



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE ESTUDIOS LATINOAMERICANOS

**INTERCULTURALIDAD Y SALUD: UNA PROPUESTA COMPARADA
EN LA GUAJIRA VENEZOLANA Y LA AMAZONÍA ECUATORIANA**

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRA EN ESTUDIOS LATINOAMERICANOS**

**PRESENTA:
ANA RITA CASTRO**

**DR. J. JESÚS SERNA MORENO
CENTRO DE INVESTIGACIONES SOBRE AMÉRICA LATINA Y EL
CARIBE**

**DR. LUCIO F. OLIVER C. - FCPyS
DRA. NICTE FABIOLA ESCARZAGA -
PROGRAMA DE ESTUDIOS LATINOAMERICANOS
DR. CARLOS SALVADOR ORDOÑEZ MAZARIEGOS -
PROGRAMA DE ESTUDIOS LATINOAMERICANOS
DRA. GAJA JOANNA MAKARAN KUBIS - CIALC**

MÉXICO, D.F. NOVIEMBRE 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice

Índice	2
Introducción.....	4
Capítulo 1. Interculturalidad y Salud Intercultural bases teóricas de análisis sobre las experiencias de salud	11
1.1. Interculturalidad: ¿moda, más de lo mismo o propuesta política emancipadora?.....	15
1.2. Interculturalidad en Salud o Salud Intercultural.....	21
1.2.1. Definiciones y perspectivas de interculturalidad en salud.....	22
1.2. Modelos médicos, saberes y formas de atención.....	34
Capítulo 2. Reconocimiento constitucional de derechos de los pueblos, comunidades y nacionalidades indígenas. Derecho a una salud con perspectiva intercultural.....	40
2.1. Reconocimiento constitucional de los derechos de los pueblos, comunidades y nacionalidades indígenas.	41
2.1.1. El proceso de reconocimiento constitucional en Venezuela	41
2.1.2. Antecedentes de los Derechos de los Pueblos Indígenas.	42
2.1.3. El proceso de reconocimiento constitucional en Ecuador	55
2.2. Derecho a la salud en Venezuela y Ecuador.....	59
2.2.1. Derecho a la salud de los pueblos y comunidades indígenas en Venezuela.....	59
2.2.2. Derecho a la salud de las nacionalidades indígenas en Ecuador	67
Capítulo 3. Análisis del caso de Cojoro en la Guajira venezolana.....	71
3.1. Del contexto general al local	72
3.1.1. Venezuela indígena.....	72
3.1.2. Trabajo de campo: planteamientos teóricos y metodológicos.....	80
3.2. Cojoro: la capital de la Alta Guajira.....	87
3.2.1. Cojoro: comunidad Wayuu.....	87
3.2.2. La salud en la Guajira y Cojoro.....	93
Capítulo 4. Análisis del caso de Loreto en la Amazonía ecuatoriana	119
4.1. Del contexto general al local	120

4.1.1. Ecuador diverso y con rostro indígena	120
4.1.2. Trabajo de campo: planteamientos teóricos y metodológicos.....	128
4.2. Loreto: cantón de resistencia y de “experiencia modelo” en salud	139
4.2.1. Loreto un cantón de resistencia Kichwa.....	139
4.2.2. La experiencia de salud comunitaria indígena en Loreto	142
Conclusiones.....	171
Bibliografía.....	183

Introducción

Desde las últimas décadas hemos visto en los estados latinoamericanos (desde las más distintas tendencias de los gobiernos) una progresiva incorporación de derechos indígenas en las legislaciones nacionales. El reconocimiento constitucional por primera vez de los derechos de los pueblos indígenas en Venezuela, se presta a la comparación con el reconocimiento que han recibido estos derechos en otros ordenamientos de países latinoamericanos.

Tal como lo expresa Kuppé “*la gran mayoría de las normas que establecen estos derechos en Venezuela son paralelas con sus contrapartes constitucionales de Colombia, de Ecuador, del Perú o de México, para mencionar las más importantes*”.¹ Estas similitudes en lo formal se deben principalmente por las condiciones en que viven los pueblos indígenas (con sus matices, por supuesto) y también a las reformas en el sistema internacional que concierne a esta materia.

El reconocimiento que han venido haciendo estados como Venezuela, cuya constitución fue considerada hasta no hace mucho como una de las pocas que ha incluido de forma novedosa el reconocimiento de un amplio catálogo de derechos de pueblos indígenas,² hace énfasis en la responsabilidad del Estado hacia las necesidades sociales de los pueblos y comunidades indígenas.

También Ecuador a través de una asamblea constituyente (2007-2008), aprobó una nueva constitución política en 2008. Entonces, un hecho común entre ambos países es que sus constituciones políticas fueron producto de asambleas constituyentes y aprobadas mediante referendos. El texto constitucional ecuatoriano incorporó las demandas de la

¹ Kuppé en Bello, Luis Jesús (2005). *Derecho de los pueblos indígenas en el nuevo ordenamiento jurídico venezolano*. IWGIA, Venezuela., p.13.

² Kuppé en Bello (2005). Para el año en que el catedrático austríaco René Kuppé hiciera tal afirmación, aún no se contaba con las constituciones de Ecuador (2008) y Bolivia (2009), ambas producto –al igual que en el caso venezolano– de asambleas constituyentes (2006-2007 en Bolivia y 2007-2008 en Ecuador) y aprobadas mediante referendos. En estas constituciones se estipuló por primera vez el Estado Plurinacional.

diversidad cultural del país, como son las nacionalidades³ indígenas, afroecuatorianas y montubios.

También se reconoció por primera vez a Ecuador como un Estado plurinacional y se incorporó un principio de la nacionalidad indígena Kichwa que es el *Sumak Kawsay*, cuya traducción al castellano es el Buen Vivir. El mismo supone una serie de derechos y garantías constitucionales. Éste formaría parte junto con la interculturalidad como uno de los principios constitutivos del nuevo Estado.

Por lo tanto, considero necesario realizar análisis que muestren si estas nuevas definiciones, más allá del discurso (leyes), están cambiando las instituciones venezolanas y ecuatorianas hacia un carácter más plural y que incorpore mecanismos para la participación de los pueblos y nacionalidades indígenas, específicamente en el diseño e implementación de políticas públicas, a través de programas y acciones en sus propios territorios, que los afecta de manera directa.

Es pertinente señalar que en la gran mayoría de los países que se han reconocido los derechos de los pueblos indígenas, hasta el momento se han verificado lamentablemente deficiencias en la implementación de estos derechos, quedando apenas en algunos casos como derechos formalmente reconocidos. Una razón más que justificó la presente investigación.

La perspectiva empleada fue la comparada, como una de las metodologías que trabaja el posgrado de Estudios Latinoamericanos de la Universidad Nacional Autónoma de México, que busca la comprensión de las problemáticas de la región de América Latina, con miras no sólo de contribuir al debate sino a la superación de las mismas.

Venezuela y Ecuador, se justifica tal elección, por poseer modelos semejantes de reconocimiento constitucional en cuanto a derechos indígenas y la similitud de sus procesos políticos recientes (en la última década). También porque ambos países pertenecen a la región andina y sus actuales proyectos políticos coinciden en gran medida, o por lo menos en los discursos oficiales de sus máximos mandatarios.

³ En Ecuador se emplea el concepto de 'nacionalidades indígenas', para dar una idea de que los pueblos tiene una historia profunda y compartida previa a la existencia de los Estados nacionales. En este punto explico el uso de este término, porque desde la concepción del movimiento indígena el concepto de nacionalidad, otorga una configuración distinta al poder político, que es precisamente lo que estas nacionalidades indígenas demandan al Estado.

Este análisis con perspectivas de mirar dos países a las luces de sus reconocimientos de los derechos indígenas y los procesos imbricados, permitió una mayor comprensión de los desaciertos y los retos que aún tienen los estados nacionales, en la aplicación de estos derechos específicamente en el ámbito de la salud. En los dos países es considerada la salud como un derecho constitucional con perspectiva intercultural, que deberá ser garantizado por el Estado.

La pregunta que orientó la investigación es sí, después del reconocimiento constitucional del derecho a la salud con perspectiva intercultural en cuanto a los pueblos y nacionalidades indígenas, en Venezuela y Ecuador, ¿cómo ha sido la implementación de este derecho y bajo qué perspectiva de interculturalidad? Y si efectivamente ¿se logró el acceso a los servicios públicos de salud con una atención integral, que cuenta con pertinencia cultural? Y si estos procesos fueron acompañados por una real participación de las comunidades involucradas.

Los sistemas públicos de salud en América Latina aún tienen importantes desafíos en cuanto a la universalidad, integralidad, equidad y participación. Otro desafío que no suele mencionarse es incorporar una perspectiva intercultural, es decir, implementar sistemas públicos de salud que incorporen las distintas nociones de salud y enfermedad y las prácticas terapéuticas que coexisten en países culturalmente diversos. Esta diversidad emana tanto de pueblos indígenas como de otros grupos culturalmente diferenciados que existan en los territorios nacionales.

Como ya he señalado, tras el reconocimiento constitucional de la diversidad cultural y étnica, los gobiernos democráticos de América Latina tienen el reto de diseñar e implementar políticas que hagan posible la satisfacción de las necesidades del conjunto de la población de sus habitantes, mejorando sus condiciones de vida. Pero atendiendo a los modos de vida y a los proyectos que cada pueblo se ha planteado. En este sentido, la política de salud no es una excepción.

No obstante, otro reto –no menos importante– es que en el proceso de tales políticas públicas, los propios sujetos a quienes se les dirige, puedan participar de una manera activa y concreta en las mismas. En el caso de los pueblos indígenas y otros grupos culturalmente diferenciados, tanto las formas de participación, como los medios para lograrla, deben ser cónsonos con sus propias formas de organización y modos de vida.

Además, que la consulta es obligatoria igual que el consentimiento informado, respetando sus tiempos, dinámicas, lógicas y procesos.

En cuanto al campo de la salud, cabe señalar que podría pensarse que el reto de la interculturalidad es un desafío menos si tomamos en cuenta que los servicios públicos de salud tienen serias limitaciones y resultan insuficientes, para cubrir las demandas del grueso de la población. No obstante, una perspectiva intercultural crítica, que sobrepasa lo meramente cultural es fundamental para lograr los objetivos de universalidad, integralidad, equidad y participación en cuanto a salud.

La pertinencia cultural es parte de la calidad y la distribución con que debe contar el servicio, por tanto el derecho a la salud es vulnerado para una masa considerable de la población de los países de América Latina. Los componentes básicos del derecho a la salud son disponibilidad, accesibilidad, calidad y pertinencia,⁴ y la mayoría de los estudios muestran que así comprendido, este derecho está lejos de cumplirse de acuerdo a lo estipulado en las constituciones y demás leyes e instrumentos legales tanto en el ámbito nacional como en el internacional.⁵

Esta situación tiende agravarse cuando se trata de población indígena, porque históricamente ha sido sujeto de desigualdades, discriminación y exclusión de la acción gubernamental o sometida a procesos de exterminio, asimilación o integración forzada. Es decir, hay condiciones históricas, sociales y económicas, que no se pueden dejar de lado al momento de emprender cualquier tipo de investigación que las comprenda, para cualquier investigación que se dé desde el ámbito público o privado.

Es entonces, lógico y justificable considerar que dichos pueblos y comunidades están en desventaja con relación al resto de comunidades y sociedades no-indígenas. En estas sociedades, la situación de desigualdad para la población indígena hace mayor eco por las razones que ya hemos apuntado. Y aún cuando Venezuela y Ecuador han emprendido proyectos políticos progresistas para garantizar una serie de derechos, sus políticas públicas no representan necesariamente una excepción en ese sentido, a pesar que ambos países, han reconocido derechos especiales a los pueblos y nacionalidades indígenas.

⁴ Véase Observación general N°14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>

⁵ Declaraciones y convenios a nivel internacional, como sería el Convenio 169, suscrito por casi todos los países de la región.

Incluso se está lejos de revertir radicalmente la situación de desigualdad, pobreza, inequidad y exclusión con respecto a la salud de éstos pueblos. Como en todo el continente, la población indígena de ambos países tienen los peores índices de morbimortalidad y de mortalidad infantil y materna.⁶ Entre las causas comunes de mortalidad siguen siendo: desnutrición, dificultades en el parto, infecciones respiratorias, enfermedades diarreicas agudas y tuberculosis.

En Venezuela, por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil en territorios indígenas son 20 veces superiores a las del promedio nacional.⁷ En cuanto a la esperanza de vida al nacer, ésta se encuentra décadas por debajo del resto de la población.⁸ Esto cuando los datos están disponibles, porque la mayoría de las veces no hay indicadores confiables para estas poblaciones, mucho menos aquellos que incorporen la variable étnica en los registros de los sistemas nacionales de salud.

A partir del lamentable contexto de salud en los pueblos indígenas, esta investigación sostiene que parte del fracaso de las políticas en esta materia hacia los pueblos indígenas se explica en su falta por comprender los procesos de salud-enfermedad-atención de estos pueblos y nacionalidades. Muchas de las iniciativas gubernamentales y de los organismos internacionales en conjunto o no con los propios estados o con las organizaciones indígenas concentran sus acciones en lo “étnico”, solapando la precaria situación de salud de los pueblos y nacionalidades indígenas de Venezuela y Ecuador.

Es importante revisar y analizar algunas claves para comprender la situación de salud de los pueblos indígenas de la región y evaluar las políticas emanadas desde el Estado a través de planes, programas y acciones para estos pueblos y nacionalidades y por supuesto conocer algunos de los planteamientos de las propias organizaciones indígenas con respecto a la atención en salud. Es por ello, que para analizar esas claves nos dotamos de un marco teórico-conceptual, que permita una mejor comprensión de las mismas y las realidades de estos pueblos en sus propios territorios.

Atendiendo a este criterio, el capítulo 1 de esta investigación trata de la discusión teórica de la interculturalidad misma y de la interculturalidad en salud, como bases teóricas

⁶ *Salud de los Pueblos Indígenas* (1993). Ed. Organización Panamericana de la Salud.

⁷ Tillett, Aimé (2011) La implementación del derecho a la salud integral de los pueblos indígenas y el reconocimiento de la medicina tradicional en El Estado ante la sociedad multiétnica y pluricultural. IWGIA pp.132.

⁸ *Ibidem*.

del análisis empírico sobre las experiencias de salud en dos regiones indígenas de América Latina. Los proyectos de salud intercultural en Venezuela y Ecuador pretenden adaptarse a la pertinencia cultural que exigen sus instituciones y abren el debate sobre si la interculturalidad significa tener un acceso pertinente a los indígenas o incorporar sus saberes médicos y formas de atención, en una dicotomía absurda.

Otra clave importante, puede ser la legislación que se convierte en un instrumento útil para que los pueblos y nacionalidades indígenas puedan emprender procesos de exigibilidad del derecho a la salud diferenciado y con la participación de ellos mismos. El tema de la exigibilidad de derechos motiva que en el capítulo 2 se haga una revisión de las disposiciones constitucionales y en otras leyes que definen el derecho a la salud en Venezuela y Ecuador, así como también una mirada sobre cómo fue el proceso y las condiciones para concretarse el reconocimiento en ambos países.

Es importante señalar que esta revisión y análisis del marco jurídico-legal de derechos de los pueblos y nacionalidades indígenas, sienta las bases, para aterrizar la discusión en la implementación de tales normas en el ámbito de la salud en la región de la Guajira venezolana y la Amazonía ecuatoriana, que fueron seleccionadas para esta investigación.

Estas regiones sirven para discutir las políticas de salud, pues específicamente la perspectiva de interculturalidad que se ha implementado en los servicios médicos públicos, ya que en el caso venezolano empezó a funcionar de manera permanente un centro de salud en la comunidad de Cojoro. En el caso ecuatoriano, porque esa experiencia puede considerarse exitosa en términos de participación, pero las circunstancias que la acompañan pueden no ser fácilmente replicables.

Por otro lado, es necesario plantearse si a partir de esos reconocimientos constitucionales, ha habido en las instituciones gubernamentales cambios que se traduzcan en incorporación de prácticas que apunten a la construcción de sistemas de salud integral con perspectiva intercultural y que haya implicado una mayor participación de los sujetos involucrados. El análisis necesariamente comprendió la interrelación entre las comunidades, organizaciones indígenas, el Estado y sus instituciones de salud, así como también cualquier otra organización presente.

Por lo que respecta al capítulo 3, comprende el análisis del caso de Cojoro en la Guajira Venezolana. Para entrar al análisis de la experiencia concreta presento un mapa general

de la presencia de los indígenas en Venezuela, los procesos políticos que el cambio bolivariano ha impulsado en estas regiones, así como una descripción sucinta del Estado de Zulia y sus subregiones, en particular la subregión de la Guajira y el municipio de Páez, hoy llamado Guajira. Por último, analizo a partir de registros, etnografía y entrevistas a los sujetos locales sobre cómo se está prestando el servicio de salud en la comunidad y cuáles serían los retos por enfrentar.

