

CULTURA Y SALUD

Fundamentación del modelo de gestión intercultural ecuatoriana en la atención primaria de salud

Bases of the pattern of Ecuadorian intercultural management in the primary health care

Dra. Lourdes Almeida Vera y Dr. Luis Almeida Vera

Colegio Médico del Guayas, Ecuador.

RESUMEN

En esta investigación se fundamenta, desde el punto de vista epistemológico, el proceso de atención primaria en el sistema de salud pública en Ecuador, específicamente en la provincia del Guayas, con énfasis en el proceso de terapias tradicionales y alternativas en la atención sanitaria, relacionado con el sistema biomédico oficial de salud integral, con enfoque holístico, familiar, comunitario e intercultural, basado en el respeto a las particularidades y peculiaridades étnicas. Se definen diferentes criterios y enfoques asumidos por los profesionales de la salud, que favorecen la apropiación de una lógica en el pensamiento científico, lo cual contribuye al equilibrio psiconeuroinmunoendocrinológico, que alcanza el *ally kawsay* o buen vivir de la población ecuatoriana.

Palabras clave: modelo de gestión intercultural, naturópata, medicina ancestral, terapias tradicionales y alternativas, atención primaria de salud, Ecuador.

ABSTRACT

In this investigation, the process of primary care in the public health system of Ecuador is consolidated, from the epistemological point of view, specifically in the province of Guayas, with emphasis in the process of traditional and alternative therapies in the health care, related to the official biomedical system of comprehensive health, with holistic, family, community and intercultural approach, based on the respect to the ethnic particularities and peculiarities. Different approaches and criteria assumed by the health professionals are defined, which favor the appropriation of a logic in the scientific thought, that contributes to the psychoneuroinmunoendocrinological balance that reaches the *ally kawsay* or good living of the Ecuadorian population.

Key words: pattern of intercultural management, naturopathic, ancestral medicine, traditional and alternative therapies, primary health care, Ecuador.

INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud Pública en Ecuador, bajo el contexto de la globalización de la economía y la cultura, legaliza y legitima a los actores de la medicina ancestral (hombres y mujeres de sabiduría), que fundamentan su arte de curar, ofrecer protección, mantener el equilibrio social y familiar, en el equilibrio de la naturaleza, en la interculturalidad como concepto de la relación interpersonal, grupal y estructural entre los diferentes grupos sociales de diversas culturas, en el que unos y otros

aceptan su modo distinto de ser y logran autoidentificación cultural, a través de la complementariedad, pilar fundamental para el logro de las costumbres personalizadas de vestimenta, alimentación, así como creencias que obstaculizan el desarrollo interpersonal y el logro pluricultural en la atención de salud.

Alcedo,¹ lo describe como los primeros médicos de la colonia, por sus altos niveles de aceptación y confianza en sus tratamientos y, acreditados hoy día por sus propias comunidades. Reciben diferentes denominaciones, de acuerdo con las distintas regiones geográficas: son conocidos como *Yáchac* o *Taitas* (conocedores, sabios) en la nacionalidad kichwas, *así como Ponelas* en la nacionalidad tsáchila, en la región de la sierra.

Por su parte, Aguirre² plantea que en la Amazonia se les conoce como *Yagé Jujuque* e *Inti Paiki* (nacionalidad secoya); *Uwishines* (nacionalidad shuar y achuar); *Iroi* (nacionalidad huaorani) y *Shímano* (nacionalidad zápara). En las estribaciones occidentales andinas, *Mirukos* (nacionalidad chachi); en la región interandina, *Jambic runas* (curanderos), *Jacuc runas* (sobadores), *Wachachik* (parteras); mientras que en la región de la costa se los conoce como curanderos (cura con los elementos de los 3 reinos de la naturaleza), sobadores (cura con huevo de gallo y gallina, cuy), hueseros (corrige las safaduras y lisiaduras), hierbateros (cura con plantas medicinales), parteras o comadronas (atiende los partos).

Ecuador se caracteriza por una compleja diversidad cultural, reconocida por la Constitución Política, aprobada en 2008, como un estado plurinacional y multiétnico, lo que condiciona la demanda de una complementariedad entre sistemas médicos. En el transcurso de su historia, se encuentran 2 modelos de salud predominantes: el oficial, de carácter biomédico, "occidental" o alopático y el ancestral tradicional o de los pueblos originarios, llamado también indígena o prehispánicos y de afrodescendientes.

Los autores de este artículo coinciden con los criterios de algunos investigadores,³⁻⁵ quienes plantean que la contradicción se revela en el orden epistemológico entre sistemas médicos diferentes y el hegemonismo de la biomedicina, manifestado en un conjunto de contradicciones en el orden social, expresadas en el rechazo de las personas pertenecientes a estos grupos étnicos a la asistencia a las instituciones de salud, la falta de adhesión a los tratamientos y a las prácticas médicas occidentales, la falta de confianza en los especialistas y profesionales de la salud, así como en los conflictos de poder entre agentes tradicionales y médicos.

