud. Ellas, mediante un proceso de legitimación comunitaria (asambleas) en cada territorio fueron reconocidas para ser parte del SNS y articuladas a los EAIS. Estos procesos comunitarios fueron abiertos a los funcionarios de la zona y distrito del MSP, quienes participaron como observadores.

Según los funcionarios públicos del servicio de salud y de las zonas 1 y 2:

> la misma comunidad nos dice de esta comunidad son ciertas parteras reconocidas y nosotros les capacitamos […] ellas van a ser nuestros ojos en caso de presentarse alguna emergencia; entonces ellas ya saben que a nivel de salud se manejan unos protocolos, y a nivel de lo que es su medicina ancestral tienen otra forma de trabajar; pero ellos ya saben hasta qué punto trabajan y hasta qué punto ven que la cosa no les va a salir bien y nos llaman a nosotros; les enseñamos lo básico, signos de alarma, medios de comunicación, medios de transporte, asepsia… no les vamos a decir que es lo que tienen que hacer y que no, porque ellos tiene su conocimiento, pero son normas que nosotros les damos a nivel de ministerio. (FPS1, 03 de febrero de 2020)

> En la provincia del Napo […] tenemos 146 parteras, con ellas se está trabajando hasta ahora. Estamos en proceso de certificación y, para ello, estamos captando igual a las parteras, haciendo capacitaciones, trabajando con los profesionales de la salud para que tengan el intercambio de experiencia para poder enfocarlos en que la medicina tradicional se combine con la medicina ancestral. (FPZ2, 05 de febrero de 2020)

Según la partera 1:

> nos tocó recibir ese curso, pero dijimos que no queremos tanto las enseñanzas de ustedes, pero vamos a intercambiar, claro, otras cositas, como signos vitales, eso las abuelitas, algunas mamitas sí saben […] solo esas

> normas queremos que nos enseñen un poco y, así, capacitamos, y que nos den el certificado. (Partera 1, 03 de febrero de 2020)

Ellas son las responsables de atender el parto y de referir los casos en que se identifique riesgos obstétricos; de igual forma, reciben a las pacientes que son contrarreferidas por los establecimientos de salud. Por ejemplo: mujeres que hicieron parto institucional y que vuelven a la comunidad con los recién nacidos: "las parteras están capacitadas para tener un parto, pero el momento que hay una emergencia y se complica […] las parteras comunican a los profesionales del establecimiento más cercano o al establecimiento de primer nivel" (FPZ2, 05 de febrero de 2020).

Según la partera 1:

> ahorita nosotras, como parteras, nos hemos puesto de acuerdo en que atendemos los partos aquí, porque hoy en día los niños recién nacidos necesitan las vacunas en las escuelas y en las guarderías; entonces, todos esos documentos están pidiendo; más por eso dijimos que el niño que nace tiene que venir a poner la primera vacuna, o bien se va al subcentro o bien se vienen acá. Ese compromiso hemos hecho, solo por eso estamos, nosotros estamos cumpliendo ese compromiso. (Partera 1, 03 de febrero de 2020)

Si bien las parteras fueron articuladas bajo normas SNS, ellas critican el poco reconocimiento a sus saberes ancestrales por parte del MSP, que ve la necesidad de capacitarlas constantemente, con la excusa de que les falta conocimientos.

Según la partera 1:

> nosotras desde muy pequeñas hemos aprendido y adquirido experiencia, entonces no es nueva la capacitación, ya tenemos certificados, como decimos un montón, un ahí de tantas capacitaciones que nos dan […] No nos sirven para nada, y cuando el ministerio dijo que ustedes van a ser capacitadas, ¡dijimos no! ¿Por qué no quieren?, nos preguntaron; dijimos, es que nosotras ya somos profesionales de nuestros conocimientos, de las prácticas que tenemos desde muy pequeñas hasta ahora como parteras. Hoy en día ¿los médicos qué hacen?, solamente por sus estudios que se

> preparan cinco o seis años dicen que son profesionales, y nosotras, que somos parteras de toda una vida, dicen que no somos profesionales.
>
> A ellos les pagan porque son profesionales y a nosotras no, porque no somos profesionales, ahí discutimos bastante […] pero nosotras sí somos profesionales más que ustedes, porque nosotras no tenemos experiencia de cinco años, tenemos experiencia desde muy pequeñas, mira cuántos años tenemos, eso es la experiencia: los conocimientos que nosotras hemos aprendido desde muy pequeñas. (Partera 1, 03 de febrero de 2020)

No existe reconocimiento de su trabajo, tampoco de su experiencia; se tienen prejuicios con relación a sus conocimientos y se realiza una valoración diferenciada, sin reconocimiento económico por parte del SNS. A la vez, el trabajo productivo y reproductivo que hacen con la familia y la comunidad tampoco es valorado y no se lo considera trabajo.