En el capítulo 4 analizo la experiencia Ecuatoriana de Loreto, y en él contrasto la forma de participación de los indígenas en el diseño e implementación de la política de salud, y estudio los procesos y factores que acompañan esta experiencia, en particular la presencia de actores no gubernamentales, estatales e indígenas, para preguntarme hasta qué punto la dimensión intercultural de esta experiencia es replicable en otras regiones indígenas de América Latina.

Las conclusiones recogen la discusión sobre los alcances del reconocimiento constitucional de ese conjunto de derechos de los pueblos y nacionalidades indígenas, que es el punto de partida de esta investigación. Para luego contribuir en la discusión de la implementación del derecho a la salud con perspectiva intercultural crítica a través de un balance de las experiencias de salud indígena presentadas, que apunten a la construcción de sistemas públicos de salud eficientes, con la participación inexorable de los propios pueblos y comunidades.

Capítulo 1

Interculturalidad y Salud Intercultural bases teóricas de análisis sobre las experiencias de salud

Antes de analizar el reconocimiento constitucional de los derechos indígenas en Venezuela y Ecuador y los procesos que estuvieron imbricados, haciendo énfasis en las disposiciones acerca del derecho a la salud atendiendo a la diversidad sociocultural de cada país, paso al análisis de la interculturalidad en salud, su aplicación y cuáles son los retos y desafíos que se presentan para comprender dentro del complejo campo de la salud⁹ la atención en la prestación de los servicios médicos públicos en comunidades indígenas.

Es importante situar la discusión y el análisis socio históricamente. El discurso y prácticas en torno a la interculturalidad en salud o salud intercultural no surge espontáneamente ni de forma fortuita. Forma parte del modelo neoliberal, que desde las últimas tres décadas se emplazó en los países de América Latina, en el cual se politizó al mercado mientras se le postuló al Estado (en el sector salud) el retiro de sus funciones de rectoría, financiamiento, administración y provisión.

El multiculturalismo es la política cultural de este modelo neoliberal. Inscrito en la nueva lógica cultural del capitalismo multinacional, como lo han denominado varios autores,¹⁰ la ‘diferencia’ ahora importa y la globalización aprovecha la diversidad cultural, ya no apuntando a la homogeneización cultural, empujado por la lógica globalizadora del capital.¹¹

Pero, ¿por qué importan los indígenas? En este punto, me remito a lo que expone Escárzaga:

La reestructuración neoliberal de los estados que reemplaza la política de industrialización por sustitución de importaciones en América Latina, vacía de sentido a la política indigenista. El estado se redujo y perdió funciones importantes de legitimación y

⁹ Para esta investigación campo de la salud será el espacio e interrelación de fuerzas sociales, institucionales y políticas, en el que convergen los diversos actores en relación a los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado, en un sentido amplio.

¹⁰ Zizek, S (1998), Muyolema, A (2001).

¹¹ Díaz-Polanco, Héctor (2006). Elogio de la diversidad: globalización, multiculturalismo y etnofagia. Siglo XXI. México. p.156.

*construcción de hegemonía, los indios eran un sector más sobre el cual se ejercía tal hegemonía. El estado era la instancia (...), al que correspondía la satisfacción de demandas centrales como el acceso a la tierra, a la educación, a la salud.*¹²

*La población indígena que era secundaria en el proyecto nacional anterior, se convierte ahora en prioritaria y se busca su incorporación al campo de la hegemonía que ejercen de manera más limitada los achicados estados nacionales, subordinados ahora a la institucionalidad internacional.*¹³

Siguiendo de cerca con lo expuesto por la autora, también considero que la institucionalidad internacional adquiere un margen más amplio de maniobra, al poseer más recursos, pues la estrategia se fundamenta en el debilitamiento de los estados nacionales.¹⁴ Por lo tanto, su relación con las organizaciones indígenas es directa y no necesitan mediar a través del Estado.

También en este escenario, las ONG asumen el rol de “*agentes externos promotores de las políticas internacionales, decididas para los estados con poblaciones indígenas, cuya función es crear a los sujetos que se presentan como protagonistas de tales procesos, que asuman los programas ideados externamente y exijan a los estados su cumplimiento*”.¹⁵

Por ejemplo, en el caso de Venezuela, en la historia reciente es que el movimiento indígena se refiere en términos de interculturalidad pues en los inicios de su conformación como tal, no aparece el término en los documentos, sino más bien se habla del reconocimiento de una sociedad multiétnica. En el caso de Ecuador, la interculturalidad es un principio que ha sido apropiado ampliamente por las organizaciones campesino indígenas y hay autores que señalan que ha sido fundamento de la acción política para modificar el Estado, como en el caso Pachakutik.¹⁶

En todo este panorama se inscribe la política y estrategia intercultural. Aquí no voy a entrar en la discusión si la interculturalidad es una arista del multiculturalismo, o por el

¹² El énfasis es propio.

¹³ Escárzaga, Fabiola (2005). Agotamiento del ciclo multicultural en México y América Latina. (Fotocopia) pp.28-29.

¹⁴ *Ibidem.*

¹⁵ *Ibidem.*

¹⁶ Paz, Sarela (2011). La política de la diferencia y las visiones de multiculturalismo en Bolivia: el caso de la Educación Intercultural Bilingüe, tesis de doctorado CIESAS, México.

contrario, es independiente de éste, sino me interesa destacar cómo la interculturalidad en salud está anclada en un contexto neoliberal y parte de sus lógicas responden a éste.

No obstante, justamente para repensar el concepto de salud intercultural es importante analizar desde la propia realidad, mirar las experiencias que se reconocen como tal. En este marco las actividades y acciones que se han desarrollado bajo esta perspectiva, es urgente analizar qué tanto se ha avanzado en la salud de estos pueblos indígenas, si ha repercutido en la calidad de vida y si éstos han sido procesos acompañados desde los propios pueblos y comunidades en pensar y gestionar su propia salud.

Es por ello, que resulta una imperiosa necesidad reflexionar sobre lo que se ha denominado salud intercultural, un concepto tan de moda y que no puede faltar en los planes y programas que se desarrollan desde diferentes instancias, ya sean gubernamentales o de otro tipo. Existen muchas imprecisiones al respecto, desde mi punto de vista y para ello considero revisar algunas perspectivas y posturas en cuanto a la interculturalidad.

Con la bandera de la interculturalidad en salud o salud intercultural, desde mi parecer, se ha solapado la ineficacia de los actuales sistemas públicos de salud en los países de América Latina. La exigencia a los sistemas públicos de salud, en cuanto al acceso, cobertura y prestación digna pareciera haber desaparecido y estar enfocada en la salud intercultural, que apuntan más bien a una esencialización de la cultura y creer que unos cuantos carteles en idioma indígena resolvería el problema.

El llamado interculturalismo global ha impuesto una agenda a los estados nacionales, para incorporar la diferencia y el acomodo de las mismas dentro de tales estados, sin reconocer la situación conflictiva y las relaciones desiguales que históricamente han sido construidas entre los pueblos indígenas y el Estado.

El enfoque del multiculturalismo o la política multicultural esconde atrás de su aparente neutralidad, una política que implícitamente subordina a una cultura y desconoce las relaciones históricas de dominación que han existido entre los indígenas y la sociedad dominante. No hay un cuestionamiento del orden dominante, que es precisamente en donde se inscriben estas relaciones desiguales asimétricas de poder entre pueblos indígenas y el Estado.

Esta investigación parte de una mirada crítica en torno al concepto de interculturalidad. De repensar el concepto desde lo empírico, pues no es un concepto neutro, cómo se asume y se construye teórica y en la práctica implica siempre un posicionamiento político y también social y cultural. Por lo tanto, es importante identificar desde cuál postura se asume la interculturalidad, pues las consecuencias también serán significativamente diferentes desde una postura u otra.

Dentro del abanico de tales posturas acerca de la interculturalidad está la que hace énfasis en el diálogo, es quizá la más en boga, la más común. Como sostiene Pacari quien dice que a partir del resurgimiento de la afirmación de las identidades, se promueve la interculturalidad, que *“va más allá, pues permite la construcción del diálogo entre los diversos actores para llegar a entendimientos”*.¹⁷

No obstante, considero que el *“hecho de definir la interculturalidad desde el respeto, el diálogo y la tolerancia impide el avance de los procesos reales de igualación y transformación profunda”*.¹⁸ Por su parte, Escárzaga señala *“que si bien el multiculturalismo surge del cuestionamiento del propósito asimilacionista del indigenismo, lo reemplaza en su función neutralizadora de las luchas indígenas, (...) elimina los aspectos críticos de la opresión colonial y la dominación, amenazantes para la hegemonía de los sectores dominantes”*.¹⁹

El argumento de Escárzaga, nos permite argumentar que la interculturalidad que supone el multiculturalismo es de tipo funcional, que no cuestiona al sistema dominante, que se interesa por las diferencias culturales, sólo para acomodar la diversidad cultural y evitar el conflicto, sin mirar el centro que son las desigualdades sociales, ya que estos grupos han sido históricamente excluidos y cuando se les ha “tomado en cuenta” ha sido bajo una visión asimilacionista, de subordinación.

Otra cuestión importante que señala la autora es que en la visión del multiculturalismo, al reconocer la diferencia, pareciera que se resolvió toda la problemática con estos pueblos indígenas, entonces, la lucha desde sus organizaciones y movimientos se ha visto

¹⁷ Pacari, Nina (2004) “El auge de las identidades como respuesta política”; en Castro Lucic, Milca (Ed) (2004), *Desafíos de la interculturalidad: identidad política y derecho*. Universidad de Chile, Santiago de Chile., p.131.

¹⁸ Ramírez Hita, Susana (2011). *Salud Intercultural: Crítica y problematización a partir del contexto boliviano*. ISEAT, La Paz. p.99.

¹⁹ Escárzaga, Fabiola (2005) *Agotamiento del ciclo multicultural en México y América Latina*. (Fotocopia) p.3

contrarrestada y hasta en algunos casos anulada y controlada (como es el caso de Ecuador) pues, porque estos actores ya deben sentirse “conformes y satisfechos”, con el reconocimiento del Estado.

Para fines prácticos, este capítulo se dividió en tres secciones. Una primera que trata sobre la interculturalidad en general y las diferentes posturas que existen acerca de la misma, que se podría decir que va desde la más conservadora, radical y hasta utópica. Este recorrido, aunque sucinto nos permite tener una visión más amplia de este concepto e identificar la postura que ha prevalecido en su implementación.

La segunda sección discute propiamente la noción de la salud intercultural, y cómo ésta a través del discurso se ha posicionado en la actualidad, tratando de precisar sus alcances y limitaciones. Esto desde luego, para contar con elementos teóricos y prácticos, que luego nos permitan analizar la aplicación que se ha dado con respecto a la misma, en los estudios de caso, objetos de esta investigación.

La tercera y última sección trata sobre la tipología de los modelos de atención, propuesta por Menéndez. A la luz de presentar la caracterización de estos modelos y su discusión, ya que en la realidad se presentan articulados o más bien entremezclados un tipo de modelo y otro, nos permite concluir con la construcción del andamiaje teórico-conceptual de la presente investigación.

1.1. Interculturalidad: ¿moda, más de lo mismo o propuesta política emancipadora?

La interculturalidad como ya he expresado anteriormente, no es un concepto neutro. Su definición e implementación implica siempre un posicionamiento de tipo político. De allí también se deriva posturas en cuanto a lo social y cultural. Esta investigación parte de considerar la interculturalidad como un proceso de diálogo asimétrico, pero también como un proyecto sociopolítico, que en toda sociedad y en toda refundación del Estado se debería apuntar a construir, especialmente donde las sociedades son diversas culturalmente, con idiomas propios y cosmovisiones.

Es por ello, que la Interculturalidad como proyecto político implica necesariamente una distribución del poder político, que en este momento hace desequilibrado, cuando no inviable, lo que hoy podemos llamar interculturalidad asimétrica, que se da entre los

distintos grupos étnicos y sociales y colectividades que existen dentro de los Estados, pero carentes de respetar sus diferencias, y a penas considerados iguales ante la ley. Esto significa que la interculturalidad es una forma de organizar políticamente la diversidad real y a través de ella avanzar hacia una transformación profunda de las estructuras de desigualdad y dominación de las sociedades.

Y desde la pretensión de aclarar o más bien comprender este término, tan “políticamente correcto”, que no puede faltar en discursos gubernamentales, en proyectos de desarrollo de organizaciones no gubernamentales y en cualquier iniciativa que involucre a los pueblos y comunidades indígenas, es entonces que considero pertinente las perspectivas que plantea Walsh²⁰ acerca de la interculturalidad.

Interculturalidad relacional

La primera de estas perspectivas es la *relacional*, la más básica. Ésta asume que la interculturalidad es algo que siempre ha existido, pues supone el contacto e intercambio entre personas y grupos de distintas culturas. Como su nombre lo indica, se refiere a la relación entre culturas, haciendo énfasis más a nivel individual, pero sin cuestionar el contexto histórico-social en el cual se produce esa aproximación.

Por otro lado, tampoco se cuestiona las condiciones de desigualdad en la que se desarrollan o se dan esa proximidad entre culturas. No hay mención ni cuestionamiento a las relaciones de poder, que son casi siempre de dominación, en términos de hegemonía y subalternidad.²¹

Interculturalidad funcional

La *funcional* vendría a constituir la segunda perspectiva, que plantea Walsh. En ésta, “*la perspectiva de interculturalidad se enraíza en el reconocimiento de la diversidad y diferencias culturales, con miras a la inclusión de la misma al interior de la estructura social establecida*”.²² Desde este planteamiento, se busca que la interculturalidad sea

²⁰ Walsh, Catherine (2010). Interculturalidad crítica y educación intercultural en Viaña, Jorge, *et al.* Construyendo Interculturalidad Crítica. Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello. La Paz, Bolivia. pp.75-96.

²¹ Menéndez, Eduardo. En varias de sus obras recorre análisis con esta idea.

²² Walsh, p.77.

funcional al sistema y orden dominante, sin cuestionar las relaciones de poder tremendamente asimétricas y las desigualdades sociales y económicas.

Este tipo de perspectiva postula una postura conservadora al sistema, que se queda en el reconocimiento de la diversidad cultural, planteando el respeto hacia el otro, a través del diálogo y la tolerancia, para buscar esa inclusión del otro. Sin embargo, tal inclusión significaría asimilar a los pueblos indígenas al sistema, ya sea el político, social y económico. Pero, de igual manera, que la primera de estas perspectivas, no reconoce el contexto de conflictividad, en el cual se inscriben estas relaciones.

Dentro de esta perspectiva, de la interculturalidad *funcional*, sitúo la propuesta anglosajona del multiculturalismo, cuyos principales exponentes teóricos liberales del mismo son Will Kymlicka, Charles Taylor y Michael Walzer. Para estos autores, la diferencia es un problema, que los Estados Nación deben tratar de resolver, para evitar que la democracia liberal colapse. Los problemas que según ellos, genera la diversidad etnocultural son: secesión, nacionalismos, inmigración, derechos indígenas. Éstos deben y pueden resolverse desde los propios principios de las democracias liberales.

En ninguna circunstancia, estos autores cuestionan a este tipo de democracia; por el contrario, sus nuevas teorizaciones y aportes al debate, recalcan los beneficios y ventajas de ésta, ajustando las demandas de los grupos etnoculturalmente distintos a que el Estado las resuelva, bajo la figura de lo que ellos han denominado: los derechos de las minorías.

Entonces se puede afirmar que el debate acerca de la multiculturalidad en la sociedad moderna se inscribe dentro de lo que ha sido el desarrollo de los Estados liberal-democráticos, en el contexto de los Estados Nación. Es un debate fuertemente ligado a la perspectiva del derecho de minorías en la construcción nacional.

Considero que su lectura y análisis es equivocado, para comprender la realidad heterogénea étnica y cultural de América Latina. La presencia y vida de los pueblos y comunidades indígenas, no puede enmarcarse dentro del concepto de minorías nacionales. O no por lo menos, para algunos países. El criterio de lo cuantitativo, no puede ser el único criterio, pues no se trata de un problema de número de habitantes indígenas.

Estos pueblos y comunidades son portadores de un significado histórico, anteriores a la formación del Estado, partiendo de este criterio se reconocería el peso histórico de estos grupos. Al mismo tiempo, estos grupos tienen un carácter de subordinación injusta como fuente de construcción del colonialismo. Y si fuese así, en países como Bolivia, Guatemala y Ecuador incluso representan mayorías, aunque invisibilizadas por las definiciones de los censos oficiales.

No obstante, en Venezuela, aún cuando se pudiera aceptar, porque de hecho sí representan minorías étnicas²³ con respecto a la población total del país, las poblaciones indígenas, en algunos ámbitos regionales y locales pueden constituir mayorías. Como por ejemplo, en el estado Amazonas, la Gran Sabana, en el estado Bolívar o la Guajira, en el estado Zulia.²⁴

Por lo tanto, el concepto de minorías no abarca a comprender a los pueblos indígenas, que en tal caso han sido minorizados. Han sido objeto de procesos de exterminio, aunado a procesos de invisibilización y exclusión, o en aras de una homogeneización de la población, en la que sólo se les permitía el acceso, por ejemplo a la educación formal y salud pública a través de políticas en la lengua dominante.