Estos también analizan que el menosprecio y la subvaloración a los saberes y prácticas de la medicina ancestral tradicional, el desconocimiento del sustrato cultural de estas, las manifestaciones de un racismo velado en el trato con pacientes de grupos étnicos originarios, entre otros aspectos negativos en los pueblos originarios indígenas y afrodescendientes, son las principales causas de morbilidad y mortalidad por infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas, desnutrición, alcoholismo, infecciones de transmisión sexual y prevalencia del parto domiciliario.

De ahí que los autores proponen la necesidad de un estudio dirigido a buscar alternativas para cambiar las relaciones entre el sistema médico oficial institucionalizado y los sistemas médicos ancestrales y tradicionales, así como en las bases del sistema de formación de la carrera de medicina en el país, al proponer un modelo de salud intercultural, sustentado en un nuevo tipo de relaciones que fomenten la práctica médica intercultural.

Todo lo señalado anteriormente conduce al problema científico, el cual se enmarca en la inobservancia del acervo cultural de los pueblos ancestrales latinoamericanos por el paradigma médico occidentalista, que sustenta el sistema de salud en Ecuador, lo que lleva a preguntarse: ¿Qué elementos deberán sustentar un modelo de salud intercultural pertinente a la atención primaria en Ecuador, que facilite la interacción entre sistemas médicos?

Definir como objeto de estudio un modelo de salud intercultural, que incorpore la adecuación cultural de los servicios de salud y la comunicación intercultural, como sustento del proceso de atención a una población multiétnica, facilitará la interacción entre sistemas médicos.

Se establece como objetivo la fundamentación, desde una perspectiva sociológica e interdisciplinar, de un modelo de salud intercultural para la atención primaria, que facilite un proceso de atención intercultural e incorpore la adecuación cultural de los servicios de salud y la comunicación intercultural, como sustento del proceso de atención a la población.

Para la consecución de los resultados se emplearon métodos teóricos (lógico-histórico y el analítico-sintético) y métodos y técnicas empíricas de la investigación social (cuestionarios, entrevistas y grupos focales), los cuales permitieron triangular los datos obtenidos desde las perspectivas cualitativas y cuantitativas de la investigación.

El primer cuestionario se aplicó a los 85 médicos que brindaban servicios en los centros de salud del nivel primario; el segundo, a una muestra de 360 personas en edades comprendidas entre 20 - 64 años (de un total de 3 980).

Se entrevistó a 20 naturópatas alternativos académicos que laboraban en la provincia y a 25 sanadores seleccionados entre los 79 ya reconocidos, escogidos entre los de más edad; también se realizó entrevistas a profundidad a 5 administrativos del nivel provincial del Ministerio de Salud en Ecuador.

Se utilizaron métodos matemáticos y estadísticos para la cuantificación y procesamiento de los datos obtenidos como resultado de las encuestas y del trabajo con los expertos.

Las tareas científicas previstas para dar cumplimiento a la investigación se definen según la secuencia siguiente:

- Determinar las principales tendencias históricas del proceso intercultural en la atención primaria de salud en Ecuador.
- Caracterizar desde el punto de vista holístico los elementos que deberán sustentar un modelo de salud intercultural, pertinente a la atención primaria en Ecuador, que facilite la interacción entre sistemas médicos.

Como aporte teórico, la investigación proporciona la concepción interdisciplinaria de salud, que sirve como eje central a un modelo de salud intercultural, es decir, que promueve la implementación y generalización de un modelo de análisis de salud intercultural, desde un enfoque interdisciplinar entre las ciencias médicas y sociales, en especial la sociología, que incorpora la adecuación cultural de los servicios de salud y la comunicación intercultural, como sustento del proceso de atención a una población multiétnica.

DESARROLLO

Para la fundamentación epistemológica se asumen diferentes criterios que por su importancia es necesario significar.

Algunos investigadores,^{6,7} plantean que desde inicios de la humanidad, el saber médico resumido en el tratamiento de la enfermedad y el cuidado de la salud, permitió que diferentes culturas especializaran grupos mágicos-sacerdotales (hombres y mujeres de sabiduría), quienes mediante la observación sistemática, de correlacionar la planta, el órgano y la enfermedad, de predecir por medio del augurio, el éxtasis y la iluminación, de considerar los mandatos de las deidades originarias (aunque también de los nuevos dioses y santos de raigambre occidental), explicaron la enfermedad, al tiempo que la tratan en su relación con las condicionantes temporales, con el medio natural, social y cultural. De igual manera, la presencia de muchas plantas sagradas o mágicas como los enteógenos (plantas con propiedades psicoactivas) han permitido a los sabios ancestrales (shamanes), seguir el movimiento vibrante y luminoso de la enfermedad, lo que quiere decir, ver y oír los remedios en los éxtasis provocados en las mesas de ofrenda, purificación y sanación.