Por su lado, los funcionarios del SNS dicen que hubo esfuerzos por incorporarlas con una propuesta económica, incluso lograron contar con un convenio para ello; sin embargo, este no tuvo una partida presupuestaria fija, por lo que fue inviable.

> Nosotras como parteras, si algún rato nos lleva a trabajar, queremos atender como doctoras, tú también eres doctor, nosotros también somos doctoras; yo atiendo, tu atiendes, no queremos ser ayudantes, para ayudantes ya están las enfermeras. Si es así tampoco aceptamos, dijimos, y así hemos peleado bastante, pero hasta hoy lo que ellos quedaron de acuerdo no están cumpliendo. (Partera 1, 03 de febrero de 2020)

El SNS desconoce las desigualdades que las mujeres atraviesan, ya que ellas también proveen de cuidado y alimentación a la familia y a la comunidad; al realizar jornadas de trabajo como parteras, articuladas a los establecimientos de salud del ministerio, necesitan reconocimiento. Más aún cuando existen problemas estructurales de pobreza, distancias que deben caminar, gastos de transporte, situaciones de riesgo por violencia, etc.

Según la partera 2:

> si el Gobierno le está dando su sueldo y el señor, o cualquier promotor, ya va todos los días a las comunidades y está en contacto con los del ministerio; en cambio, nosotras no ganamos nada del Estado, solo estamos con nuestro esfuerzo, y no podemos ir a las comunidades y promocionar y llamar; entonces, eso quisiera que nos reconozcan. (Partera 2, 03 de febrero de 2020)

Prejuicios sobre los saberes ancestrales de las mujeres

Los comentarios y observaciones que tienen los servidores de la salud muestran que hay una falta de comprensión respecto a la práctica de la interculturalidad en la salud. Hay comentarios que caracterizan a las mujeres indígenas como no calificadas para saber alimentarse, y como parteras, que no tienen el suficiente conocimiento para atender partos; este último aspecto se ha visto tergiversado por la modalidad de certificación que cumplen las parteras voluntariamente, y cuyo fin, de acuerdo a las personas que crearon la política y cómo se describe en su norma, no es controlar sino facilitar el acceso a los servicios de salud a través de una credencial que habilite su ingreso y salida sin filtros y, de esta manera, contribuir al reconocimiento de su labor.

Según los funcionarios públicos del servicio de salud, zonas 1 y 2:

> los profesionales a veces no les dejan avanzar más, pero también hay que sensibilizar a las parteras de que si algo no se puede, no se puede controlar y no podemos tampoco jugar con la vida de la parturienta, con la vida del usuario; tienen que tomar en cuenta que no podemos llegar más allá de nuestros conocimientos, no podemos tener a la paciente, sangrando, por desconocimiento de la partera, o que la placenta no haya salido después de treinta minutos; eso es algo que ellas tienen que conocer y eso es lo que nosotros les decimos: los signos de alarma que ellas tienen que ver. (FPZ2, 05 de febrero de 2020)

> Otro problema es la lactancia, porque ellas tienen la tradición o antecedente de darle a lactar en una posición quizá incorrecta o errónea […]

> que hacen que las contracciones sean más fuertes; como con la oxitocina que utilizamos nosotros, ellas usan sus hierbas, frotan la manteca de boa en la parte del vientre, y nos decían que les provocaba más contracciones, más dolor y más rápido daban a luz, pero no es cien por ciento cierto […] Que le da contracciones, sí, sí tiene mayor efectividad, pero no está comprobado si son las plantas medicinales o alguna pastilla o algo que hayan ingerido lo que les provoca esas contracciones; lo que se ha visto es que en la mayoría de pacientes que han tomado agua de canela, agua de guayusa, agua de perejil, cilantro, manteca de boa, provoca que los niños o la mayoría de recién nacidos tengan sufrimiento fetal; es decir, que su líquido amniótico esté verde o verdoso, no claro. No es cien por ciento diagnosticado o sea científico. (FPS1, 05 de febrero de 2020)

El principal estereotipo es que las parteras no están preparadas para entender las indicaciones médicas y, por tanto, no pueden dar una atención adecuada. Se puede decir que no existe empatía ni interés por entender el contexto de las parteras y, en función de ello, buscar mecanismos para explicarlo y vincularlas al servicio. Se asume que solo son asistentes que siguen las tareas del doctor del establecimiento de salud.