Otra cuestión que percibo como limitante de la visión multiculturalista es que el debate está restringido a los presupuestos y principios de la democracia liberal, como ya he señalado. Por lo tanto, el reconocimiento de derechos está principalmente en torno a individuos. El eje es el individuo, el que es ciudadano y no el grupo, la colectividad ni la comunidad, aún cuando se postulan derechos colectivos.

Este tipo de cuestión no es menor, es base de los supuestos del multiculturalismo y plantea una paradoja, ya que estos pueblos poseen formas de organización política, social y económica que se realizan colectivamente (con sus matices dentro de cada pueblo, por supuesto).

Entonces, desde mi opinión la propuesta multicultural intenta socavar las bases comunitarias, propias de estos pueblos. Esta base a la que hago referencia casi siempre va de la

²³ Según el último censo oficial, menos del 1,5% de la población del país es población indígena. Sin embargo, algunos especialistas y organizaciones indígenas señalan que son cálculos sesgados, porque un 2% y hasta un 3% podría considerarse población indígena. Ver Biord, 2008: 68 en Kuawäi, Revista del Departamento Hombre y Ambiente, Volumen 1, N° 2, Julio-Diciembre.

²⁴ Ésta última es la región, donde está ubicada la comunidad que sirve de caso de estudio para la presente investigación.

mano con el modo de trabajar la tierra, es decir con su proceso de producción, que comprende el proceso de trabajo y las relaciones sociales que se generan del mismo.

Para reforzar mi argumento, sobre el énfasis en el individuo de esta propuesta multicultural, cito a continuación lo que expone en esta misma línea el boliviano Tapia:

Hasta ahora la mayor parte de las formas de enfrentar la condición multicultural y la ciudadanía en países multiculturales, ha seguido utilizando el mismo marco doctrinario que corresponde a la historia de la sociedad y cultura dominante, es decir, se ha avanzado en extender el reconocimiento de derechos a lo que de manera genérica se llama indígenas en la mayor parte de los países; pero el reconocimiento se ha hecho principalmente en torno a individuos. (...) El eje del razonamiento para enfrentar la cuestión de la igualdad y, en consecuencia la de la ciudadanía, ha sido el individuo, pensar la igualdad de individuos ante la ley, pero ante una ley formulada en torno a una matriz cultura y jurídica diferente a la cultura que proviene.²⁵

Por último, quisiera agregar que este tipo de perspectiva de interculturalidad *funcional*, es en gran medida la que se ha impulsado en las últimas décadas en varios de los países de América Latina, tras el reconocimiento constitucional de los derechos de los pueblos indígenas. Desde mi punto de vista, necesario este reconocimiento, pero sigue siendo insuficiente. En el campo de la salud, veremos más adelante, cómo este tipo de interculturalidad es la que ha predominado, acentuando discurso y práctica en las diferencias culturales, y poco en las desigualdades sociales.

Interculturalidad crítica

La tercera y última de esta perspectiva es la que se ha denominado interculturalidad *crítica*. El punto de partida de esta perspectiva es el problema estructural-colonial-racial y no el problema de la diversidad cultural en sí.²⁶ Aquí se expresa que el reconocimiento de la diferencia se sigue haciendo desde y dentro de una estructura colonial de poder, racializado y jerarquizado, es decir, “*con los blancos y ‘blanqueados’ en la cima y los pueblos indígenas y afrodescendientes en los peldaños inferiores*”.²⁷

²⁵ Tapia, Luis (2006). La invención del núcleo común. Editorial La muela del diablo, La Paz, Bolivia. p.45.

²⁶ Walsh, Catherine (2010). Interculturalidad crítica y educación intercultural en Viaña, Jorge, *et al.* Construyendo Interculturalidad Crítica. Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello. La Paz, Bolivia. p.78.

²⁷ *Ibidem.*

Este tipo de interculturalidad apunta a la transformación de las estructuras, a la modificación de las relaciones asimétricas y desigualdades entre pueblos indígenas y el resto de la sociedad. Viene siendo un proyecto y proceso, pues está en permanente construcción desde los propios pueblos y colectividades. Es así, que esta interculturalidad crítica no existe aún como tal, está en construcción o por construirse.

Walsh la concibe como un “*proyecto político, social, ético y epistémico –de saberes y conocimientos–, que afirma la necesidad de cambiar no sólo las relaciones, sino también las estructuras, condiciones y dispositivos de poder que mantienen la desigualdad, inferiorización, racialización y discriminación*”.²⁸

Bajo esta perspectiva no se trata sólo de reconocer e incorporar lo diferente al quehacer público. Más bien, desde la diferencia partir como una plataforma, que permita desde allí realizar planteamientos y cauces distintos a las estructuras y modos de pensar que están casi siempre desde la cultura dominante.

Es por ello, según esta perspectiva que el “*foco problemático de la interculturalidad no reside solamente en las poblaciones indígenas y afrodescendientes, sino en todos los sectores de la sociedad, con inclusión de los blancos-mestizos occidentalizados*”.²⁹ Es una manera distinta de mirar al otro, apartando la visión folklórica y exótica que desde los blancos se tiene de los pueblos indígenas.

Tal como se expuso la postura de esta perspectiva de interculturalidad puede resultar más que radical, utópica, en tanto no se modifique las relaciones de desigualdad y asimetría entre pueblos indígenas y los demás sectores de la sociedad. En tal sentido, sería poco viable tal proyecto de sociedad.

La utopía puede residir en que la consecución de esta interculturalidad *crítica* significa también la superación del actual sistema capitalista, que engendra relaciones de desigualdad. Sin embargo, es importante rescatar la idea que este tipo de interculturalidad supone un “proceso y estrategia”.

²⁸ *Idem.* p.79.

²⁹ Rivera, 1999 citada por Walsh, Catherine (2010). Interculturalidad crítica y educación intercultural en Viaña, Jorge, *et al.* Construyendo Interculturalidad Crítica. Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello. La Paz, Bolivia. p.79.

Estas cualidades que se desprenden de esta perspectiva nos permiten, entender que teóricamente se podría transitar a la praxis, planteando que es viable en la medida en que se superen las **condiciones** y estructuras del orden dominante. Destaco condiciones, porque pienso que precisamente éstas pueden servir de impulso para este proceso que es permanente, la construcción de la interculturalidad *crítica*.

Las relaciones sociales de negociación y de ir construyendo el proyecto de una sociedad distinta debe ir modificándose en términos –ahora sí– de respeto, equidad e igualdad. Y esto en el campo de la salud, puede constituirse en una piedra angular, que signifique garantizar el derecho a la salud de estos pueblos y comunidades. Para ello, se requiere una maniobra alerta y constante en cada instancia de la sociedad y del Estado. Y en casos, una articulación de una y otra.

Esta revisión sucinta de las diferentes perspectivas de la interculturalidad y las posturas que se desprenden de cada una, en cuanto a los procesos sociales y estatales que se generan a partir de cada una, permite marcos de análisis de identificar si la interculturalidad será sólo de nombre, una moda, o más de los mismo, en reconocer la diversidad cultural, con unas cuantas acciones afirmativas o por el contrario, apunta a la construcción constante de un propuesta política emancipadora.

1.2. Interculturalidad en Salud o Salud Intercultural

Entre los cuestionamientos que esta investigación trata, está el de colocar en la discusión que el tema de la interculturalidad en el área sanitaria no se resuelve con unas cuantas medidas creativas de colorido en los hospitales, sino que implica una necesidad de repensar el concepto desde la práctica y con una real participación de los propios pueblos y comunidades en la definición e implementación de las políticas y programas de salud en sus territorios.

Algunas cuestiones metodológicas, como las que expone Menéndez³⁰ experto en temas de antropología médica y social, serán retomadas en esta sección. Es importante partir que el campo de la salud indígena se inscribe, según la tradición de la antropología médica, dentro de lo que en la literatura se ha denominado salud intercultural, tanto en lo

³⁰ Menéndez, Eduardo (1990) Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en antropología social. Cuadernos de la Casa Chata. Secretaría de Educación Pública, México.

referido a los métodos sanitarios que los propios indígenas proveen a sus miembros, como lo relativo a la salud que el Estado presta en sus regiones.

En este sentido, la influencia de la antropología norteamericana y sus implicaciones, como antropología dominante, homologa a la etnomedicina con la atención que el Estado provee en sus regiones. Esta perspectiva desplaza la centralidad del campesinado indígena en el análisis y define al funcionalismo cultural como teoría dominante en este análisis.³¹ Se puede afirmar que de allí se derivan, en gran parte, las concepciones que han permeado en las políticas de salud y programas para las poblaciones indígenas, ubicadas principalmente en zonas rurales.

1.2.1. Definiciones y perspectivas de interculturalidad en salud

Del mismo modo, que la interculturalidad en un sentido general y amplio del término, se entiende bajo distintas perspectivas que generan a su vez diferentes posturas, en el campo de la implementación de las políticas públicas, en este caso la interculturalidad aplicada al campo de la salud, no escapa de este tipo de imprecisiones. Además, considero que sobre todo en el campo de la salud, privan las definiciones que hacen énfasis más bien en el diálogo y el respeto entre diferentes culturas. No está de más, pero no es suficiente.

Hace falta un debate crítico acerca de la interculturalidad aplicada a la salud y sus posibilidades de implementación. Lo primero que observamos es que no hay en este campo definiciones unívocas. Es por ello, que a partir de la revisión que realicé de la bibliografía disponible y de algunas de las experiencias³² más conocidas he separado el debate en tres ejes o vertientes, para fines prácticos y que nos permitan ordenadamente ir situando los elementos para el análisis.

Por otra parte, también considero que en las definiciones sobre interculturalidad en salud es frecuente que se dejé por fuera las relaciones de poder desiguales y asimétricas, en un espectro más amplio, restringiéndolas a la relación médico-paciente, como una

³¹ *Idem.* p.11.

³² Jambi Huasi en Otavalo, Ecuador; Willaqkuna Un programa de salud intercultural en Bolivia; Promotores rurales de salud en el Oriente de Guatemala; Hospital Maquehue en el sur chileno; Proyecto hamacas en el hospital de Hecelchakán en Campeche, México. En Fernández Juárez, Gerardo (coord.) (2004). *Salud e Interculturalidad en América Latina Perspectivas Antropológicas*. Ediciones Abya-Yala, Agencia BOLHISPANA y Universidad de Castilla-La Mancha. Quito, Ecuador.

mera cuestión de sujetos provenientes de diferentes culturas. Estos sujetos necesitan comunicarse de manera respetuosa, para lograr un entendimiento en ambas direcciones. Sin duda que esto es necesario, pero no puede convertirse en lo más importante.

Como ya señalé, desde mi punto de vista, considero que el debate en la región ha estado orientado por tres vertientes. Una primera que tiende a favorecer definiciones que se acerquen más a una cuestión del equilibrio y diálogo entre sujetos que provienen de culturas diferentes, en las cuales existen sus propios sistemas médicos con sus respectivos agentes.

Una segunda vertiente coloca el énfasis en la equidad, entendiendo la interculturalidad en salud como un “*ámbito que debe favorecer la desaparición de inequidades en los accesos a los servicios de salud en todo el Estado*”.³³ La equidad se refiere a las diferencias que son injustas y que unos grupos poseen más en relación a otros grupos, en este caso los pueblos indígenas con el resto de la sociedad nacional. Por ello, en este sentido se habla de reducción de brechas de inequidad.

Una tercera y última vertiente, quizá la menos común, es la que pone el énfasis en las desigualdades sociales, en las condiciones sociohistóricas que acompañan a los pueblos y comunidades indígenas, reconociendo el aumento de los procesos estructurales de riesgo (pobreza, reducción de empleo formal, entre otros) por lo que cuestiona el concepto de ‘salud intercultural’, ya que sirve para enmascarar ciertas deficiencias y no repercute en mejoras de la salud de estos pueblos.

Considero que estas vertientes guardan relación con la propuesta de las perspectivas de interculturalidad elaboradas por Walsh, que ya fueron desarrolladas en la primera sección de este capítulo. Esto con la finalidad de construir un andamiaje teórico-conceptual coherente, que nos permita comprender y analizar los procesos de las experiencias en salud en comunidades indígenas, estudio de casos de la presente investigación y contribuir al debate de la interculturalidad en salud en la región.

³³ Fernández Juárez, Gerardo (coord.) (2009). *Salud e interculturalidad en América Latina IV. Prácticas quirúrgicas y pueblos originarios*. Ediciones Abya Yala. Quito, Ecuador.

Interculturalidad en salud-“equilibrio”

En esta vertiente, priva el enfoque que comúnmente se entiende por interculturalidad en salud, el de la bipolaridad entre el sistema biomédico y el sistema médico tradicional. Entonces, la interculturalidad en este sentido buscaría armonizar las tensiones entre ambos sistemas médicos, a través de lograr un equilibrio entre ambos saberes y prácticas.

En esta vertiente podemos ubicar la perspectiva de la interculturalidad *relacional*, pues apunta al simple encuentro entre sujetos que pertenecen a diferentes culturas, buscando que el mismo sea armonioso. La interculturalidad más allá que se estudie o se le califique como una forma técnica, existe en la realidad social, es cualquier relación entre personas o grupos sociales de diversa cultura.³⁴

Albó señala que por extensión, se pueden llamar también interculturales a las actitudes de personas y grupos de una cultura en referencia a los elementos de otra cultura.³⁵ Es decir, la interculturalidad como proceso ha existido siempre, lo relacional es inherente al propio término.

Este autor hace una distinción entre interculturalidad positiva e interculturalidad negativa. Aunque la visión de Albó, en este sentido, queda un poco reducida, creo que esta primera distinción puede ir suministrando elementos para el análisis de las formas de cómo ha operado la interculturalidad en la realidad.

En este sentido, distingue como actitudes negativas aquellas que llevan a la destrucción del que es culturalmente distinto, a través de un proceso de asimilación e integración. Sin embargo, también las relaciones interculturales pueden ser actitudes positivas si al aceptar al que es culturalmente distinto, hay un enriquecimiento mutuo.³⁶

Básicamente esta noción considera la interculturalidad en términos culturales. Asumiendo que en esa interrelación, hay sujetos culturalmente distintos, con códigos, representaciones y prácticas que, de alguna manera, imposibilitan una relación complementaria entre las partes. Las diferencias se asumen contrapuestas, y se resuelven creando una mejor comunicación entre las partes. Aquí se parte de una intercultural-

³⁴ Menéndez citado por Fernández, 2006, p.52; Albó citado por Fernández, 2004, p.65.

³⁵ Albó citado por Fernández, 2004, p.65.

³⁶ *Ibidem*.

lidad negativa que según la teoría se corregiría con mayor información y educación, para mejorar la comunicación entre los sujetos culturalmente distintos.

Se asume que a través de la información a la población, y especialmente al personal de salud, se pueden modificar sus concepciones y así favorecer la interacción y la eficacia médica. Este tipo de actividades pueden resultar de gran utilidad, adecuándose a contextos específicos, con referentes prácticos y sobre todo siendo continuas en las políticas de salud, por nombrar un campo.³⁷

No obstante, como ya he expresado a lo largo de esta investigación considero que el informar/educar no basta para resolver las relaciones interculturales médico-paciente. El proceso de sensibilización (a través del informar/educar) constituye un paso importante, pero debe estar acompañado de otro conjunto de acciones, y sobre todo ser sostenible en el tiempo. De lo contrario, incide muy poco en el comportamiento del personal de salud y mucho menos en el de las instituciones.

Una de las definiciones que se emplea muy frecuentemente dentro de esta vertiente, es la que entiende a la interculturalidad en salud como “*la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional*”.³⁸

Asimismo, encontramos la definición por el mismo orden, de medicina intercultural, propuesta por Campos como: “*la práctica y el proceso relacional que se establecen entre el personal de salud y los enfermos, donde ambos pertenecen a culturas diferentes, y donde se requiere de un recíproco entendimiento para que los resultados del contacto (consulta, intervención, consejería) sean satisfactorios para las dos partes*”.³⁹

Me interesa recalcar que la interculturalidad en salud como una búsqueda de equilibrio entre creencias, conocimientos y saberes en el intercambio de la relación entre médico-paciente es importante, pero no puede ser ese equilibrio la búsqueda en sí, que no vea

³⁷ Menéndez citado por Fernández Juárez, Gerardo (coord.) (2006). *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Ediciones Abya Yala. Quito, Ecuador., p.58.

³⁸ Oyarce, A.M. 1996:79 citado por Campos, 2004, p.129. En Fernández Juárez, Gerardo (coord.) (2004). *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas*. Ediciones Abya Yala. Quito, Ecuador.

³⁹ *Op cit.*, p.129.

los otros aspectos y procesos que están incidiendo en que esa relación sea tan poco horizontal, y de tanta subordinación (y en casos hasta de discriminación) por parte del paciente indígena.

Interculturalidad en salud y equidad

Está interrelación entre interculturalidad e inequidad quizá se deba en parte también, a que ambos conceptos, adquieren fuerza en los años 90. La interculturalidad viene a equipararse al concepto de equidad o, por lo menos, así suele vincularse en cierta bibliografía existente en salud, pues precisamente han sido los pueblos indígenas (y en muchos casos, sigue sucediendo) sujetos de las diferencias más injustas e inaceptables en términos de acceso y atención en salud.