Otros analizan el saber médico ancestral tradicional en América Latina y lo conceptualizan como un saber empírico, con el genial aporte de los amautas en el Yachaihuasi del Cusco, de los hampicamayocs o médicos del incario, de los callawayas y yatitisyamaras y quechuas, que pertenecían a los clanes de la nobleza y su saber era de carácter integral, no separaban al ser humano del espacio y del tiempo, lo veían como un todo, unido a la naturaleza, enraizado en el submundo y sujeto a las fuerzas temporales, cuyos recursos alcanzaban hasta los cielos.⁸⁻¹⁰

Así, en estos 3 mundos el hombre era capaz de perder su armonía (*ayni*), de alterar su equilibrio (*jinchí*) y de agotar su fuerza (*sinchi*). Recorrieron los Andes desde México hasta el norte de Chile y compartieron los secretos mágicos-religiosos de los pueblos indoamericanos.

En Latinoamérica, estos conocimientos de los hombres sabios de los Andes (yáchacs, hierbateros, sobadores, parteras), les permitió durante la colonia ser considerados por los españoles como médicos oficiales; criterio que perduró hasta el siglo XVII, pero desarrollaron, además, un liderazgo político en los movimientos milenaristas de resistencia y recuperación del Tahuantinsuyo, a más del movimiento Taquiunkuy en el que activaron con fuerza el Jambiyuc, a través del movimiento indígena de ese entonces, de modo que levantaron la lucha y la resistencia a los colonizadores y sumados a las campañas de extirpación de idolatrías emprendidas por la iglesia, sustentaron la reiterada persecución de estos sanadores, fenómeno presente hasta hoy día.¹¹

Algunos consideran que tanto la salud como el existencialismo de la vida, llevada desde lo individual hasta lo colectivo, y lograda como respuesta de vivencia armoniosa entre la naturaleza y el ser humano, han formado parte de la tradición cultural de los pueblos en cuanto a la prevención y tratamiento del proceso salud-enfermedad y la han tratado desde su verdadera causa, buscando permanentemente el porqué, ya que cada persona posee una composición orgánica y energética individual.^{12,13}

De esta manera, algunos seres humanos se enferman por el calor y otros por el frío o porque se afectaron del mal aire, por cuanto la comunidad científica, con actitud e ideología fundamentalista, inculcada en las facultades de medicina con lineamiento

occidental, ponen en dudas los principios de la medicina ancestral tradicional, a pesar de estar muy enraizada en la vivencia popular comunitaria de los grupos culturales étnicos, ya que el personal médico sostiene el paradigma de ser solo ellos los poseedores de toda la verdad en el campo de la salud y descartan cualquier concepto ancestral tradicional en el tratamiento salubrista, al cual denominan “empírico” o “no científico”.^{12,13}

Según se plantea, es ampliamente conocido que en Latinoamérica el modelo biomédico analiza la realidad a partir del paradigma analítico, reduccionista, positivista e individualista, a la vez que provoca que los servicios de salud del siglo XXI denoten deficiencias estructurales básicas en su provisión y administración; mientras que el sistema de medicina ancestral tradicional, basado en la espiritualidad (energético, holístico, tradicional, comunitario), que respeta las particularidades de cada individuo, de sus nacionalidades y pueblos gnoseográficos, etiológicos y terapéuticos relativamente comunes (indígenas, montubios, afrodescendientes y mestizos), que han formado parte de la evolución de la humanidad en todos los tiempos, permite hoy día ser contextualizado en la constitución ecuatoriana como el *ally kawsay* o buen vivir.¹⁴

Estas definiciones corroboran el hecho de que en Latinoamérica el modelo biomédico fundamentado en la conciencia objetiva (contradictorio, formal), contra la conciencia afectiva (no contradictorio, no formal) que caracteriza al modelo tradicional ancestral y que durante centurias, más que complementarios fueron y continúan siendo competitivos y antagónicos en el proceso salud-enfermedad, permitió que en la mencionada provincia, el sistema de salud pública incluyera, de acuerdo con el artículo 360 de la Constitución de la República del 2008, las terapias tradicionales y alternativas en la atención sanitaria, con vistas a brindar a la población una atención de salud integral con enfoque holístico y familiar comunitario.

Con la particularidad de respeto a sus peculiaridades étnicas (mestizos, afrodescendientes, montubios, cholos e indígenas), el equipo de salud multidisciplinario e intercultural, el naturópata contribuye a la resolución de los problemas de salud de los pacientes y logra la complementariedad, a la vez que observa al ser humano desde el concepto mente-emociones-cuerpo, y sustenta su nivel de atención en la psiquis del paciente como el productor de su desequilibrio, actualiza el paradigma hipocrático de que no hay enfermedades, sino enfermos y, por lo tanto, su tratamiento se fundamenta en lograr el equilibrio psiconeuroinmunoendocrinológico del paciente con su entorno, con la naturaleza y rescatar los valores vivenciales, desde lo familiar, comunitario y social.

Carter¹⁵ define la Naturopatía como la ciencia que estudia al ser humano de manera general y holística, en sus implicaciones metafísicas y espirituales; asimismo, es la profesión médica complementaria que diagnostica, trata al paciente y lo observa íntegramente, como parte del macrocosmos y microcosmos natural, por lo que sus instrumentos y métodos de diagnosis terapéutica son eminentemente obtenidos de la naturaleza (fuego, tierra, metal, agua y madera o viento).