Según el funcionario público de la Zona 3:

> tienen muchos problemas en el momento de la interpretación, incluso muchas veces nos dimos cuentan que había tratamientos fallidos, porque las parteras no podían interpretar las indicaciones de los médicos, ya que los médicos ponían abreviaturas que las parteras no podían identificarlas; más aún, cuando casi más del 605 % de las parteras no tenían ni siquiera educación primaria; entonces, eso complica muchísimo el tratamiento. (FPZ3, 05 de febrero de 2020)

La sostenibilidad de los servicios de salud intercultural en Tena

Existen aspectos contradictorios que deben considerarse a fin de lograr que los procesos que se han implementado en los servicios de salud intercultural persistan y logren mantener su continuidad.

Políticos

Debilidad política por la falta de colaboración de los GAD con temas de salud. Por una parte, se compara con otras provincias —como Orellana—, donde el GAD municipal, junto con las organizaciones sociales, ha logrado impulsar mecanismos para otorgar reconocimiento económico a las prestaciones que brindan las parteras.

> nunca hubo cómo llegar a un acuerdo para reconocerles el trabajo, porque ellas también lo que quieren y lo que necesitan es el reconocimiento de su trabajo, más que la credencial, más que el carné, debería ser lo económico […] pero falta de que los gobiernos autónomos entiendan y nos apoyen, porque nosotros como ministerio […] no podemos hacerles un reconocimiento. (FPZ1, 04 de febrero de 2020)

Se mencionan problemas de salud que tienen relación con las competencias del GAD y otras instancias del Gobierno, como la falta de agua potable en el cantón, que genera problemas gastrointestinales e impacta en los problemas de desnutrición de la población, en particular de los niños. También problemas de contaminación derivados de la industria extractiva.

> el principal problema de salud que ahorita tenemos es el consumo de agua insegura, aunque se trabaje mucho promoviendo que hay que hervir el agua, que tienen que purificar […] la alcaldía dice que tiene agua segura, pero nosotros sabemos que aquí no es así; entonces, la población sigue consumiendo por mucha educación que se les dé. (TAPS1, 05 de febrero de 2020)

Por otra parte, existe debilidad institucional en la participación pública sobre los modelos de las políticas interculturales. No hay debates nacionales con todas las poblaciones sobre los temas críticos de salud, el reconocimiento de las prácticas y los saberes medicinales propios, el pago económico a parteras, entre otros temas importantes.

Educativos

Una de las deficiencias más visibles que hay en los profesionales de salud es la falta de sensibilidad y empatía con las poblaciones indíge-

nas; esto tiene un gran impacto en los servicios que se implementan con enfoque intercultural.

Según el funcionario público de la Zona 2:

> Una de las limitantes creo que es el lenguaje, en este caso entre el Ministerio de Salud y la comunidad, porque los profesionales son de afuera, no conocen el lenguaje, no conocen las costumbres, no conocen la cosmovisión de la provincia o de la gente de las nacionalidades […] en el caso de los kichwa, como ya hablan el español […] ya no es tan complicado, pero con personas de la tercera edad, personas adultas que solo hablan el kichwa, es muy complicado. (FPZ2, 05 de febrero de 2020)

Los profesionales médicos que llegan a territorio no tienen formación en temas de salud intercultural, ni conocen las nacionalidades, ni están familiarizados con las costumbres, lo que genera choques y dificultades en la comunicación y, en consecuencia, en la confianza de la población para ejecutar las actividades de salud intercultural.

Según el funcionario público del Distrito 1:

> los médicos tratan de adaptarse al territorio, pero no es solo eso. Dentro de la malla curricular debería tratarse sobre la interculturalidad; los médicos vienen con su pensamiento de darles esto, esto, esto y nada más… entonces, esa adaptación es lo que falta o que vengan con un conocimiento básico de la interculturalidad. (FPD1, 03 de febrero de 2020)

> Cuando alguien va a ir a una provincia amazónica, como en este caso, debería estudiar la cultura, la alimentación, el tema del idioma y poder apropiarse […] los profesionales estamos basándonos exclusivamente en la malla curricular donde no hay un tema comunitario […] cuando abordamos a los médicos rurales, ellos quieren ir a trabajar en un hospital, no les gusta trabajar en el campo, en la comunidad, sienten como un año de castigo cuando vienen al Oriente, lo único que quieren es terminar para irse. (FPZ3, 05 de febrero de 2020)

Institucionales

Cada Gobierno propone optimizar los recursos del sector público, lo que significa la cancelación continua de los contratos de los funcionarios de varios ministerios. En el MSP, en las áreas sustantivas relacionadas con los procesos de promoción y salud intercultural, los equipos se han reducido a menos de la mitad en el último año.