La desigualdad es diferente a la inequidad. Aunque ambos conceptos se refieren a la comparación entre grupos humanos. “*La inequidad es un concepto ético e implica una valoración de la desigualdad, desde algún valor o sistema de valores*”.⁴⁰ Por lo tanto, lo que para una sociedad es justo puede no serlo para otra, es producto de una construcción sociohistórica que los grupos humanos dentro de ésta realizan.

La preocupación por la inequidad, en el sector salud, “*se restringe a medir patrones de distribución de indicadores y a plantear la reducción de brechas en aquellas diferencias consideradas injustas y evitables, tanto para los daños como para la atención*”.⁴¹ Es decir, puede ser inequidad en los resultados (indicadores de daño, de discapacidad, de vida saludable, etc.), o inequidad de la atención médico-sanitaria (indicadores de coberturas, disponibilidad, de acceso, de calidad).⁴²

No obstante, parte de esa bibliografía en el caso de los pueblos indígenas, mira el problema en términos de igualdad de saberes, que se han desfasado al paso de los años por ciertos procesos históricos de desigualdad social y asociados al desarrollo científico y los recursos con que ha contado la medicina occidental. Es decir, remite nuevamente al

⁴⁰ Hernández Álvarez, Mario (2011). Desigualdad, inequidad e injusticia en el debate actual en salud: posiciones e implicaciones. En: Eibenschutz, Catalina, Silvia Tamez y Rafael González. *¿Determinación social o determinantes sociales de la salud?* UAM, México, pp.169-194.

⁴¹ López Arellano, Oliva. *Desigualdad, pobreza, inequidad y exclusión. Diferencias conceptuales e implicaciones para las políticas públicas*. Universidad Autónoma Metropolitana, México. Es un texto que fue presentado en una conferencia, pero no aparece el nombre de la misma ni el año. p.6.

⁴² *Ibidem*.

equilibrio de saberes, creencias y conocimientos entre personal de salud y el paciente, aunque se mencione la desigualdad social.

En cierto sentido, referirse a que tal política pública en salud es intercultural, está expresando principalmente que el acceso a los servicios de salud públicos se ha logrado por parte de los grupos menos favorecidos, como en este caso son las comunidades indígenas y también los indígenas considerados individualmente. Esta cuestión es importante, en todo momento quisiera dejar claro que me parece un logro dentro de los ineficientes sistemas públicos de salud.

En esta vertiente, también está presente la preocupación en cuanto a la formación médica está basada únicamente en contenidos biomédicos (tanto en pregrado como en postgrado), es en ésta donde se debería focalizar una buena parte de los esfuerzos. Examinar con detenimiento esos contenidos biomédicos y encontrar los puntos donde se pueden tender puentes para un reconocimiento de la diversidad y aceptación de otros saberes y prácticas curativas y otros donde no es posible tal reconocimiento.

Ahora bien, desde mi punto de vista, es un abordaje que no cuestiona el orden social dominante, y por ello se habla de “reducir brechas” en cuanto a la inequidad existente en salud. Este concepto de inequidad, tiene un impacto más sectorial, más restringido, y puede justificar ciertas acciones, muy necesarias, pero que a mi modo de ver tienen más que ver con una perspectiva de *interculturalidad funcional*. Vivir con menos injusticia dentro del sistema capitalista y en su actual fase la globalización.

A mi modo de ver, prefiero el término de desigualdades⁴³ sociales en salud, más que el de equidad, que ha sido utilizado como un criterio que se refiere principalmente al logro de la accesibilidad de la población a los servicios públicos de salud. Quizá falta en que se profundice más en los mecanismos que producen tal inequidad. Desigualdad social y económica implica un pronunciamiento político más fuerte de denuncia y de acción, y de dejar sentado que las desigualdades no son naturales y que pueden ser técnica y financieramente revertibles.

⁴³ Tomando en cuenta también que América Latina es la región del mundo con los más altos niveles de desigualdad, más que en África. Cepal, 2005.

Interculturalidad en salud y desigualdad social

En el campo de la salud intercultural, tal como expone Albó, “*el principal bloqueo de fondo es la misma estructura de la sociedad, que refuerza las desigualdades de su composición socio económica con la persistencia de discriminaciones culturales. Seguimos siendo neocoloniales en lo económico, político, social y cultural*”.⁴⁴ Por ello, para mí, la categoría central para discutir la interculturalidad en salud es la de desigualdad.

La desigualdad es diferente a la inequidad, e insisto en esto, porque desde las políticas públicas, a veces se evidencia que no existe mucha claridad a nivel conceptual y lo cierto es que asumir una u otra, implica adoptar posturas y consecuencias diferentes en cuanto a las orientaciones y acciones de políticas públicas. Aunque ambas son categorías que refieren a la comparación entre grupos humanos.

Para esta investigación, las causas estructurales de la desigualdad social y económica son producto de la organización social y de la distribución inequitativa de la riqueza, aunado a la apropiación de la misma por parte de un pequeño grupo, para su acumulación económica, política y hasta cultural. Por lo tanto, “*la diferencia es injusta, es inaceptable y se requiere transformar las causas que están en el origen de la desigualdad y garantizar derechos universales*”.⁴⁵

Hay otra noción o línea que reconoce la interculturalidad también en la dimensión simbólica, pero necesariamente articulada con la dimensión económico/política, de tal manera que la situación de pobreza y desigualdad social constituyen parte central de las relaciones interculturales. Esta línea, como la denomina Menéndez, no sólo reconoce la diversidad y el pluralismo cultural, sino también conflictos de poder entre los grupos.⁴⁶

Es por ello, que para mí, el campo de la salud intercultural no puede desvincularse de estos supuestos. Estos debieran ser sus anclajes. No estoy totalmente en contra de políticas de salud puntuales, a través de la implementación de programas específicos, como sería el caso de reducir la mortalidad infantil, que supone más bien una distribución sec-

⁴⁴ Albó citado por Fernández, 2004, p.71.

⁴⁵ López Arellano, Oliva. *Desigualdad, pobreza, inequidad y exclusión. Diferencias conceptuales e implicaciones para las políticas públicas*. Universidad Autónoma Metropolitana, México. Es un texto que fue presentado en una conferencia, pero no aparece el nombre de la misma ni el año; p.5.

⁴⁶ Menéndez citado por Fernández, 2006, p.60.

torial de recursos, y si no tomara en cuenta los riesgos estructurales, condiciones de vida, condiciones de trabajo,⁴⁷ entonces su impacto sería limitado e igual que su horizonte de acción y transformación.

Quiero llamar la atención sobre el problema de las desigualdades sociales y económicas en salud, no puede limitarse a un problema distributivo. No se trata sólo de “repartir recursos” ni que la relación médico-paciente sea en respeto, horizontalidad, equilibrio e igualdad. Se trata que estos programas puntuales puedan articularse con otros que formen parte de políticas sociales amplias, con horizontes políticos de mayor margen de acción, y que sean instancias de participación de los propios sujetos y colectividades.

Desde esta vertiente se afirma que la biomedicina directa o indirectamente ha favorecido procesos de hegemonía/subalternidad en sus interacciones con los diferentes grupos sociales.⁴⁸ La biomedicina es el paradigma dominante de la visión sanitaria pública y según ésta la salud, o más bien la ausencia de ésta, es un problema exclusivamente médico, que se basa en causalidad y cuando analiza factores sociales, os despoja de su dimensión de procesos socio históricos.

En esta investigación, *“el desarrollo de la salud es un problema político que se materializa en la condición de los cuerpos biológicos y de la capacidad del entorno material para seguir participando en la vida humana”*.⁴⁹ Es por ello, coherente preferir y asumir la categoría de las desigualdades sociales y económicas y como éstas a su vez generan las desigualdades en salud. Siguiendo d cerca esta idea, la inequidad vendría a ser una expresión observable de esas desigualdades.

Mucho de lo que apuntan las políticas de salud a través de sus diferentes programas es hacia una reducción de la interculturalidad en términos, casi exclusivamente, de sus aspectos culturales. De esta forma, se tiende a excluir los procesos socioeconómicos que influyen de gran manera en las relaciones interculturales que se dan en salud y que si se

⁴⁷ López Arellano, Oliva. *Desigualdad, pobreza, inequidad y exclusión. Diferencias conceptuales e implicaciones para las políticas públicas*. Universidad Autónoma Metropolitana, México. Es un texto que fue presentado en una conferencia, pero no aparece el nombre de la misma ni el año; p.8.

⁴⁸ Menéndez citado por Fernández, 2006, p.60.

⁴⁹ López, Sergio, Consuelo Chapela, Gilberto Hernández, Alejandro Cerda y Manuel Outón (2011). Concepciones sobre la salud, la enfermedad y el cuerpo durante los siglos XIX y XX. En Chapela Mendoza, Ma. del Consuelo y Contreras Garfias, Ma. Elena (coord.) *La salud en México. Pensar el futuro de México*. UAM, México, p.21.

tomara en cuenta implicaría una discusión urgente y necesaria sobre el actual modelo de desarrollo hegemónico, que impone la lógica neoliberal.

No obstante, si se contextualizan algunas de las acciones y programas en salud que apuntan a una interculturalidad principalmente en términos culturales, ello, en sí mismo representaría un “avance” en relación a los pueblos y comunidades indígenas, puesto que antes prácticamente no había nada. La cuestión nuevamente aquí, es mirar que el logro no está tanto en la pertinencia cultural en la atención, que no quiero despreciar, sino más bien en la consecución del acceso a los servicios públicos de salud, como es el caso en la Guajira venezolana, estudio de caso de la presente investigación.

Resultan necesarios, pero aún son insuficientes. Es por ello, que un componente o dimensión fundamental es la participación de las propias comunidades indígenas y las organizaciones indígenas, tratando de revertir la contrastante asimetría en las relaciones de poder, y que ya no sean los llamados “expertos”, los que dirijan las acciones y programas en salud en las comunidades. Esta concepción apunta a la perspectiva de *interculturalidad crítica* ya expuesta.

Entonces, ¿qué se está entendiendo por interculturalidad en salud?

Esta investigación asume como definición de interculturalidad en salud “*las distintas percepciones y prácticas del proceso salud-enfermedad-atención*⁵⁰ *que operan, se ponen en juego, se articulan y se sintetizan, no sin contradicciones, en las estrategias de cuidado, las acciones de prevención y cuidado a la enfermedad, al accidente y a la muerte en contextos pluriétnicos*”.⁵¹

⁵⁰ Por proceso salud-enfermedad se entiende “el modo específico como en el grupo se da el proceso biológico de desgaste y reproducción, destacando como momentos particulares la presencia de un funcionamiento biológico diferenciable con consecuencias para el desarrollo regular de las actividades cotidianas, esto es, la enfermedad”. La idea central de este proceso es que posee historicidad, porque está socialmente determinado. El carácter social del proceso salud-enfermedad reside en que “no es posible la normalidad biológica del hombre al margen del momento histórico”. Un ejemplo de ello, es que la duración del ciclo vital ha variado por épocas. Como se puede observar esta doble dimensión biológica-social que adquiere el proceso de salud-enfermedad se aparta de la concepción de la enfermedad en términos exclusivos biologicistas, que sólo depende de la práctica médica y que carece de historicidad y se presenta asocial, con énfasis en el individuo, bajo el paradigma biomédico, clínico y curativo. Es Menéndez Eduardo, quien luego agrega a ese proceso dialéctico, la palabra *atención*. Y corrientes más recientes de la Medicina Social añadieron la de *cuidado*. Laurell, Asa Cristina (1982). *La Salud-Enfermedad como proceso social*. Cuadernos Médico Sociales Nº 19, Buenos Aires. p.8.

⁵¹ Lerín, Sergio (2010) en Haro, Jesús Armando. Seminario-Taller El Abordaje sociocultural de la salud de la salud de los pueblos indígenas. Centro de Salud y Sociedad, Colegio de Sonora.
Ver <http://es.slideshare.net/JESUSARMANDO HARO/interculturalidad-en-salud>.

Por supuesto, que a esta definición, le agrego que es toda estrategia y proceso conjuntamente con los pueblos y comunidades indígenas, que toma en cuenta la importancia de los procesos sociales y económicos en la producción de la enfermedad y la muerte. Toda interculturalidad en salud deberá aumentar los niveles de esperanza de vida de estos pueblos, así como la calidad y condiciones de vida⁵² de los mismos.

A continuación un esquema analítico que muestra de manera gráfica cómo los pueblos y comunidades indígenas son sujetos de desigualdades socioeconómicas y desigualdades en salud, y producto de éstas también de inequidades, exclusión de todo tipo y pobreza. Todos son procesos diferentes, que sin lugar a dudas están interrelacionados. Sin embargo, realizar políticas públicas sin tener la suficiente claridad conceptual, puede devenir en situaciones que terminan perjudicando aún más a estos grupos.

Por ejemplo, la pobreza así como la exclusión social hacen referencia a situaciones de privación y carencia. En cuanto a la primera, ha estado presente en la agenda pública⁵³ y el debate en las últimas dos décadas. Este concepto no hace un cuestionamiento al orden económico vigente. Y las políticas sociales y de salud en este sentido, son de atención focalizada, para los pobres, quienes deben demostrar que lo son a toda costa, para convertirse beneficiarios de un determinado programa. Existe hasta tipología de la pobreza.

Si fuera el caso, me inclinaría por una definición de la pobreza que haga énfasis en resolver el núcleo esencial de satisfactores, que describe más “*lo necesario para desarrollar capacidades individuales y colectivas en una sociedad determinada*”⁵⁴ en contraposición a aquella definición que defiende más lo básico, lo elemental para sobrevivir.

⁵² En el plano teórico más general, la calidad de vida se refiere a las “condiciones objetivas y subjetivas en que se realiza la reproducción social de los grupos humanos. Incluye diversas dimensiones: las condiciones de trabajo remunerado y no remunerado (práctica doméstica), la cantidad y calidad de las formas de consumo de bienes, servicios y valores de uso, el acceso y realización de expresiones culturales y políticas y la calidad del entorno”. Es decir, “la capacidad de una sociedad de resolver satisfactoriamente –en cantidad y calidad– el conjunto de necesidades humanas y posibilitar el desarrollo humano, es lo que permite que su población tenga una mejor calidad de vida”. Blanco Gil, José y López Arellano, Oliva (2007). Condiciones de vida, salud y territorio: un campo temático en (re)construcción. p. 106. En Jarrillo Soto, Edgar C. y Guinsberg, Enrique. *Temas y desafíos en Salud Colectiva*. Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina. pp.103-125.

⁵³ Dictado en gran medida por la agenda global, por parte de los organismos internacionales: Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo, Organización Mundial de la Salud.

⁵⁴ López Arellano, Oliva. *Desigualdad, pobreza, inequidad y exclusión. Diferencias conceptuales e implicaciones para las políticas públicas*. Universidad Autónoma Metropolitana, México. Es un texto que fue presentado en una conferencia, pero no aparece el nombre de la misma ni el año. p.7.

Sin embargo, considero que desde el punto de vista social, el gran problema de la región de América Latina, no es la pobreza, sino la desigualdad. No es casual, que seamos el continente más desigual. En tanto, la exclusión al igual que la pobreza, expresan el “quedar fuera” de los procesos de integración social y económica y del disfrute de bienes y satisfactores. Pero, es la exclusión social que a su vez genera exclusión en salud, la que remite a la negación, en este caso, del derecho a la salud. Éste concepto también describe la ruptura del tejido social.

Es por lo anterior que he señalado, que estos cuatro procesos son distintos, pero íntimamente interrelacionados. Es necesario desentrañarlos y colocar los ejes desde lo que nos dicta la interpretación teórica y metodológica, para que las políticas públicas sociales y de salud puedan resultar coherentes y ojalá bajo una perspectiva ética que privilegie la reducción de las desigualdades y garantice el goce de derechos.

Como ya he señalado a lo largo de este capítulo, yo parto del supuesto que son las desigualdades socioeconómicas que a su vez generan las desigualdades en salud, las que detonan el resto de los otros procesos, en sus vertientes y con diferentes matices. Son los pueblos y comunidades indígenas, “blanco” histórico de todos ellos. Por lo tanto, una interculturalidad en salud crítica, no debe encubrir los conflictos generados a partir de estos procesos, en favor de ciertas compensaciones “culturales”.⁵⁵

A continuación, el esquema que he separado en dos etapas o momentos, atendiendo a para fines analíticos y prácticos.

⁵⁵ Esta investigación entiende *cultura* como un sistema (relativamente) integrado y de interrelación entre costumbres, instituciones, valores y creencias, con el cual los grupos sociales interpretan y significan la realidad.
<http://es.slideshare.net/JESUSARMANDO HARO/interculturalidad-en-salud>.