La construcción del modelo intercultural se presenta como el esfuerzo de la interacción sistémica entre las diferentes formas de pensamiento y hacer salud, en un país geográficamente diverso, multiétnico y pluricultural.

Varios autores¹⁵⁻¹⁸ refieren que cuando los modelos interculturales en salud validan sabiduría y prácticas médicas ancestrales, permiten responder a las demandas contemporáneas del conocimiento y de su ejercicio, puesto que miran el mundo bajo

una perspectiva unificada y dinámica de los procesos culturales, garantía ineludible en el crecimiento y desarrollo de toda sociedad. Frente a esta propuesta se estructuran estrategias para obtener los resultados deseados, entre las cuales figuran: utilizar medios institucionales del Ministerio de Salud Pública (unidades de atención, talento humano, recursos económicos) e instituciones de los pueblos y nacionalidades ancestrales (redes de sanadores, recursos diagnósticos y terapéuticos, basados en la sabiduría y el conocimiento ancestral).

1. Cumplir con la estrategia de la promoción de salud, la prevención de enfermedades y el tratamiento de los afectados por parte del equipo multidisciplinario de salud intercultural, así como también utilizar indistintamente y de forma complementaria los recursos de unos u otros modelos y sistemas.
2. Adecuar culturalmente los servicios y sus prestaciones (gestión y atención de salud).
3. Dotar de oferentes (naturópatas) o demandantes (pacientes) de acuerdo con las necesidades de operativización de dicho equipo en los contextos de la promoción, prevención, atención, rehabilitación y desarrollo integral.

Se conformarán tantos equipos de atención integral con enfoque intercultural, como realidades diversas existan en el país.

También se analiza lo posmoderno como una perspectiva intercultural que responde de mejor manera a las características de una sociedad ecuatoriana del siglo XXI, donde se integran opciones cimentadas en lo pluriétnico, pluricultural y multilingüe, lo cual permite la validación de sabidurías, conocimientos y prácticas ancestrales de las 24 nacionalidades y 18 pueblos como adopción de un estado ecuatoriano plurinacional, de acuerdo con lo que establece la nueva constitución del 2008.¹⁹

A juicio de los autores de esta investigación, los presupuestos teóricos de partida para el acercamiento a los conceptos de interculturalidad y salud intercultural, se hallan en la antropología médica, ubicados en el reconocimiento de los sistemas médicos en su condición de sistemas culturales, lo cual facilita:

- Entender el proceso salud/enfermedad como un sistema de relaciones de adaptación sociocultural y espacio de lucha de significaciones.
- Considerar la enfermedad como una construcción social.
- Analizar los servicios de salud biomédicos en función de las relaciones de poder y dominación.
- Comprender que las diferencias entre los modelos explicativos de la salud y la enfermedad obedecen a perspectivas culturales.

Desde las teorías sociológicas generales, el concepto de hecho social de Emily Durkheim, permite comprender los problemas de salud en su condición de problema social y ampliar la perspectiva para el análisis de la relación problema de salud/ problema social.²⁰

Carlos Marx, desde la concepción materialista de la historia, al analizar la relación entre la economía y las instituciones sociales, ofreció el espacio para una

interpretación materialista en el estudio de la salud como institución social. En su teoría demuestra la dependencia que a nivel macrosocial tiene la organización social y el sistema de salud.²¹

Para Talcott,²² la enfermedad es una disfunción dentro del sistema social, de causa biológica y social, una desviación, un estado de perturbación en el funcionamiento "normal" del individuo, del cual no es responsable. Coloca al enfermo en un estado de sufrimiento, incapacidad, riesgo, incompetencia para ayudarse a sí mismo, desajustado emocionalmente, que enfrenta a sus familiares, tenso, desamparado, incapacitado, en peligro, humillado por su incapacidad para funcionar normalmente, con relaciones sociales interrumpidas, incómodo y vulnerable para el futuro, entre otros aspectos.

La cosmovisión que le aporta la interdisciplinariedad entre sociología cultural y sociología de la salud a la concepción de salud intercultural, radica en la comprensión de la salud como proceso sociocultural; como producto y expresión cultural, mediado por influencias culturales de distinto origen.

Hay que detenerse en el pensamiento de Pierre Bourdieu²³ como propuesta teórica fundamental en el análisis sociológico de la salud intercultural, al encontrar en su concepción una serie de herramientas teóricas para analizar la realidad intercultural existente en Ecuador y, en particular, en la provincia del Guayas, la cual sirvió de escenario a la presente investigación, que se aviene a la perspectiva relacional que defendemos y que debe acercarse a esta problemática.

- *Habitus*: eje para entender el proceso de reproducción de los conocimientos médicos ancestrales, su transmisión de generación en generación entre los miembros de grupos étnicos y la conformación de sus prácticas y creencias de salud.