> Fue el nuevo decreto que hubo en noviembre y se está aplicando desde este mes, ya nos están sacando a la mayoría de profesionales y eso está provocando la penuria; están sacando a los más antiguos, que ya conocen el territorio, y trayendo a gente nueva: o sea, avanzamos dos pasos, retrocedemos tres. (FPD1, 03 de febrero de 2020)

La reducción de personal administrativo de planta central, zonas y distritos tiene impacto directo en la ejecución de las actividades de salud intercultural en el territorio. No contar con el personal responsable de la implementación de los procesos tiene impacto en la calidad del monitoreo de las acciones y en el cumplimiento de los estándares de salud intercultural, como los del parto humanizado en libre posición.

> El problema es que, en la actualidad, se está cambiando bastante al personal; lastimosamente, no existe la continuidad de los procesos, porque yo puedo manejarlo desde mi punto de vista y le digo así lo vamos a hacer, hacemos un quipo y ya está, pero cambian a las personas y las que vienen no saben nada, vienen a aprender. Entonces, ahí, todo lo que llevamos avanzando, se retrasa, o es como que empezamos de nuevo. (FPD1, 03 de febrero de 2020)

Roles y estereotipos de género

Se señala al machismo como el principal factor para impedir el acceso de las mujeres a los procesos de participación social y de atención en salud, ya que sus parejas o esposos no aceptan que asistan a las capacitaciones. A la vez, también se asocia a este como resistente a la anticoncepción como práctica de buena salud, porque los hombres tienen

celos o creen que les serán infieles. También se identifica el machismo como el responsable de la violencia intrafamiliar.

> son muy reacios a los métodos anticonceptivos, porque, dentro de la cosmovisión indígena, los hombres creen que la mujer se vuelve loca cuando porta un anticonceptivo; los embarazos son un porcentaje muy alto en la provincia y eso genera un nivel súper drástico de muertes maternas. Napo tuvo dos años seguidos cero muertes maternas y fue gracias a nuestro trabajo; o sea, vimos el cambio antes de tener TAPS y después de tener TAPS, y no creo que sea una casualidad, sino que nos ayudó muchísimo ese relacionamiento, porque las charlas de anticoncepción son en kichwa y les dan seguimiento. (FPZ3, 05 de febrero de 2020)

Conclusiones

La salud intercultural en Tena es un proceso en construcción. Por una parte, se observa la institucionalización de procesos, normativas y esfuerzos de adecuación del enfoque dentro de la política pública; por otra, el contraste de los servicios evidencia que existen limitaciones respecto a las competencias de los profesionales de salud, tanto en el conocimiento del idioma como en el abordaje intercultural, empatía con los pacientes y su articulación con las mujeres parteras kichwa del territorio.

Los resultados alcanzados dan cuenta de que la implementación es un proceso que no solo requiere de normativas, sino de la adecuación de espacios, presupuesto y la interlocución entre distintos actores del territorio para articular servicios y prestaciones, de tal forma que cumplan con el fin de la atención en salud intercultural.

Se identifican tensiones relacionadas con las diferencias culturales, pero también con la necesidad de fortalecer la institucionalidad en el enfoque y el conocimiento de las prácticas ancestrales y el contexto cultural kichwa. Aunque el idioma es el aspecto que más llama la atención, tanto a profesionales del MSP como a las parteras, ya que es una herramienta clave en la oferta de los servicios, las tensiones más fuertes tienen que ver con una comprensión normalizadora de la salud intercultural, vista solo

como prestaciones y no como un intercambio de saberes, de derechos humanos, respeto y empatía de los profesionales de salud con las parteras kichwa y los pacientes indígenas.

Las tensiones con las parteras se evidencian porque no se reconocen sus saberes y conocimientos ancestrales, no se superan algunos aspectos de la comunicación, la interlocución y las formas de su participación en los establecimientos de salud. Las tensiones dejan de manifiesto que hay cuestiones que contradicen las normas dispuestas por el MSP respecto a la comprensión de la interculturalidad como un espacio de construcción y no de jerarquía de la autoridad sobre la población kichwa.

Las parteras son solamente vistas como captadoras de mujeres embarazadas o niños enfermos y no como poseedoras de sabiduría ancestral que conocen su cultura y tienen los medios para asistir el parto, incluido los casos con complicaciones. También hay insistencia, de parte de las parteras, por recibir una compensación económica a cambio de la asistencia sanitaria que realizan.

De igual forma con los TAPS, su labor ha logrado articular fuertemente a la población con los servicios de salud; sin embargo, están centrados en la labor asistencial y no hay espacios de interlocución y fomento de las actividades que promuevan una comunicación intercultural que fortalezca el subsistema de salud.