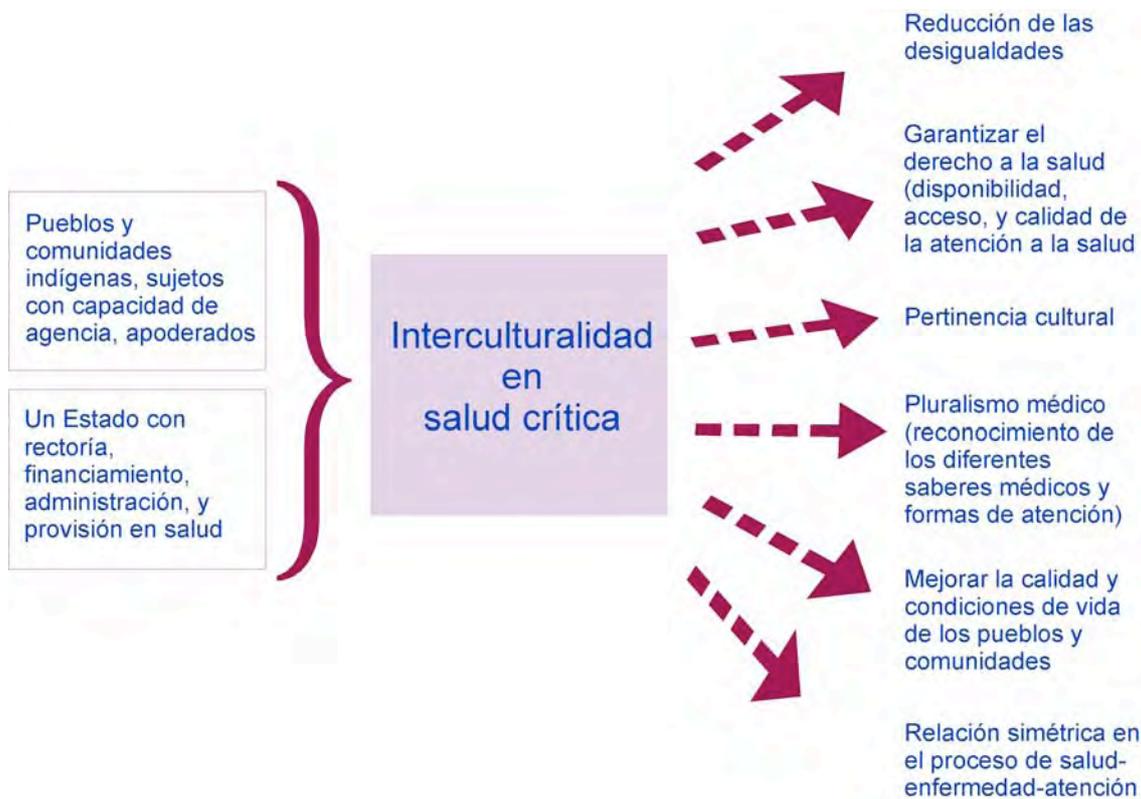
DIAGRAMA 1

PRIMER MOMENTO: CONTEXTO GENERAL (SISTEMA, CONDICIONES Y PROCESOS)



DIAGRAMA 2

SEGUNDO MOMENTO: POLÍTICAS EN SALUD



1.2. Modelos médicos, saberes y formas de atención

Esta sección forma parte del andamiaje teórico-conceptual que se está construyendo para comprender y analizar si la atención en comunidades indígenas (en Venezuela y Ecuador) se ha realizado con alguna perspectiva de interculturalidad –después del reconocimiento constitucional del derecho a la salud diferenciada– y cuál ha sido ésta, analizando los procesos que están imbricados.

También conocer sí desde los servicios de salud que ofrece el Estado en estas comunidades, se ha trabajado conjuntamente con los miembros de tales comunidades o por el contrario, sigue siendo un proceso unidireccional, en el cual las comunidades son simples receptoras de acciones y programas. Identificar si la participación social en salud por parte de los miembros de estas comunidades está siendo realmente un ejercicio de poder en todos los niveles (diseño, implementación, evaluación y control) de las políticas públicas en salud en los territorios indígenas.

Para ello, es importante conceptualizar los modelos, saberes y formas⁵⁶ de atención que reconocen y utilizan los grupos y colectividades, así como los sistemas médicos⁵⁷ de los cuales se derivan tales prácticas curativas. Pues en la realidad estos modelos de atención juntamente con los sistemas médicos se articulan y se complementan. Desde una de las vertientes de la interculturalidad en salud tiende a polarizarse entre el sistema biomédico y el sistema médico indígena. Esta dicotomía obedece a poco contacto con la realidad de estos pueblos en sus comunidades, porque lo que ocurre es que hay más de uno, y que la autoatención es uno de ellos, el primero y el que más se emplea.

Antes de entrar en la definición de cada modelo o en la caracterización de los mismos, es importante anotar como una tarea esencial desde el sector salud en cuanto a una implementación exitosa del sistema de atención real que emplean los sujetos y grupos, debería entonces empezar por “*identificar, describir y analizar las diferentes formas y saberes que los sujetos y conjuntos sociales manejan respecto de la variedad de padeceres reales e imaginarios que reconocen como afectando su salud*”.⁵⁸

Menéndez construyó una tipología acerca de los modelos médicos. Y en estos mismos yo ubicaría los saberes y formas de atención, que también, en otra obra él desarrolló.

1. Modelo médico⁵⁹ hegemónico (MMH)

Este modelo mira a la salud como mercancía, bajo una concepción teórica evolucionista-positivista, que normatiza la salud-enfermedad en sentido medicalizador.⁶⁰ Se carac-

⁵⁶ Para esta investigación se va a entender según Menéndez, *saberes* como “representaciones y prácticas organizadas como un saber que operan a través de curadores o sujetos y grupos legos”; *formas* “las experiencias utilizadas por sujetos y grupos, y donde el interés está en obtener trayectorias y experiencias individuales” y *modelo* como “construcción metodológica que refiere a los saberes tratando de establecer provisionalmente cuáles son sus características y funciones básicas” en Menéndez, Eduardo (2009). *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Lugar Editorial, Buenos Aires. p.25.

⁵⁷ Aunque prefiero la noción de medicina indígena o de saber médico, que he usado a lo largo de esta investigación, aquí utilizo ‘sistema médico’ para conseguir coherencia con el planteamiento que estoy realizando. Sin embargo, aclaro que no tiene que ver con la noción propuesta por Kleinman, pues justamente esa noción no coloca énfasis en los aspectos económicos y políticos como condicionantes del sistema. Kleinman, A. (1978). “Concepts and model for the comparison of medical systems as Cultural Systems”. *Social Science and Medicine*, 12, pp.85-96.

⁵⁸ Menéndez, Eduardo (2009). *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Lugar Editorial, Buenos Aires. p.29.

⁵⁹ Para esta investigación *modelos médicos* son “construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales suponen en la construcción de los mismos no sólo la producción teórica, técnica, ideológica y socioeconómica de los curadores (incluidos los médicos), sino también la participación en todas esas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento”. Menéndez, Eduardo (1983). *Modelo Hegemónico, Modelo Alternativo Subordinado, Modelo de Autoatención. Caracteres estructurales*. Tomado de *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México (Cuadernos de la Casa chata, 86). p.101.

teriza por ser biologicista, ahistórico, asocial, basado en el individualismo. Está orientado por la eficacia pragmática, con tendencia al dominio de la cuantificación sobre la calidad.⁶¹

En cuanto a la relación médico-paciente es asimétrica, que no cuestiona, con una participación de subordinación del paciente “consumidor” en los quehaceres de salud y una profesionalización formalizada, que excluye al consumidor del saber médico.⁶² Otra característica estructural de este modelo es la “*legitimación jurídica y académica de las otras prácticas ‘curadoras’ (...) y la identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otros modelos*”.⁶³

Dentro de este modelo, también existen dos grandes tendencias: una al control social e ideológico y otra al consumismo médico.⁶⁴ Todas las aquí enunciadas son características estructurales de este modelo, que lo perfilan a grandes rasgos, pero que no hay que olvidar que son los propios procesos sociales y políticos y las fuerzas sociales en los mismos, los que los moldean y definen.

Por otra parte, dentro del mismo MMH Menéndez distinguió otros submodelos. El modelo médico individual privado, modelo médico corporativo público y modelo corporativo privado. Con características estructurales similares los tres, sólo que en los de tipo corporativos, agrega “*la estructuración jerarquizada de relaciones internas y externas en la organización de la atención médica, el burocratismo, (...) y la dominación de los criterios de productividad*”.⁶⁵

Me interesa destacar lo que señala en cuanto al modelo corporativo público. En éste se encuentra una “*tendencia al enfoque de prevención, la tendencia a actuar sobre el ‘me-*

⁶⁰ Medicalización se refiere “a las prácticas, ideologías y saberes manejados no sólo por los médicos, sino también por los conjuntos que actúan dichas prácticas, las cuales refieren a una extensión cada vez más acentuadas de sus funciones curativas y preventivas, a funciones de control y normatización”. Menéndez, Eduardo (1983). Modelo Hegemónico, Modelo Alternativo Subordinado, Modelo de Autoatención. Caracteres estructurales. Tomado de *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México (Cuadernos de la Casa chata, 86). p.101.

⁶¹ Menéndez, Eduardo (1983). Modelo Hegemónico, Modelo Alternativo Subordinado, Modelo de Autoatención. Caracteres estructurales. Tomado de *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México (Cuadernos de la Casa chata, 86). p.102.

⁶² *Ibidem*.

⁶³ *Ibidem*.

⁶⁴ *Ibidem*.

⁶⁵ *Ibidem*.

dio' y no sobre los individuos, aunque 'naturalizando' a dicho 'medio', así como la tendencia al enfoque a constituir subprofesionales controlados, y a dirigir las legitimaciones políticas e ideológicas en el sector salud'.⁶⁶

Puede decirse que este MMH comprende saberes y formas de atención de tipo biomédico, que son implementados por médicos y demás personal de salud, que trabajan en los tres niveles de atención. Atienden padecimientos físicos y mentales, desde saberes preventivos de tipo biomédico.⁶⁷

2. Modelo médico alternativo subordinado

Este modelo se caracteriza por una concepción más integral y hasta globalizadora de los padecimientos, en la que la eficacia simbólica y sociabilidad son condicionantes de la eficacia en las acciones terapéuticas. Tiene una determinada racionalidad técnica y simbólica. Hay una tendencia al pragmatismo. Al igual que el MMG presenta ahistoricidad, asimetría en la relación curador-paciente, participación subordinada de los consumidores, legitimación grupal de las actividades curativas y a excluir a otros del “saber y prácticas curativas” y cada vez más una tendencia a la mercantilización.⁶⁸

En este modelo se encuentran saberes y formas de atención de tipo “popular” y “tradicional” expresadas a través de curadores especializados como chamanes, hueseros, culebreros, brujos, curanderos, parteras empíricas, espiritualistas, yerberos, entre otros.⁶⁹ También saberes y formas de atención de otros sistemas médicos como el ayurvédico, mandarino, la acupuntura, etc. Hay otras saberes y formas de atención que igualmente podríamos agrupa en este modelo como son las alternativas o “new age” que incluye a sanadores y bioenergéticos y por último, las prácticas curativas religiosas, así como el papel curativo de algún santo o figura religiosa.⁷⁰

⁶⁶ *Ibidem.*

⁶⁷ Menéndez, Eduardo (2009). *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Lugar Editorial, Buenos Aires. p.31.

⁶⁸ Menéndez, Eduardo (1983). Modelo Hegemónico, Modelo Alternativo Subordinado, Modelo de Autoatención. Caracteres estructurales. Tomado de *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México (Cuadernos de la Casa chata, 86). p.103.

⁶⁹ Menéndez, Eduardo (2009). *Op cit.*, p.31.

⁷⁰ *Idem.* p.32.

Como se puede observar son prácticas médicas de un grado avanzado de complejidad y organización desarrolladas al margen del sistema médico occidental. Y como también vimos en las características puntualizadas de este modelo, muchas coinciden con las enunciadas en el MMH, pues al ser el hegemónico⁷¹ de allí se derivan muchas de las prácticas, ya que en la realidad lo que ocurre más que una oposición de saberes y formas de atención es una complementariedad. Lo que no significa que sea en situaciones de conflictividad.

Dentro de este modelo me interesa destacar la medicina indígena, porque comúnmente llamada “tradicional”. Estoy en desacuerdo en emplear ese adjetivo con la medicina indígena, porque va cargado de una noción de pasado, de “estancamiento” que intenta anular las prácticas en torno al proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado que esta medicina ha ido incorporando a lo largo de los años y de manera reciente, muchas de las cuales provienen del MMH.

3. Modelo médico basado en la autoatención

Señala Menéndez que este modelo es estructural a toda sociedad y supone el primer nivel de atención. Está *“basado en el diagnóstico y atención llevados a cabo por la propia persona o personas inmediatas de sus grupos parentales o comunales, y en cual no actúa directamente un curador profesional. Esta autoatención supone desde acciones ‘conscientes’ de no hacer nada, pero encaminadas a la cura, hasta el uso de equipos de determinado grado de complejidad”*.⁷²

La concepción de salud en este modelo es de un bien de uso y la enfermedad como mercancía. Tiene una eficacia pragmática, acompañada de una tendencia a la experiencia y a la apropiación tradicional de las prácticas médicas. La participación aquí es simétrica

⁷¹ Se va a entender hegemonía según la concepción gramsciana. Por lo tanto, el MMH “necesita imponer su hegemonía, ser la referencia científica e ideológica necesaria y legitimada de las acciones contra la enfermedad, aun cuando sólo pueda ser utilizado por un sector relativamente pequeño de la población”. Menéndez, Eduardo (1983). Modelo Hegemónico, Modelo Alternativo Subordinado, Modelo de Autoatención. Caracteres estructurales. Tomado de *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México (Cuadernos de la Casa chata, 86). p.105.

⁷² E.L. Menéndez (1981). “La automedicación y los medios de comunicación masiva”, en Cuadernos Médicos-Sociales, núm. 15, pp.23-32, Rosario. Citado por Menéndez, Eduardo (1983). Modelo Hegemónico, Modelo Alternativo Subordinado, Modelo de Autoatención. Caracteres estructurales. Tomado de *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México (Cuadernos de la Casa chata, 86). p.104.

y homogeneizante y posee una legitimidad grupal y comunal.⁷³ Este modelo señala el autor que es propenso a desarrollar la subordinación incitada por los otros modelos.

Los saberes y formas de autoatención se manifiestan a través especialmente del grupo doméstico y también puede ser por aquellos grupos organizados bajo el esquema de autoayuda para tratar padecimientos específicos. Ejemplo de estos últimos son: Alcohólicos Anónimos, clubes diabéticos, padres de niños con síndrome de Down, etc.⁷⁴

Esta tipología, pudiera resultar muy esquemática. Sin embargo, nos permite ubicar las características estructurales de los modelos médicos que aunque son abstracciones de los saberes médicos y formas de atención en la práctica, ayuda a contrastar como en la vida cotidiana de los sujetos y grupos, éstos aunque no lo reconozcan de manera consciente, los emplean según sus posibilidades y creencias, es por ello que en los tres la eficacia simbólica es tan importante, aunque se destaque en el modelo médico alternativo subordinado.

Por supuesto, que como toda clasificación es limitada y puede ampliarse. Los saberes y formas de atención que se derivan de estos modelos médicos, están inmersos en procesos dinámicos y para nada que se ven aislados. Los saberes y formas de atención operan de forma específica y/o a través de la articulación con otros saberes y formas. La tendencia a describir y analizar los mismos por oposición (como es el caso de una vertiente de la interculturalidad en salud que se basa en la polarización entre la biomedicina y la medicina indígena, mal llamada “tradicional”) tiene que ser abandonada, porque simplemente no obedece a la realidad.

⁷³ Menéndez, Eduardo (1983). *Op cit.* p.104.

⁷⁴ Menéndez, Eduardo (2009). *Op cit.* p.32.

Capítulo 2

Reconocimiento constitucional de derechos de los pueblos, comunidades y nacionalidades indígenas. Derecho a una salud con perspectiva intercultural

Este primer capítulo está compuesto por dos secciones. La primera comprende dos incisos. En el primero se analiza la forma en qué se dio el proceso de reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas en Venezuela, en éste se hace un recorrido histórico de los antecedentes de la reforma, basándome principalmente en las leyes, constituciones y decretos, pasando brevemente por el proceso constituyente hasta llegar a la Constitución vigente de 1999.

Esta constitución es en la que por primera vez se da tal reconocimiento, lo que la convirtió en el año de su publicación, en 1999, en una de las pocas constituciones del mundo en la que se ha incluido, de forma novedosa, el reconocimiento de un amplio catálogo de derechos de los pueblos indígenas.⁷⁵

En esta primera sección también se realiza un breve recorrido por el proceso constitucional del Ecuador en materia de reconocimiento de derechos colectivos a los pueblos indígenas y afroecuatorianos, haciendo un especial énfasis en la Constitución actual de Ecuador y el Sumak Kawsay, el Régimen del Buen Vivir. En este caso, no se hizo una revisión histórica tan exhaustiva porque a diferencia de Venezuela, en el anterior texto constitucional de este país ya se había dado el reconocimiento de tales derechos.

Entonces, por un lado, constitucionalmente Ecuador ya se le reconocía como un país diverso culturalmente. Por otro lado, el tema de reconocimiento de derechos indígenas ha sido mucho menos explorado en el caso de Venezuela que en el de Ecuador, en donde ya existe mucha bibliografía disponible para analizar este proceso y en el cual el movimiento indígena fue también conocido como un actor clave dentro del mismo.