- Campo: permite entender que el espacio social en el que se concreta la salud intercultural, es el campo en el que confluyen las distintas formas de capital (social, económico, cultural) y los correspondientes *habitus*, como principios generadores de prácticas distintas y distintivas, como sistemas de disposiciones que norman conductas, creencias, tradiciones, modos y estilos en las prácticas de vida y de salud de los pueblos originarios y afrodescendientes. Entre los diferentes agentes del campo de la salud intercultural se establecen verdaderas relaciones de poder por acceder al capital simbólico y se manifiestan diversos *habitus*.

Otros conceptos utilizados son el de capital simbólico y violencia simbólica. El espacio social que simbólicamente se institucionaliza en el área de salud intercultural, es donde ocurre la interacción dialéctica inseparable entre campo y *habitus*.

- Capital simbólico, representado en la autoridad, prestigio, reputación, crédito, fama, notoriedad, honorabilidad, talento y respeto de los hombres y mujeres de sabiduría ante su grupo, por los conocimientos acumulados en su trayectoria de sanación.

- Violencia simbólica o conjunto de relaciones de sentido, que constituyen la dimensión simbólica en el orden social. Para él, toda forma de dominación tiene una dimensión simbólica, como sucede con la relación entre el modelo biomédico sobre los sistemas médicos ancestrales, que pone en juego estructuras cognitivas que, aplicadas a las sociales, establecen relaciones de sentido.²⁴

En la realidad estudiada en la provincia del Guayas, las distintas formas de capital se encuentran distribuidas de manera desigual en el espacio social, lo cual ocasiona

marcadas diferencias sociales. Así, el espacio social representado simbólicamente por el área de salud intercultural objeto de estudio, se presenta como un conjunto de relaciones sociales y significados, que diferencian a los agentes en sus costumbres, hábitos, tradiciones, creencias, comportamientos, gustos, representaciones, concepciones y conductas relacionadas con la salud.

Por otra parte, también se interactúa con otras concepciones como la propuesta de la acción comunicativa, la cual ayuda a comprender que en un proceso de salud intercultural ocurren aquellas manifestaciones simbólicas que son el reflejo de la interacción de la medicina alopática con el mundo de vida del paciente, mediado por la comunicación. Por ello, en términos de salud intercultural, es necesaria una acción comunicativa, concebida como una interacción social coordinada por el empleo del lenguaje orientado a entenderse.²⁵

De ahí que, en los espacios de salud intercultural deberá construirse un texto discursivo que le permita entenderse y ser entendido por las partes: dígase el paciente y el médico, la familia, los otros actores de salud (hombres y mujeres de sabiduría) y la comunidad.

El naturópata como profesional médico, se convierte en mediador cultural en el proceso múltiple de la comunicación con el paciente, los familiares y sus grupos de pertenencia. En este sentido, se aplica la teoría sobre la mediación cultural desarrollada por Martín Barbero, la cual explica que la mediación es el lugar desde donde se otorga sentido al proceso de comunicación. En fin, la gran mediadora de todo proceso de producción comunicativa es la cultura.²⁶

También se tiene en cuenta el análisis de la relación entre poder y conocimiento de Foucault *et al.*²⁷ La hegemonía en las prácticas culturales, como en las prácticas de la biomedicina, equivale a la cultura que el poder social logró generalizar para otros segmentos sociales.

Todas estas teorías han hecho posible que dentro de las 28 áreas de salud existentes en la provincia del Guayas, se hayan conformado 28 equipos de salud multidisplinaros interculturales, que atienden a los moradores del sector correspondiente a cada área de salud, donde el modelo de atención primaria que se sigue es el siguiente: primeramente, el paciente es remitido al naturópata por el médico occidental, con el diagnóstico semiológico occidental alopático y fundamentado con las manifestaciones clínicas presentes y los exámenes complementarios realizados (imagenológicos y de laboratorio); luego, al ser valorado por el naturópata, este analiza el cuadro clínico desde el inicio, muy peculiar, emocional y, a lo mejor, olvidado, pero que al recordarlo obtiene la información del *primun movens* del proceso patológico, construido después del desequilibrio psicoemocional que afectó el subconsciente del paciente, gravado en la mente de este y sumado a los procesos de invasión de radicales libres (positrones) en las zonas corporales.

Con referencia a lo anterior, una alimentación y un estilo de vida inadecuados logran que el organismo entre en acidosis o alcalosis extrema, lo cual trae consigo la afectación de los órganos más débiles del cuerpo y se obtiene entonces como factor de exoneración lo que occidentalmente se denomina "patología", la cual puede presentarse de diferentes formas: como proceso de emergencia, si no supera las 24 horas; como procesos agudos, desde 1 hasta 14 días de haberse presentado, o como procesos crónicos, cuando superan los 15 días en el organismo.