La investigación identifica amenazas asociadas a ciertos aspectos políticos, institucionales y de roles de género que interrumpen y caotizan el proceso de salud intercultural que se ha logrado construir en el subsistema de salud del MSP. En lo político, se identifica que no hay claridad sobre el reconocimiento económico a las parteras; existe una difícil interlocución entre instituciones del Estado y las organizaciones indígenas en el territorio, y una falta de debate sobre la interculturalidad en salud.

En lo institucional, el MSP ha recortado los contratos y ha reducido partidas, lo que impacta en la implementación de las políticas de salud

intercultural, debido a que los equipos, tanto de nivel central como zonal y distrital, se reducen, sin que quede claro quiénes asumen la implementación de los productos de las políticas de salud intercultural, más la incertidumbre que genera en la continuidad de los procesos.

Finalmente, el machismo es una gran dificultad para que los procesos de articulación y entrega de servicios de salud sexual y reproductiva a las mujeres se ejecuten adecuadamente; los hombres kichwa impiden su asistencia y participación. Aquí se abren varias aristas de trabajo, tanto en el ámbito sanitario como en la creación de otros espacios para tratar problemas transversales, como las desigualdades de género, y que el personal de salud se articule con comités ciudadanos y trabajo intersectorial con otras carteras de Estado, GAD y el movimiento indígena y sus organizaciones.

Referencias bibliográficas

Barrionuevo, M. de los Á. (2019). Situación de las mujeres amazónicas y salvaguardas sociales y ambientales para REDD+. En *Diagnóstico de la situación de las mujeres amazónicas* (pp. 20-41). Ministerio del Ambiente, Ministerio de Agricultura y Ganadería, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, Fondo Verde para el Clima, Fondo Mundial para el Medio Ambiente, Entidad de Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de Mujeres. https://bit.ly/40LZuMf

Constitución de la República del Ecuador. (2008). Corporación Editora Nacional.

GAD Napo. (2020). *Plan de desarrollo y ordenamiento territorial Napo 2020-2023*. GAD Napo. https://bit.ly/3AJAOJB

Gomes de Lucena, M. de F. (2012). Introducción. En *Mulheres da terra: Un estudo sobre saúde e gênero na área rural de Pernambuco* (pp. 15-39). Universidade Federale de Pernambuco.

INEC. (2022). *Principales resultados de la Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo - Anual. 2022*. INEC. https://bit.ly/4frhcsC

Lorenzetti, M. (2017). Los enfoques de salud intercultural en los ámbitos de gestión e investigación en Argentina. *Revista de Estudios Marítimos y Sociales,* (*11*), 148-176. https://bit.ly/3Yrc6Wa

Menéndez, E. L. (2018). Antropología médica en América Latina 1990-2015: Una revisión estrictamente provisional. *Salud Colectiva*, *14*(3), 461-481.
Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2020). *GeoSalud 3.7.3* | MSP. Visualizador de salud. https://bit.ly/4hxsrkP
Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS.* MSP.
Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2016). *Producción de atenciones y consultas ambulatorias MSP 2016*. Tableau Public. Visualizador de salud. https://tabsoft.co/3NTeDUe
Ortega Pérez, F. (2010). Bioética en la interculturalidad. En *Salud, interculturalidad y derechos claves para la reconstrucción del Suman Kawsay - Buen Vivir* (pp. 127-146). Abya-Ayala, MSP Ecuador.
Orozco, M. (03 de marzo de 2022). Estas son las provincias con mayor y menor pobreza del país. *Primicias*. https://bit.ly/3O8rdPx
Pillalaza, C. (2023). *Análisis preliminar CENSO 2022 con enfoque en Pueblos y Nacionalidades*. Secretaría de Gestión y Desarrollo de Pueblos y Nacionalidades. https://bit.ly/3CmUfbu
Walsh, C. (2002). (De) Construir la interculturalidad. Consideraciones críticas desde la política, la colonialidad y los movimientos indígenas y negros en el Ecuador. En N. Fuller, *Interculturalidad y política. Desafíos y Posibilidades* (pp. 115-142). Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú.

Lista de siglas y acrónimos

APS: Atención Primaria en Salud
INEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos del Ecuador
ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
MSP: Ministerio de Salud Pública
MAIS-FCI: Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural
RPIS: Red Pública Integral de Salud
SNS: Sistema Nacional de Salud
TAPS: técnicos de atención primaria en salud
FPS: funcionario público de servicio de salud
FPD: funcionario público del distrito
FPZ: funcionario público de zona
FPC: funcionario público nivel central