⁷⁵ Kuppé en Bello, Luis Jesús (2005). *Derecho de los Pueblos indígenas en el nuevo ordenamiento jurídico venezolano*. IWGIA, Dinamarca. Para el año en que el catedrático austriaco René Kuppé hiciera tal afirmación, aún no se contaba con las constituciones de Ecuador (2008) y Bolivia (2009). Ambas producto –al igual que el caso venezolano– de asambleas constituyentes (2006-2007 en Bolivia y 2007-2008 en Ecuador) y aprobadas mediante sendos referendos. Aunque hay opiniones divididas, respecto a si se contemplan o no avances significativos en lo que concierne a los derechos del sujeto indígena.

Por supuesto que en el nuevo texto, con respecto al anterior, hay cambios sustanciales, pero es claro que el proceso de reconocimiento de derechos indígenas ya se venía dando desde las fuertes movilizaciones del movimiento indígena ecuatoriano desde los años noventa. Uno de ellos, es el de Sumak Kawsay, que es un principio y régimen que debe atravesar a toda la planificación del Estado. El Sumak Kawsay puede ser considerado una propuesta teórica decolonial, para hacer viable la ‘plurinacionalidad’ que han asumido desde el Estado, países como Ecuador y Bolivia.

Una vez contextualizados ambos procesos tanto en sus dimensiones históricas, como en las particularidades de la discusión socio-filosófica que entrañan los conceptos ahí plasmados, desarrollo la segunda sección que contempla específicamente el derecho a la salud, en el desarrollo normativo tanto de Venezuela como de Ecuador.

El objetivo de esta segunda sección es mostrar el parámetro que la ley ha objetivado, para entrar en el análisis de la dimensión empírica de mi estudio. Es decir, a través de las prácticas de salud concretas que logro reportar en los estudios de caso, saber si en efecto se están cumpliendo los parámetros trazados por las constituciones de ambos países, pero además me interesa saber si la falta de medidas que le den pertinencia cultural a los servicios de salud, inciden en la calidad del servicio que reciben los miembros de los pueblos indígenas en ambos países.

2.1. Reconocimiento constitucional de los derechos de los pueblos, comunidades y nacionalidades indígenas

2.1.1. El proceso de reconocimiento constitucional en Venezuela

En Venezuela, la discusión sobre el reconocimiento constitucional de los derechos de los pueblos indígenas se basó principalmente en el tema de propiedad de las tierras donde habitan estos pueblos agrupados en comunidades. En las leyes que se promulgaron en la época colonial y republicana este fue el objeto de tales reglamentaciones. Revisando las leyes y decretos promulgados, se observa que a partir del eje territorial que se presenta el problema de saber si la condición de los indígenas les hacía sujetos de derechos, es decir, si son ciudadanos o sujetos históricos, que contraen derechos y obligaciones con el Estado.

Aquí, se hace necesario dar algunos antecedentes, realizar una mirada sobre las leyes que se dictaron en la época republicana y sobre las constituciones que precedieron la última y vigente Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV), para precisar cómo se consideraba a los indígenas, qué tanto eran sujeto de derechos y cómo éstos se relacionaban con el poder gobernante.

En este recuento histórico, sientan algunas bases que arrojan elementos para el análisis sobre el reconocimiento constitucional que, como ya se dijo, se da por primera vez en la historia de Venezuela, en la C RBV de 1999. Es indispensable no mirar este hecho de forma aislada, ni como resultado de una coyuntura política, sino como producto de un proceso histórico social, de una lucha que se venía gestando a la par de la organización indígena y la de otros sectores que la acompañaban.

Los pueblos indígenas se convertirán en actores claves en el proceso de la asamblea constituyente, tanto los que participaron directamente como constituyentes como los que se movilizaron y estuvieron en plantones, mientras se daban las discusiones. Su principal demanda partía de ser reconocidos como pueblos autónomos, con sus instituciones políticas y sociales y con sus propias formas de organización económica.

2.1.2. Antecedentes de los Derechos de los Pueblos Indígenas

Constituciones y leyes en la época republicana

En la época republicana, existían fuertes contradicciones. Por una parte, se decretaron leyes que abolieron la figura de las comunidades y establecieron el paso de propiedades comunitarias de los resguardos a propiedades individuales. Algunas de estas leyes, que hacían énfasis en desaparecer la figura de las comunidades, buscaban sin duda, debilitar la organización comunitaria y colectiva, propia de estas poblaciones. Al hacer frágil a este tipo de organización, sería mucho más fácil el sometimiento de las poblaciones indígenas y su integración a los planes de la república, que intentaba instaurarse.

En este sentido, en la primera constitución, la de 1811, se dispuso que sólo podían ejercer el derecho al voto o participar del congreso nacional, los que supieran leer y escribir, los dueños de propiedades o aquellos que ejercieran una profesión liberal rentable. Ante estas disposiciones, era evidente que las poblaciones indígenas quedaban excluidas de

participar en estos espacios políticos en la creación de la república naciente o en la que se quería construir.

Los pueblos y comunidades indígenas estaban invisibilizados por el poder gobernante, porque ellos debían ser primeros civilizados, ya que se les consideraba culturalmente atrasados. Además del sesgo discriminatorio y racista presente en la constitución, prevalece una lógica de uniformidad, de homogeneización de la sociedad, que de por sí es diversa y heterogénea; lo cual, al mismo tiempo, permitió que se librara una guerra en favor de la república.

Por otra parte, se dictaron leyes y decretos a favor de los indígenas. Por ejemplo, el Decreto de 1820 que dictó el Libertador Simón Bolívar en favor de los Indios, de su Libertad y de su Propiedad, en el que se devolvía a los indígenas todos los resguardos. Bello va a decir que en el espíritu del Libertador además de existir el espíritu republicano, había “*la idea del reconocimiento de los derechos específicos como la propiedad legítima de las tierras y los resguardos que ocupaban*”.⁷⁶

En 1821 el Congreso de la Gran Colombia dictó la Ley sobre Extinción de los Tributos de los Indígenas, Distribución de sus Resguardos y Exenciones que se les Conceden. A pesar de las importantes disposiciones de esta ley, que garantizaba ciertos derechos colectivos a los indígenas (a través de la repartición de los resguardos de tierras en pleno dominio y propiedad y así eximirlos de pagar tributos) la condición de posesión sobre las tierras era frágil y sin ninguna garantía jurídica.

Para mejorar tal situación, se promulgó la Ley del 2 de abril de 1836 sobre Repartimiento de los Resguardos Indígenas, que establecía en su primer artículo que las diputaciones provinciales prescribirían las resoluciones pertinentes, para que, en el menor tiempo posible, se distribuyeran los resguardos de tierras entre los indígenas. Es decir, esta ley vendría a ratificar la ley de 1821.

Como se puede observar, el conjunto de leyes y decretos apuntan a reconocer ciertos derechos a los indígenas, principalmente sobre la tierra, sólo que a medias, pues continuaban sin ser los dueños de las tierras que ocupaban y trabajaban, aunque no pagaran tributos; a este plano se reducían sus derechos.

⁷⁶ Bello, Luis Jesús (2005), *op cit.*, p.33.

En la constitución de 1858, lo que llama la atención es que en unos de sus primeros artículos sólo va a hacer mención a la cuestión indígena en una disposición que se refiere a los territorios despoblados y los ocupados por tribus indígenas, los cuales serán regidos por leyes especiales.⁷⁷

No hay disposiciones expresas, sólo de manera secundaria son señalados los indígenas y además sólo son considerados como tribus. Este hecho de ser catalogados como tribus trasciende la discriminación a las formas de organización colectiva que poseen la mayoría de los pueblos indígenas y se torna ésta un “blanco” continuo de atacar, de destruir, de descalificar, porque el énfasis de la república naciente o queriendo consolidarse está en el individuo.

En 1864 se dicta una nueva constitución. Nuevamente los indígenas aparecen por referencia indirecta o secundaria, pero con una denominación diferente, igual de discriminatoria y no son considerados sujetos de derechos. Se les menciona por la cuestión del régimen especial, que tocará a los que se denominen como territorios en aquellas regiones tanto despobladas o habitadas por indígenas no civilizados.⁷⁸ Va desapareciendo la noción de ‘colectivo’ en lo indígena (ya ni siquiera son tribus) y se empieza a nombrar de manera individual.

Diez años después, se dicta una nueva constitución, la de 1874 que no contempló cambios sustanciales con la disposición anterior de la constitución que la precedió. Continúa considerándole *indígenas* no civilizados. De igual manera, la constitución de 1881, no introduce cambios notables.

Esta vez, en la misma disposición sobre la atribución de la Legislatura Nacional, en cuanto a los territorios que se denominen así por régimen especial, serán aquellos que existan regiones despobladas de indígenas no reducidos o civilizados. Un cambio notorio es que continúa dándoseles el tratamiento de no reducidos, lo que podría indicar es que a través de las distintas constituciones se perseguía reducir a los indígenas, en el sentido de asimilarlos, integrarlos a los cánones de la cultura nacional o mayoritaria.

⁷⁷ *Op cit.* Artículo 4, citado por Bello (2005), p.41.

⁷⁸ *Op cit.* Artículo 43, citado por Bello (2005), p.42.

En 1882, el Congreso de los Estados Unidos de Venezuela sancionó la Ley sobre Reducción, Civilización y Resguardos Indígenas. Esta ley estableció lo siguiente:

- Extinción de los antiguos resguardos de indígenas.
- Pérdida de privilegios y exenciones que las leyes de indias crearon a favor de la reducción y civilización de las tribus indígenas.
- Anulación del derecho de división de los resguardos, por parte de los descendientes de indígenas.⁷⁹
- Reconocimiento de las comunidades indígenas, pero solamente las que existían en los Territorios Amazonas, Alto Orinoco y la Guajira y seguirían presididas y administradas por el Ejecutivo Federal, de acuerdo al sistema especial.

Como se puede observar, esta ley representó la negación de los derechos sobre las tierras que ocupaban los indígenas. Además, representó un atraso en materia de los derechos que le habían sido reconocidos hasta el momento en los decretos y leyes anteriores. Para su aprobación, el criterio del tiempo fue precisamente el que privó. Se argumentó que después de haber transcurrido más de cinco décadas, desde la ley de 1821 –considerada como el punto de partida para garantizar los derechos colectivos de los indígenas sobre las tierras– y la ley de 1836 y sin ningún resultado favorable de éstas, se aprobó la ley de 1882.

Dos años después, en 1884 se aprobó una ley que derogó la de 1836 y señalaba que las comunidades indígenas continuarían como dueños reconocidos de sus respectivos resguardos y que procederían a su división como propiedades colectivas dentro de un lapso improrrogable de dos años. Si se cumpliera el plazo, y no se hubiese concluido el juicio se procedería a declararse “*ipso facto*” baldíos, o incorporados a los terrenos de esta denominación que administraba el Ejecutivo Nacional.

Esta ley es un ejemplo más, que las leyes no acompañaban la realidad de los sujetos, que intenta proteger. Establecer un plazo de dos años era irreal y es de suponer que para la época, no existían medios de información u otros canales, es decir, para que las comunidades conocieran estas legislaciones, se dieran por enteradas de las nuevas disposi-

⁷⁹ Pero, aquellos que conforme a las leyes de 1821 y 1836 hubiesen realizado la división y adjudicación de sus resguardos, serían considerados como dueños absolutos de los terrenos comprendidos dentro de sus adjudicaciones. Así quedaba expresado en el artículo 4 de dicha ley.

ciones. Sin contar con las grandes distancias geográficas y las posibilidades reales de acceso.

La Ley del 25 de Mayo de 1885, vendría a ratificar que los indígenas perderían sus tierras, si no procedían a dividir las en el plazo improrrogable de dos años. Esta ley, según Clarac representa la consolidación de la división de la propiedad comunal hasta su completa eliminación.⁸⁰ Se buscaba, la extinción de las comunidades indígenas como figuras jurídicas.

Pero, el 10 de febrero de 1896 la Alta Corte Federal declaró insubsistente tal norma, por violar el artículo 14 en su inciso 2, de la Constitución Nacional y el Código Civil en relación a propiedad y posesión.⁸¹ Sin embargo, tal sentencia fue dictada once años después de la Ley de 1885, ya para la fecha habían transcurrido nueve años del vencimiento del lapso, en el que los indígenas debían dividir sus resguardos. Por consiguiente, tal sentencia no pudo anular la validez de los hechos ocurridos bajo la vigencia de la ley.

Cabe mencionar que la constitución de 1901 –ya entrando al siglo XX– se continúa considerando a los indígenas sin ningún tipo de goce de derechos, de ningún tipo. En esta oportunidad, no se les considera aptos para ejercer el derecho al voto y mucho menos, la participación política, que ellos mismos pudieran postularse para optar algún cargo público, como diputado, por ejemplo.

El artículo 34 de esa constitución de 1901 lo comprueba estableciendo, en lo que se refiere a la sección relativa de la Cámara de Diputados, lo siguiente: “*El Distrito Federal y los Territorios (...) elegirán también sus diputados (...). No se computarán en la base de población los indígenas que viven en estado salvaje*”.⁸² Aparece una nueva denominación hacia los indígenas –los que viven en estado salvaje– que coincide con las disposiciones tanto constitucionales como de las leyes y decretos que he venido señalando.

Estas disposiciones buscan, a través de una supuesta titularidad de las tierras que han habitado y trabajado los indígenas, poder asimilarlos a través de la educación y enseñanza que el gobierno les brinde y que resulten ‘adecuadas’ para los mismos. De esta

⁸⁰ Clarac, Jacqueline (2001) *Análisis de las actitudes de políticos criollos e indígenas en Venezuela*. Boletín Antropológico, Año 20, Vol. III, No. 53. Sept-Dic. Universidad de los Andes. pp.335-372.

⁸¹ *Op cit.*, Bello (2005), pp.34-35.

⁸² *Op cit.* Artículo 34, citado por Bello (2005), p.42.

manera, se busca que puedan abandonar o dejar de ser indígenas que viven en estado salvaje.

Después de estas leyes que consiguieron la extinción de muchas de las comunidades indígenas, las tierras pasaron al patrimonio nacional y adquirieron naturaleza jurídica distinta. Sin embargo, en un nuevo intento por legalizar la posesión de tierras de los indígenas, el Congreso de la República en 1904 dictó la Ley sobre Resguardos Indígenas. Dicha ley, establecía que los terrenos de los resguardos indígenas, que aún se conservaban en comunidad, se adjudicarían a sus actuales poseedores, de acuerdo a los límites que tenían ocupados.

Para ello, según el artículo 2, los indígenas debían ir a las oficinas de registro donde estaban ubicados los terrenos y allí protocolizar las escrituras o documentos que legitimaban su posesión. De lo contrario, a los efectos legales, esas comunidades indígenas serían consideradas como extinguidas. Como se puede observar, esta ley no contribuyó a la titularidad de las tierras que ocupaban los indígenas. Contradictoriamente, “*Quedaba así abierto el camino para la liquidación progresiva de la Comunidades que aún subsistían*”.⁸³

En 1909 hay una nueva constitución y también se promulgó la Ley de Tierras Baldías y Ejidos. En la primera, los indígenas aparecen mencionados, una vez más, por otros temas que se están legislando. En cuanto a las atribuciones del Presidente de los Estados Unidos de Venezuela, se indica que el gobierno podrá contratar la venida de misioneros, que se establecerán en los puntos de la República donde haya indígenas que civilizar.⁸⁴

En el mismo texto constitucional, se hace mención en otro artículo, que los indígenas que viven en estado salvaje, esos territorios no se computarán para la elección de diputados.⁸⁵ Como se puede observar se continúa con discriminación y con una ausencia de ley que los considere sujetos y sus formas de vida e instituciones están muy alejadas de ser, al menos, reconocidas por el Estado y el resto de la sociedad.

En cuanto a la ley, ésta disponía que se incorporaba dentro de los ejidos, a las tierras que pertenecían a los antiguos resguardos de las comunidades indígenas. Pero, además

⁸³ Burgos, citado por Bello (2005), *op cit.* p.36.

⁸⁴ Artículo 80, Constitución 1909.

⁸⁵ Artículo 38 citado por Bello (2005), *op cit.*, p.43.

de ratificar el criterio expuesto en la de 1904 que consideraba inexistentes las comunidades indígenas “estableció un destino diferente para las tierras que formaron los resguardos, aplicable sólo en aquellos casos en que los indígenas integrantes de la comunidad respectiva hubiesen desaparecido.”⁸⁶

Esta Ley de Tierras Baldías y Ejidos fue objeto de sucesivas reformas. La de 1910, incluía, dentro de los ejidos, las tierras que formaban los resguardos de las extinguidas comunidades indígenas, siempre y cuando los poseedores no hubiesen llenado para la fecha las formalidades exigidas por la ley de 1904 y no las llenasen en un plazo de cinco años, a partir de la actual.⁸⁷ Dicho precepto fue modificado por la Ley de Tierras Baldías y Ejidos de 1911, en relación al lapso de tiempo de la prórroga, que la estipuló en dos años.