Una vez determinada la impresión diagnóstica, registrada en la historia clínica, se aplicará el tratamiento ancestral tradicional, que se inicia con la limpieza energética, cuya intención es despojar al organismo de los radicales libres (positrones), luego realiza el equilibrio de los centros energéticos (7 chakras mayores) y más adelante hace la alineación meridional, con el fin de eliminar bloqueos energéticos en los meridianos o nadis y permitir que la energía vital fluya de la cabeza a los pies (centrífuga) y de los pies a la cabeza (centrípeta). Posteriormente, determinará la génesis de los conflictos por la bilateralidad en la contracción del hemicuerpo derecho (problema de orden femenino o *yin*) o hemicuerpo izquierdo (problema de orden masculino o *yang*).

Por su parte, el naturópata aplicará al paciente las técnicas de la especialidad (magnetoterapia, *Su-Jok*, masajes terapéuticos, quiropraxia, reflexoterapia, acupuntura, moxibustión, terapia neural, *reiki* e hipnosis) y finalmente indicará la fitoterapia y terapia floral de acuerdo con las necesidades terapéuticas del paciente.

Entre los conceptos fundamentales que se aportan figuran:

- Salud intercultural: proceso en el que las distintas percepciones y prácticas de salud-enfermedad-atención, operan desde los distintos sistemas médicos, se ponen en juego, se articulan y se complementan en el proceso de atención, las estrategias de cuidado, las acciones de prevención y curación de la enfermedad, el accidente y la muerte en contextos pluriétnicos. Implica la integración de las prácticas culturales ancestrales, así como la incorporación de los actores tradicionales junto a promotores interculturales y el empleo de las lenguas originarias en el sistema de atención de salud.

En esta se distinguen 3 dimensiones:

1. Política: voluntad política, garantía básica para el reconocimiento del escenario de multiculturalidad y derivación de las distintas estrategias de adecuación y comunicación intercultural.
2. Estructural: permite y facilita la adecuación cultural de los servicios de salud en las distintas instancias del sistema sanitario.
3. Formativa: garantiza la formación intercultural del personal médico y su adecuada capacitación en comunicación intercultural, además de que lo prepara para desempeñar la función de mediador intercultural.

De esta manera, se superan las limitaciones de otras anteriores, en tanto integra el proceso de comunicación y adecuación intercultural, con el componente formativo.

- Adecuación cultural de los servicios de salud: incorporación del naturópata y otros actores sociales en el equipo multidisciplinario de atención en la APS (proceso de atención naturopática, promotores interculturales, hombres y mujeres de sabiduría, entre otros).
- Definición de espacios de interculturalidad: parto vertical, casas de espera y compañía familiar.

- Comunicación intercultural en salud: formación y capacitación en medicina ancestral tradicional (nivel de conocimientos sobre prácticas ancestrales y capacitación a los equipos multidisciplinares en interculturalidad).
- Capacidad comunicacional: respeto a la diversidad cultural, capacidad de desarrollar un proceso de comunicación intercultural (respeto a la individualidad, actitud flexible y aceptar las diferencias, por citar algunos).

El proceso de investigación se sustenta en una experiencia profesional de 23 años de servicio como médico epidemiólogo, especialista en medicina natural y tradicional y máster en docencia superior e investigación educativa, lo cual ha permitido desarrollar distintas acciones en el subproceso de medicina intercultural en la provincia del Guayas, Guayaquil, Ecuador.

La metodología de la investigación empleada, prioriza el empleo del paradigma cualitativo, en tanto se han realizado historias de vida, observación participante y entrevistas, además de la incorporación de los resultados del trabajo que desde los postulados de la investigación-acción-participación se consiguen con el proyecto realizado en las 28 áreas de salud de la provincia y que consta de 5 fases:

- Fase 1: diagnóstico situacional
- Fase 2: sensibilización poblacional
- Fase 3: capacitación profesional
- Fase 4: nivel de ejecución del proyecto
- Fase 5: monitoreo y supervisión

El proceso de investigación empírica que avala estos resultados, fue desarrollado en el período 2007-2012 por los propios autores, en el contexto de una experiencia de implementación del subproceso de medicina intercultural en la provincia del Guayas, llevada a cabo en sus 28 áreas de salud, lo cual permitió introducir elementos de salud intercultural al trabajo de los equipos de terapeutas en el nivel primario de atención, con lo cual se logró la formación de equipos multidisciplinarios de salud intercultural.

Esta propuesta propició la modificación de creencias, conductas y trato del personal institucional e informó sobre la importancia de conocer las representaciones y prácticas locales que del proceso salud-enfermedad tienen estas poblaciones, siempre respetando, ante todo, su cultura y su derecho a la diferencia.

CONSIDERACIONES GENERALES

Los presupuestos teóricos de partida de esta investigación, se aportan desde la antropología, con el reconocimiento de los sistemas médicos en su condición de sistemas culturales.

En el contexto latinoamericano, las experiencias aplicadas desde un enfoque intercultural, se han caracterizado generalmente por un tratamiento a la salud desconectado del resto de los problemas de las poblaciones y comunidades, sin vínculos con la estructura social y económica, las cuales tienden a producir efectos políticos de control y especialización que “legalicen” la medicina ancestral ante el sistema de salud oficial. El concepto de salud intercultural ha sido frecuentemente utilizado para identificar estrategias que consideran las variables étnico-culturales de la población indígena en el proceso de atención de salud.

De ahí se desprende que el concepto de salud intercultural que sostenga cualquier nuevo intento al respecto, debe ser lo suficientemente flexible para facilitar la interrelación de la cultura del paciente, la cultura del médico y la cultura de la institución, así como de las situaciones de interculturalidad e intraculturalidad características del contexto nacional ecuatoriano.

En otro orden de ideas, la propuesta de aplicar el enfoque intercultural en la atención primaria de salud, desde una perspectiva integradora de las ciencias sociales y médicas, contribuirá a mejorar los perfiles negativos de salud que presentan los pueblos originarios indígenas y afrodescendientes. Esto requiere, en el plano teórico metodológico y desde una perspectiva sociológica cultural y relacional, considerar la salud intercultural como un proceso en el cual las distintas percepciones y prácticas de salud-enfermedad-atención, se ponen en juego, se articulan y se complementan, no sin contradicciones, en el proceso de atención, las estrategias de cuidado, las acciones de prevención y curación de la enfermedad, al accidente y a la muerte en contextos pluriétnicos.

Ello transita por la integración de las prácticas culturales ancestrales, así como también por la incorporación de los actores tradicionales junto a promotores interculturales y el empleo de las lenguas originarias al sistema de atención de salud, para lo cual es necesario considerar 3 dimensiones básicas en el orden político, institucional y formativa, que garanticen la pertinencia de los procesos de adecuación cultural de los servicios de salud y de comunicación intercultural. En el orden práctico, esto implica formar y capacitar al personal de salud en acciones interculturales específicas que ayuden a mejorar la interacción entre sistemas médicos.

Asimismo, la sociología aporta a esta concepción, una perspectiva integradora desde la interdisciplinariedad entre la sociología de la salud y la sociología cultural, auxiliadas del enfoque relacional.

La salud en Latinoamérica y específicamente en Ecuador, refleja las dificultades del diálogo intercultural existente, traducidos en general por una insatisfacción tanto de parte de la población como del personal de salud, manifestada en opiniones y actitudes de rechazo hacia las instituciones de salud por una parte y al trato con poblaciones ancestrales por otra. Dichas insatisfacciones están determinadas por una serie de factores contextuales, no directamente médicos, que emanan del contexto político, institucional y cultural, de manera que influyen y deben tenerse en cuenta. En ese sentido, ello explica la necesidad de ampliar las ciencias sociales como la Antropología y la Sociología, en las investigaciones de la ciencia médica ecuatoriana.

El proceso de investigación empírica corrobora que a pesar de que los profesionales de la salud encuestados no tuvieron una formación en medicinas ancestrales, ni una capacitación adecuada sobre estos temas, la mayoría de ellos ha recibido por tradición familiar estos conocimientos, los cuales aplican en sus prácticas médicas en las unidades de salud donde laboran, a la vez que reconocen que estas deben complementarse con la medicina occidental para ser más eficaces.

Según se ha visto, el conocimiento que el personal de las unidades de atención de salud de esta provincia tiene sobre las prácticas de salud ancestral, contribuye al diálogo intercultural y facilita el proceso de adecuación de los servicios que prestan a una población multiétnica, no solo con la incorporación del naturópata al proceso de atención, sino también de otros actores del proceso salud/enfermedad, como los hombres y mujeres de sabiduría en su condición de mediadores culturales, donde la

realización del parto vertical es una de las acciones de adecuación mejor aceptadas por la población encuestada, la que acepta y acude mayoritariamente a los recursos de las medicinas ancestrales ante el problema de salud, sintiéndose más identificados con la partera, el naturópata y otros actores de salud.

De acuerdo con los razonamientos que se han venido realizando, el modelo de salud intercultural propuesto tiene como antecedentes otros intentos de aplicar una concepción no hegemónica del modelo biomédico de salud, pero intenta superar las limitaciones identificadas en estos, al promover la implementación y generalización de una propuesta sustentada desde un enfoque sociológico cultural y relacional, que incorpore la adecuación cultural de los servicios de salud y la comunicación intercultural, como sustento del proceso de atención a una población multiétnica.

En el modelo propuesto interactúan, desde una perspectiva relacional, 3 componentes fundamentales, de naturaleza regulatoria, ejecutiva y formativa, en un ambiente creado por la relación de los aspectos profesionales y culturales, que tienen como principales actores a naturópatas, profesionales del equipo multidisciplinario de salud, directivos de la atención primaria, actores de salud intercultural, pacientes, familiares y líderes comunitarios.

Tal como se ha visto, el naturópata, en su condición de mediador cultural, debe conectar, por un lado, las necesidades del paciente y las de la organización, para poder realizar su función mediadora y proveedora de un servicio apropiado y profesional; por otro, deberá formarse en competencia comunicativa intercultural e integrar los componentes cognitivos, afectivos y comportamentales.