Las Leyes de Tierras Baldías y Ejidos de los años de 1912, 1915 y 1918 no hicieron ningún tipo de mención expresa. Pero, la de 1919 estableció que serían considerados como ejidos los resguardos de las extinguidas comunidades indígenas y que se respetarían los derechos adquiridos individualmente por los poseedores de fracciones determinadas, según la ley de 1904.

Las leyes de 1924 y 1925 ratificaron lo expuesto por la de 1919. Cabe mencionar que el único cambio que se contempla en la constitución de 1925 es que se muda la denominación de los “*indígenas que civilizar o indígenas que viven en estado salvaje a indígenas no reducidos*”.⁸⁸ Un cambio sutil, que demarca una vez más el carácter integracionista y de asimilación de la política del Estado, que muchas veces se desdibuja como política como tal hacia los indígenas, pero que, sin duda, cuando los consideraba era en un estado de inferioridad respecto al resto de la población.

Retomando el tema de las leyes en cuanto a la tenencia de la tierra, fue la Ley de Tierras Baldías y Ejidos de 1936, la que introdujo un cambio en relación a lo dispuesto por las leyes anteriores, al considerar terrenos ejidos los resguardos de las extinguidas comunidades indígenas. Sin duda, esta ley, trajo consecuencias negativas para las tierras ocupadas por los indígenas, ya que al asimilar a la categoría de “ejidos” a todos los

⁸⁶ Burgos, citado por Bello (2005), *op cit.*, p.36.

⁸⁷ Bello (2005), *op cit.*, p.36.

⁸⁸ Artículo 58, citado por Bello (2005), *op cit.*, p.43.

resguardos, de alguna manera se daba luz verde para la ocupación y venta de tales tierras, siendo esto efectivamente lo que ocurrió.

Es importante la Constitución de 1947, no porque introdujera cambios sustantivos favorables a los indígenas, sino porque es la primera vez que dentro de los principios constitutivos del Estado, se explícita la incorporación de los indígenas a la Nación. Continúa el carácter integracionista, al igual que el de los anteriores textos constitucionales.

También por primera vez, se estipula la creación de una legislación especial,⁸⁹ lo que indica que se reconoce por primera vez la especificidad cultural y las condiciones socio-económicas de los indígenas. Hay un cambio en la denominación hacia los mismos, se les llama indios y población indígena.

El Congreso de la República aprobó en 1960 la Ley de Reforma Agraria, la cual reconoció ciertos derechos colectivos a las comunidades indígenas. Pero, desde un enfoque integracionista. El derecho agrario que le consagra es un “*derecho a usar, gozar y disfrutar las tierras que las comunidades indígenas ocupaban, pero sin reconocer un derecho expreso de propiedad indígena sobre la tierra*”.⁹⁰

Es por ello, que muchos autores lo han denominado el usufructo indígena. Además, en la propia ley se señalaba que el Instituto Agrario Nacional de acuerdo con el Ministerio de Justicia velarían por las reubicaciones de comunidades o familias extensivas de la población indígena según la normativa vigente y todo lo relativo a las adjudicaciones de tierras.⁹¹

En este punto, se tendría que mencionar la constitución de 1961. Sin embargo, por su importancia –marca la consolidación del estado republicano en Venezuela– y por su duración y lo que dispone en cuanto a los indígenas (Régimen de Excepción), decidí incluirla en un inciso aparte. Es importante llamar la atención que esta constitución igualó las comunidades indígenas a los campesinos. Es decir, ignoró la identidad étnica de éstas y las características culturales.

⁸⁹ Artículo 72, Constitución 1947.

⁹⁰ Bello (2005), *op cit.*, p.37.

⁹¹ Artículos 89 y 161, Ley de la Reforma Agraria, 1960.

La Ley Orgánica de Tribunales y Procedimientos Agrarios de 1982 establecía que la Procuraduría Agraria Nacional era el órgano competente para la defensa y representación judicial de los derechos e intereses agrarios de los campesinos e indígenas. Por lo cual, las comunidades indígenas eran tratadas jurídicamente de la misma forma que los campesinos.

En 1983 a través de una ley aprobatoria, según Gaceta Oficial N° 3.235 Extraordinaria se suscribió y ratificó el Convenio N° 107 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) relativo a la “Protección e Integración de las Poblaciones Indígenas y de otras Poblaciones Tribales y Semitribales en los Países Independientes”. Este convenio reconocía el derecho a la propiedad, colectivo o individual sobre las tierras que tradicionalmente han ocupado las poblaciones indígenas.

Estipulaba, además algún tipo de indemnización y compensación en el caso de desplazamiento, siempre y cuando no existiera otra opción y por libre consentimiento. A pesar de estas importantes disposiciones del Convenio 107, éste fue superado por la ratificación y ley aprobatoria⁹² del Convenio N° 169 sobre “Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes” de 1989 de la misma OIT.

Por otra parte, la Ley de Turismo aprobada en 1992 señalaba lo siguiente: “*Se prohíbe cualquier proyecto, programación o desarrollo turístico que perturbe y vulnere la arquitectura y el paisaje tradicional, la vida de las comunidades indígenas, la soberanía nacional, la imagen del país, el respeto a los ciudadanos, o que deterioren el ambiente o agredan la flora y fauna*”.⁹³

Aún cuando no se destaca a las comunidades indígenas como sujetos de derechos y deberes, es importante la norma porque señala que esas comunidades indígenas no pueden ser alteradas en sus espacios por proyectos específicos de particulares y del Estado, aunque no reconoce la autonomía de las mismas ni se obliga a que se consulte a las mismas.

En 1999, el Gobierno Nacional creó el Reglamento para el Reconocimiento de la Propiedad Sobre las Tierras Tradicionalmente Ocupadas por Comunidades Indígenas, pu-

⁹² Gaceta Oficial N° 37.305 de 2001.

⁹³ Artículo 60, Ley de Turismo, 1962.

blicado en Gaceta Oficial N° 5.305 Extraordinaria. Dicho reglamento reconoce la propiedad colectiva, siempre y cuando las comunidades indígenas se organicen y adquieran personalidad jurídica.

Constitución de 1961

Considero que esta constitución requiere un análisis un poco más detallado que las anteriores, no porque representara avances significativos en lo que se refiere a los derechos de los indígenas, sino porque en ésta se consagra un régimen de excepción con los indígenas y también porque fue la carta magna que permaneció con más vigencia en el país, hasta ser derogada por la CRBV de 1999.

Esta constitución, en materia de contenido y reconocimiento de derechos de los pueblos indígenas, constituyó un retroceso constitucional. En su artículo 77 señalaba lo siguiente: *“El Estado propenderá a mejorar las condiciones de vida de la población campesina. La ley establecerá el régimen de excepción que requiera la protección de las comunidades indígenas y su incorporación progresiva a la vida de la nación”*.⁹⁴

Del artículo 77 se pueden inferir varias cuestiones. Primero, que lo indígena se restringe a la protección de las “comunidades indígenas”. Lo que significa que no existe la idea desde el Estado de atender al indígena como individuo y por supuesto mucho menos no existe cabida a la categoría de pueblo indígena.

Como segundo aspecto, es que las comunidades indígenas son consideradas como un grupo dentro de la población campesina o en el peor de los casos son equiparadas a la misma. Esto es un error trascendental, porque los indígenas son culturalmente diferentes a los campesinos. La forma de trabajar y ocupar la tierra es distinta, así como sus cosmovisiones.

Esta asimilación con el campesinado trajo consecuencias negativas para los pueblos indígenas, ya que desde el principio el planteamiento estaba errado y era inconsistente. No es coincidencia o sólo ignorancia por parte del Estado, implica una lógica y práctica de erradicar a estas culturas, ya no sólo a través de la asimilación, sino de su destrucción de hasta su nombre.

⁹⁴ Artículo 77, Constitución de 1961.

Por otra parte, en ese artículo se establecía un régimen de excepción para las comunidades indígenas. Pero en la práctica, no se llegó a desarrollar ningún tipo de sistema de protección especial para éstas. Quedó sólo en el precepto constitucional. Sin embargo, algunas leyes hicieron menciones especiales en su normativa. Entre otras, cabe destacar, la Ley Penal del Ambiente y la Ley de Turismo, ambas establecían excepciones para las comunidades indígenas.

Para muchos autores, este régimen de excepción era lo más importante de esta constitución. Pues, de alguna manera reconocía la especificidad en el modo de vida de las comunidades indígenas. Por tanto, debían recibir un tratamiento distinto por parte de los órganos de los poderes públicos, con miras siempre a la protección de las mismas.

Sin embargo, considero que este régimen de excepción significó por una parte, la justificación del retiro por parte del Estado. Y por otra parte, se entendió como una tajante separación que hizo el Estado de las comunidades indígenas del resto de la población. En otras palabras, este tipo de régimen mostró el sesgo que aún pervivía en el Estado para reconocer y convivir con la diversidad étnica y cultural de estas comunidades.

Con respecto, al principio de la incorporación progresiva de los indígenas a la vida de la Nación, es importante señalar que el mismo era contraproducente, porque atentaba contra las formas propias de los pueblos y comunidades indígenas. Es decir, no reconocía las diferencias y especificidades culturales, económicas, sociales, educativas y de religión que tenían los indígenas.

Por el contrario, los negaba y al mismo tiempo imponía que las comunidades indígenas debían integrarse a la vida de la Nación. Y esto quiere decir que sus culturas, muy diferentes de la nuestra, se sustituirían progresivamente por la cultura de la sociedad envolvente, en este caso la occidental. La orientación de este principio era totalmente integracionista y ésta fue la que privó en la política indigenista del Estado.

Los indígenas en la historia constitucional venezolana hasta 1999

En la historia constitucional de Venezuela, los indígenas aparecen siempre como producto de otros temas. No se hace referencia directa a ellos. Y cuando se mencionan, se parte de un enfoque proteccionista e integracionista. Es decir, se fundamenta en la asi-

milación a la vida de los otros ciudadanos de la Nación. Esto se puede verificar, en los preceptos de las distintas constituciones del país.

Por ejemplo, en la Constitución de 1811, se señalaba que los gobiernos provinciales tenían el deber de atraer a las escuelas, academias y colegios a los indios, llamados también “ciudadanos naturales”, porque gozaban de los mismos derechos que tenían los demás ciudadanos, por el sólo hecho de ser hombres iguales a todos los de su especie. Lo que se buscaba era sacarlos de su estado de rusticidad –según lo que se creía– y que no permanecieran más aislados.

A pesar del carácter de asimilación que se pretendía con esta norma, además de subestimar la cultura y sabiduría de los indígenas, lo plausible de este artículo 200 está en la prohibición de prestar servicios involuntariamente por parte de los indígenas a los Tenientes y Curas de sus parroquias y a cualquier otra persona.

También les confiere “*el reparto en propiedad de las tierras que les estaban concedidas y de que están en posesión para que a proporción entre los padres de familia de cada pueblo las dividan y dispongan de ellas como verdaderos señores, según los términos y reglamentos que formen los gobiernos provinciales*”.⁹⁵

En las constituciones que le siguieron a la de 1811 (constituciones de 1858, 1864, 1874, 1881, 1901, 1909 y 1925), llama la atención la denominación que se le da a los indígenas. Desde tribus indígenas, pasando por indígenas no civilizados; indígenas no reducidos o civilizados; indígenas que viven en estado salvaje; indígenas que civilizar hasta simplemente indígenas no reducidos.

Es sólo hasta la Constitución de 1947, cuando por primera vez se menciona a los indígenas como indios y como población indígena, sin adjetivaciones. También por primera vez, se reconoce que lo relativo a los indígenas merece una legislación especial por sus características culturales y condiciones económicas. Se establece el principio de incorporación a la vida de la Nación. Esta constitución es un punto de partida muy importante, dentro del reconocimiento de la especificidad de los pueblos y comunidades indígenas.⁹⁶

⁹⁵ Artículo 200, citado por Bello (2005), *op cit.*, p.41.

⁹⁶ Bello (2005), *op cit.*, p.44.

Constitución de 1999 y los derechos de los pueblos indígenas

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de 1999 (CRBV), reconoce la existencia de los pueblos y comunidades indígenas y con ello su organización política, social y económica, sus culturas, usos y costumbres, idiomas y religiones, así como su hábitat y derechos originarios sobre las tierras que ancestral y tradicionalmente ocupan.⁹⁷

Por consiguiente, en el título III, el capítulo VIII denominado “De los derechos de los pueblos indígenas”, desde el artículo 119 hasta el 125 se reconocen los siguientes derechos: la existencia misma de los pueblos y comunidades indígenas, la consulta previa e informada sobre el aprovechamiento de los recursos sobre hábitats indígenas, a mantener y desarrollar su identidad, cultura y una educación intercultural bilingüe, a la **salud integral**⁹⁸ y a la medicina tradicional, a sus propias prácticas económicas, a la propiedad intelectual colectiva de los pueblos indígenas (y prohibición de patentes sobre conocimientos ancestrales) y a la participación política. El último (126) se refiere a la pertenencia a la Nación, el Estado y pueblo venezolano de los pueblos indígenas y el deber de salvaguardar la integridad y soberanía nacional.

En el año 2005 se sancionó y publicó en Gaceta Oficial la Ley Orgánica de Pueblos y Comunidades Indígenas (LOPCI), que establece para los indígenas el goce de los derechos civiles, políticos, sociales y económicos en igualdad de condiciones con los demás ciudadanos. En este sentido, Venezuela es pionera en consagrar en un ordenamiento jurídico expreso el reconocimiento de estos pueblos indígenas.

Este hecho trascendental, obedece en primer lugar a que en la Carta Magna se consagra el carácter multiétnico y pluricultural de la sociedad venezolana. En segundo lugar, como una forma de saldar la deuda histórica con estos pueblos y comunidades indígenas, para reivindicar sus derechos.

Entre otros de los instrumentos legales que garantizan sus derechos, se encuentra la Ley de Demarcación de Pueblos y Territorios Indígenas, publicada en Gaceta Oficial el 12

⁹⁷ Artículo 119, C RBV, 1999.

⁹⁸ El énfasis es propio.

de enero de 2002, que le confiere la titularidad colectiva de las tierras y busca proteger su hábitat.

La lucha por los derechos de los pueblos y comunidades ancestrales ha cumplido sólo una primera etapa, la de ser reconocidos expresamente por el Estado. Se cuenta con una plataforma jurídica, que podría decirse bastante sólida y coherente con los postulados constitucionales. No obstante, aún no se ha logrado materializar lo que se consagra en las leyes.

2.1.3. El proceso de reconocimiento constitucional en Ecuador

Desde el inicio de la década de los noventa, el movimiento indígena ecuatoriano es posiblemente el que más ha convulsionado la escena política de un Estado. Sus importantes movilizaciones han generado la caída de gobierno y reconfigurado el proyecto político nacional, aún cuando no siempre han sido ellos los que capitalicen los procesos políticos que han iniciado.

Es así que hacia finales de esa década se inicia un importante proceso de reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas, que comienza el 5 de mayo de 1998 con la ratificación del Convenio 169 de la OIT y hacia finales del mismo año la promulgación de una nueva constitución que resulta de avanzada en el reconocimiento de derechos de los pueblos indígenas para la época y la región. Muchos de estos derechos también se recogen en la nueva constitución de Monte Cristi del 2008.

Ambas constituciones establecen que Ecuador es una nación multicultural. En la constitución de 1998 lo especifica como Estado pluriétnico, pues en ese momento las discusiones no permitieron que se plasmara como Estado plurinacional. Es la constitución del 2008, que recoge esta sentida demanda indígena y abiertamente señala que es un Estado plurinacional.

En ambas constituciones se establece la obligación del Estado de conservar, restaurar, proteger y respetar el patrimonio cultural de pueblos y sus manifestaciones, reforzando el carácter diverso del Ecuador, no sólo desde una perspectiva cultural específica, sino también política. Es importante mencionar, que de igual manera en la constitución política de 1983 ya se hablaba de interculturalidad. Sin embargo, era una interculturalidad desde el Estado, de manera unidireccional.

En Ecuador también ha habido un importante proceso de reconocimiento de derechos territoriales tal como se habían especificado en el Convenio 169 de la OIT. Por supuesto, que esto se debió principalmente a la acción de las nacionalidades y pueblos indígenas que se constituyeron en sujetos políticos demandantes de sus derechos a un Estado que no tan sólo los invisibilizaba, sino que los vejaba a su antojo.

No obstante, aquí reseño los avances escritos, legalmente conseguidos, que se plasmaron en ordenamientos y leyes, aunque mucho de ello, luego se quedara en “letra muerta”. Es justamente lo que trata esta investigación, de evidenciar contrastando la diferencia –abismal- entre el derecho y la realidad. Siguiendo con lo que reconocido jurídicamente, señalo que los pueblos indígenas tienen control reconocido sobre sus territorios y control compartido con el Estado sobre sus recursos naturales, lo que permite un claro asentamiento y demarcación jurisdiccional a sus atribuciones políticas.

En el mismo sentido, se les reconoce el derecho de libre determinación y autonomía para realizar funciones internas de autogobierno y para participar colectivamente en aquellas políticas e intervenciones del Estado que les atañen, máxime si pudieran llegar a afectarles.