La construcción y/o adecuación de políticas públicas saludables en el contexto del sistema de salud ecuatoriano, ha estado caracterizado por la falta de comprensión de las perspectivas y experiencias que aportan los diferentes actores para emprender la solución de un determinado problema desde la complementariedad, de modo que superar esta limitante implicaría partir de una visión holística e intercultural de la salud, teniendo en cuenta los diferentes condicionantes y la diversidad de culturas médicas existentes en cada región, para lo que es necesario tener una visión sistémica de la realidad, desde los diferentes sujetos que recibirán el impacto de la política, ya sea por su rol de prestador de servicios o de receptor de estos.

Las posibilidades de complementariedad o alternancia entre sistemas y prácticas médicas diversas, puede darse como política pública, como proyecto institucional o como decisión individual, de manera que existe una interrelación entre estos niveles, siempre que reconozcan como postulados básicos la lectura mutua de los sistemas y los flujos bidireccionales de pacientes entre ambos sistemas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alcedo Herrera D. Compendio histórico de la provincia de Guayaquil. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 1987.
2. Aguirre Beltrán G. Medicina y magia. El proceso de aculturación en la estructura colonial. México, DF: Instituto Nacional Indigenista; 1987.
3. Avilés Pino E. Diccionario del Ecuador: histórico, geográfico y biográfico. Guayaquil: Cromo; 2005.

4. Ayala JV. Monografía de la península de Santa Elena. Quito: Editorial Graba; 1977.p. 24-32.
5. Barriga López F. Etnología ecuatoriana, cayapas o chachis. Tomo IV. Guayaquil: Instituto Ecuatoriano de Crédito Educativo y Becas; 2007.
6. Bibeau GD, Pedersen D, Fuentes G. Estilos de vida y sistemas de trabajo. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 1985.
7. Botero F, Endara L. Mito, rito. Símbolo. Lecturas antropológicas. Quito: Instituto de Antropología Aplicada; 2000.p.167-9.
8. Bottcher H. Enigma de las drogas maravillosas. Barcelona: Daimon; 1965.
9. Bradford HF. Fundamentos de neuroquímica. Barcelona: Editorial labor; 1988.
10. Bravomalo de Espinoza A. Ecuador ancestral: diez mil años del recorrido del hombre en esta mínima parcela del universo llamada Ecuador. 2 ed. Quito: Editorial Softpro; 2006.p.171-91.
11. Bushnell GHS. The archaeology of the Santa Elena Península, in Southwest Ecuador. Londres: Cambridge University Press; 1951.
12. Cabrera L. Otra historia por contar. Promotores de salud en Guatemala. Ciudad de Guatemala: Editorial Asegua; 1985.
13. Carballo AM. Terapias complementarias. Buenos Aires: Editorial Kier; 2000.
14. Carvajal Posada J. Un arte de curar, aventura por los caminos de la bioenergética. Bogotá: Editorial Normas; 1995.
15. Carter R. El nuevo mapa del cerebro. Guía ilustrada de los descubrimientos más recientes para comprender el funcionamiento de la mente. Barcelona: RBA; 2001.
16. Colin D. Todo sobre la medicina China. Barcelona: Limpergraf; 1991.
17. Cordero L. Enumeración botánica de las principales plantas, útiles como nocivas, indígenas o aclimatadas, que se dan en las provincias del Azuay y de Cañar de la República del Ecuador. Madrid: Editorial Afrodisio Aguado; 1950.
18. Chambi Pacoricona N. La conversación con los insectos “plagas” para recuperar la armonía en la crianza de la chacra en el mundo aymara. En: Van Kessel J, Larreaín Barros H. Manos sabias para criar la vida [citado 16 Jun 2011]. Disponible en:
19. Chopra D. Cómo crear abundancia. Bogotá: Grupo Editorial Norma; 2004.p.65-7.
20. Chopra D. Las siete leyes espirituales del éxito. Bogotá: Grupo Editorial Norma; 2004.p.37-55.

21. Marx C. Manuscritos económicos y filosóficos de 1844. La situación de la clase obrera en Inglaterra [citado 16 Jun 2011].
22. Talcott P. El sistema social [citado 16 Jun 2011].
23. Bourdieu P. El constructivismo estructuralista. Barcelona: Editorial Anagrama;1997.
24. Hahnemann S. El organon de la medicina. Buenos Aire: Albatros; 1986.
25. Díaz LA. La memoria en las células. Cómo sanar nuestros patrones de conducta. Buenos Aires: Editorial Kier; 2010.p.25–36.
26. Marié E. Compendio de medicina china. Madrid: Editorial Edad;1998.
27. Foucault MP, Gramsci A. El par biomagnético. México D, F: Universidad Autónoma de Chapingo;1988.p.85-92.

Recibido: 26 de febrero de 2014.

Aprobado: 24 de marzo de 2014.

Lourdes Almeida Vera. Colegio de Médicos del Guayas, calle Pablo Neruda, Guayaquil, Ecuador. Correo electrónico: lalmeidavera1@gmail.com