Existe así mismo un reconocimiento de toda la institucionalidad indígena, incluidas las autoridades tradicionales, las tierras indígenas se declaran imprescriptibles, se reconoce la propiedad intelectual colectiva, se permite la administración de su patrimonio cultural e histórico y el uso de sus símbolos.

También se reconoce la medicina indígena, denominada como medicina tradicional. Particularmente en la constitución del 2008, se insiste en el derecho a la consulta y el consentimiento libre e informado, como medio de protección de otros derechos sustantivos.

Dado el interés que ha alcanzado en los últimos tiempos, vale la pena explorar los alcances que ha logrado este derecho a la consulta y el consentimiento libre previo e informado, máxime que el Ecuador ha sido condenado por la Corte Interamericana de Derechos Humanos (COIDH),⁹⁹ justamente por violar este derecho en el caso de Sarayacu, del pueblo Kichwa.

⁹⁹ Sentencia del 27 de junio de 2012.

De acuerdo con el Convenio 169 de la OIT, es obligación de los Estados consultar con los pueblos indígenas, de buena fe y con el objetivo de llegar a un acuerdo u obtener su consentimiento sobre asuntos que les afecten en distintos contextos.¹⁰⁰ El propio Consejo de Administración de esa organización ha señalado que el derecho a la consulta y participación “*constituye la piedra angular del Convenio 169 de la OIT en la que se fundamentan todas las disposiciones del mismo*”.¹⁰¹

El derecho está también reconocido en la Declaración de Naciones Unidas sobre Derechos de los Pueblos Indígenas¹⁰² y es aplicable a cualquier acción administrativa o legislativa que pueda tener un impacto sobre los derechos o intereses de los pueblos indígenas. En tal sentido, la consulta previa a los pueblos indígenas abarca el uso de los recursos naturales, así como cualquier medida que pueda afectar directamente a estas comunidades.

La Corte Constitucional de Colombia advirtió que la importancia del mecanismo de consulta previsto en el Convenio 169 “*radica particularmente no sólo en que dicho proceso consultivo se surta de manera previa cuando quiera que se trate sobre la explotación de recursos naturales existentes en territorio, sino porque dicha consulta previa habrá de hacerse extensiva a todas aquellas decisiones administrativas y legislativas del Estado que afecten o involucren intereses propios de dichas minoría... pues de esta manera se garantiza igualmente el derecho a su identidad*”.¹⁰³

Es en este sentido, que la formulación de este derecho en la constitución ecuatoriana del 2008 establece la obligación del Estado de realizarla como un derecho en sí, pero también como un medio para la vigencia de otros derechos, como el derecho a la participación política, el derecho de preservar y fortalecer sus culturas, lenguas e instituciones, el derecho a mantener sus territorios, así como el **derecho a la salud**,¹⁰⁴ a la educación y

¹⁰⁰ Artículos 6.1, 6.2, 15.2, 22.3, 27.3, y 28, Convenio 169, OIT.

¹⁰¹ Citado en el *Informe del relator Especial sobre la situación de los derechos humanos y las libertades fundamentales de los indígenas*, James Anaya. (Doc. ONU A/HRC/12/34, 15 de julio de 2009). Párrafo 39.

¹⁰² Artículos 10, 11, 15, 17, 19, 28, 29, 30, 32, 36, y 38, Declaración de las Naciones Unidas de los Derechos de los Pueblos Indígenas (2007).

¹⁰³ Sentencia T-737 de 2005, Corte Constitucional de Colombia.

¹⁰⁴ El énfasis es propio.

al desarrollo, entre otros. La COIDH ha sentado diversos precedentes para definir los alcances del derecho a la consulta en casos específicos.¹⁰⁵

Los elementos fundamentales para concretar el derecho a la consulta es que se lleve a cabo previamente a las acciones, que se dirija a los afectados o a sus representantes legítimos, que se realice de buena fe y a través de los medios idóneos para su desarrollo, que provea de toda la información necesaria para tomar las decisiones, en particular, la existencia de estudios imparciales y profesionales de impacto social, cultural y ambiental, que se busque el acuerdo.

Y en ciertos casos, el consentimiento libre e informado de las comunidades, a través de procesos culturalmente adecuados y usando las formas e instituciones que ellos mismos ocupan para tomar decisiones. La falta o el vicio en alguno de estos elementos puede ser motivo de un procedimiento jurisdiccional.

Hay disposiciones específicas en materia de conservación de recursos naturales a través de la creación de áreas protegidas. Es importante recalcar que para hacer efectivos estos derechos en Ecuador se ha declarado un sistema de autonomías en las circunscripciones territoriales indígenas y afroecuatorianas. En ellas rigen sus propios sistemas normativos propios y se aplica su propia justicia. Cuestiones que están siendo ae

No obstante, aún con la promulgación de las leyes existen diversos problemas para hacer efectiva su aplicación. A pesar que Ecuador tiene una de las legislaciones de mayor alcance en temas de protección al medio ambiente y los recursos naturales, y también un gran alcance en materia de reconocimiento de derechos colectivos a los pueblos indígenas así como funciones de autogobierno y autonomía, como ya se ha dicho, mucho de esto queda truncado pues la reconfiguración histórica e institucional del Estado no lo permite y no es tan sólo una cuestión de voluntad política

Sin embargo, los problemas que derivan de territorios y contextos interculturales, posesiones indígenas discontinuas y las fuertes tensiones entre diferentes grupos dentro de cada región hace que los procesos de autonomía resulten lentos y conflictivos. Aunado a la tendencia histórica del Estado en frenar procesos de autonomía de estos grupos, a pesar que el discurso sea otro.

¹⁰⁵ Caso *Saramaka vs. Surinam*; *Moiwana vs. Surinam*; *Yatama vs. Nicaragua*; *Myagna (Sumo) Awas Tiwni vs. Nicaragua*; entre otros.

En el tema de salud en la región Amazónica hay logros evidentes en relación a la implementación de centros de salud comunitaria e intercultural y una revaloración y rescate de los conocimientos tradicionales y los procesos de atención de los médicos indígenas.

La fuerte identidad de estas nacionalidades indígenas y los ilimitados recursos naturales de sus territorios ofrecen un marco favorable para la implementación de proyectos creativos, que sin duda pueden ser protegidos por el margo legal garantista de derechos colectivos que se ha dado en Ecuador, en gran parte por un movimiento indígena que se convirtió en un actor clave para lograr tales demandas al Estado, aunque actualmente puede decirse que atraviesa una crisis de legitimidad.

No puede dejar de señalarse la relación conflictiva entre el gobierno de Rafael Correa y el movimiento indígena.

2.2. Derecho a la salud en Venezuela y Ecuador

2.2.1. Derecho a la salud de los pueblos y comunidades indígenas en Venezuela

Derecho a una salud integral

En la CRBV de 1999 se hace un reconocimiento explícito del *estado social de derecho*¹⁰⁶ en Venezuela.

En la misma constitución se reconoce el derecho a una salud integral y a la medicina tradicional. Ese derecho está contenido en el artículo 122, que expresamente establece:

*Los pueblos indígenas tienen derecho a una salud integral que considere sus prácticas y culturas. El Estado reconocerá su medicina tradicional y las terapias complementarias, con sujeción a principios bioéticos.*¹⁰⁷

También en la Exposición de Motivos de la misma constitución, igualmente se expuso lo siguiente:

¹⁰⁶ El estado social de derecho es un concepto novedoso en la historia constitucional del país. Presupone la garantía y consecución de los derechos sociales por encima de los derechos económicos.

¹⁰⁷ Artículo 122, CRBV, 1999.

*El Estado garantizará a los pueblos indígenas, mediante una perspectiva intercultural que permita la combinación de los dos saberes, la salud integral adaptando los servicios de salud a las especificidades y necesidades culturales de cada uno de los pueblos indígenas.*¹⁰⁸

Por lo tanto, se puede afirmar que en Venezuela, en el ámbito jurídico-legal la salud es vista como un derecho constitucional con una perspectiva intercultural. ¿Qué significa esto? ¿Cómo se puede traducir este compromiso del Estado? La condición de Estado garante, entraña que ese Estado está en la completa obligación de asegurar la disponibilidad, accesibilidad, calidad y pertinencia del derecho a la salud integral de los pueblos y comunidades indígenas.

Para cumplir con lo estipulado, es fundamental que ese Estado cambie la concepción que ya no resulta viable ni sostenible una política de salud monocultural. Que ya no se puede obviar lo que resulta obvio que reside en que la sociedad venezolana es multiétnica, pluricultural y multilingüe y que está compuesta por sociedades indígenas, que a su vez están expresadas por las comunidades indígenas pertenecientes a diferentes pueblos indígenas. Tendrá que realizar un reacomodo de sus instituciones para el tratamiento de la diferencia y que exprese la pluralidad en salud.

Ese compromiso de lo ineluctable del carácter cultural que se debe tomar en cuenta en las políticas de salud, ya sean nacionales, estatales o locales, lo hace (o por lo menos así está obligado) el Estado con el acompañamiento y participación de las propias comunidades indígenas que estén involucradas, que sean sujetos de tales políticas. Esta cuestión también fue dispuesta constitucionalmente, primeramente al reconocer la existencia de estos pueblos y comunidades indígenas –que no significa más que admitir un hecho preexistente– y sus formas de organización social, política y económica.

Seguida de una disposición que establece la participación de estos pueblos y comunidades indígenas en toda política pública que les atañe. Además, que cualquier actividad, acción o proyecto que se pretenda desarrollar en territorio indígena y contexto intercul-

¹⁰⁸ Exposición de Motivos de la CRBV, Capítulo VIII en Gaceta Oficial N° 5453-Extraordinario de fecha 24 de marzo del año 2000.

turales debe ser consultado antes con las autoridades indígenas pertinentes para obtener el consentimiento informado de la comunidad.¹⁰⁹

Es un Estado cuyo proyecto político valora la diversidad cultural al reconocer una diferenciación de carácter cultural, lo cual le plantea nuevos desafíos al diseño institucional, pero sobre todo a la equívoca concepción monocultural del Estado, la cual no puede seguir concibiéndose. Finalmente, de lo que se trata es de una transformación de las relaciones de dominación y de poder asimétricas que predominan en la sociedad venezolana.

Y sobre todo, lo visible y palpables que se hacen éstas en el sector salud. Éste sería el principal objetivo y alcanzado resolvería los demás, como el de crear instituciones más plurales, que se tenga apropiada la interculturalidad crítica y se haya interiorizado de tal manera, que ya no representa un aspecto a considerar en los planes de gobierno para lo “políticamente correcto” o para conseguir determinado financiamiento.

Todo lo contrario, es una estrategia y proyecto en permanente construcción, en el que una sociedad es sinónimo de la pluralidad de visiones, culturas y de distribución del poder político, que a su vez comprende sociedades en igualdad de respeto y condiciones. Por supuesto, que se sabe de antemano que este sería el objetivo de mayor largo plazo, al que se aspira, el que está allí en el horizonte y que espera concreción pronta, aunque tarde.

Por otro lado, más en el corto y mediano plazo se trata del diseño e implementación de políticas públicas tendientes a combatir la desigualdad socioeconómica y la desigualdad en salud y los otros procesos interrelacionados: inequidad, exclusión y pobreza de los pueblos indígenas de Venezuela, en tanto se afirma (por lo menos en el plano de las leyes) una existencia a través de sus propias instituciones y se incorporan en las instituciones estatales, instancias que les permitan una mayor eficacia hacia el tratamiento de esta diferencia cultural.

En ese sentido, efectivamente al interior de algunas instituciones venezolanas se han creado dependencias específicas para visibilizar a estas poblaciones y atender los varia-

¹⁰⁹ El próximo apartado contempla la *Ley Orgánica de los Pueblos y Comunidades Indígenas en Venezuela*, en la cual se legisla expresamente estas cuestiones, como son: participación en políticas públicas, consulta previa e informada y además atendiendo a los fines de la investigación se hace énfasis en la participación indígena en los programas y servicios de salud.

dos aspectos de sus realidades, dentro de sus complejidades. Entonces, como se puede constatar tal reconocimiento jurídico a la identidad específica ha empujado a una reorientación en la conducción del Estado.

Un ejemplo de lo expuesto anteriormente, lo constituye la Dirección de Salud Indígena, creada en 2005. A través de esta instancia ha sido posible emanar planes y proyectos para las poblaciones indígenas, especialmente las más alejadas y con peores condiciones de vida. Desde allí se han planificado y realizado encuentros con los diferentes pueblos indígenas en sus propios territorios para la definición de mecanismos efectivos que permitan una real y protagónica participación de los propios actores miembros de las comunidades.

Ahora bien, aunque en la constitución venezolana no se refiera explícitamente al término de interculturalidad, éste es un concepto central en la presente investigación y a lo largo de la misma se va transitando en diferentes enfoques y elementos que nos permiten apuntalar la interculturalidad como una propuesta política de salud, viable como práctica en los servicios y programas de salud.

Más leyes:¹¹⁰ ***una ley expresa de ellos y para ellos mismos***

En el año 2005 se sancionó la Ley Orgánica de Pueblos y Comunidades Indígenas (LOPCI).¹¹¹ En este sentido, Venezuela es pionera en consagrar en un ordenamiento jurídico expreso el reconocimiento de estos pueblos. Este hecho significativo viene a ratificar el carácter multiétnico, pluricultural y multilingüe de la sociedad venezolana, expresado en la CRBV.

La LOPCI erige para los indígenas el goce de los derechos civiles, políticos, sociales y económicos en igualdad de condiciones con los demás ciudadanos. Esta ley tiene por objeto hacer cumplir las disposiciones constitucionales sobre los derechos indígenas, desarrollando de manera más amplia cada uno de esos derechos que ya se expusieron. Es importante mencionar que esta ley fue producto de la Subcomisión de Legislación de la Comisión Permanente de Pueblos Indígenas.

¹¹⁰ Entre otros de los instrumentos legales que garantizan sus derechos, se encuentra la *Ley de Demarcación de Pueblos y Territorios Indígenas*, publicada en Gaceta Oficial el 12 de enero de 2002, que le confiere la titularidad colectiva de las tierras y busca proteger su hábitat.

¹¹¹ Publicada en el N° 38.344 de la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, el 27 de diciembre de 2005.

La creación de esta comisión se consiguió como resultado del artículo 125 de la CRBV, que establece que los pueblos indígenas tienen derecho a la participación política. Como resultado, por primera vez los pueblos indígenas tienen representación en el órgano legislativo, llamado Asamblea Nacional y la LOPCI es una de las leyes que han impulsado y ésta se sometió a la consulta de los diversos pueblos indígenas de Venezuela.

Ahora bien, en cuanto a la salud y medicina indígena legisla a través de siete artículos, que podrían considerarse como piezas claves para ir configurando un sistema de salud intercultural en el país. Teniendo en cuenta, por supuesto, las particularidades de cada pueblo y comunidad.

Sobre el derecho a la medicina indígena, se señala lo siguiente:

*Los pueblos y comunidades indígenas tienen derecho al uso de su medicina tradicional y de sus prácticas terapéuticas para la protección, el fomento, la prevención y la restitución de su **salud integral**.¹¹² Este reconocimiento no limita el derecho de acceso de los pueblos y comunidades indígenas a los demás servicios y programas del Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social, los cuales deberán prestarse en un plano de igualdad de oportunidades, equidad y calidad de servicio respecto al resto de la población nacional.¹¹³*

Este artículo reafirma lo que expone el artículo 122 de la CRBV sobre el uso de la medicina propia de estos pueblos, sin menoscabo de acceder al Sistema Nacional de Salud. En este artículo se puntualizan los principios de cómo debe ser el acceso y la atención para estas poblaciones, como son: igualdad de oportunidades, equidad y calidad. A éste se suma el de integralidad, que tanto en el artículo constitucional como en el de esta ley orgánica, está expresado como una característica de la salud, la cual debe ser integral.

Estos principios van a ser desarrollados conceptualmente en el capítulo siguiente, porque se ha decidido que forman parte del andamiaje teórico de la investigación y que ayudan a enriquecer la propuesta de los componentes de un sistema de salud intercultural que también propone discutir la presente investigación, como una aportación para este campo de la salud, como es el de la salud intercultural.

¹¹² El énfasis es propio.

¹¹³ Artículo 111, LOPCI, 2005.

El artículo siguiente, el 112 trata sobre la incorporación de la medicina tradicional indígena al Sistema Nacional de Salud. En este artículo se otorga al Estado y a los órganos correspondientes del mismo, la potestad en coordinación con los pueblos y comunidades indígenas para establecer los mecanismos para esa incorporación. También los agentes de la medicina tradicional indígena podrán realizar sus procedimientos y prácticas.

Los agentes de esa medicina siempre deberán contar con el consentimiento de los pacientes indígenas o no-indígenas. Se hace mención al lugar para tales prácticas, que sea el destinado, cuestión que no queda muy clara, pero que forma parte de las cuestiones operativas que se tienen que ir resolviendo para la adaptación cultural de los servicios y programas de salud a las comunidades.

El artículo 113 es primordial, porque por un lado, señala la participación de los pueblos y comunidades indígenas, pero introduce otro actor, como son las organizaciones indígenas. Es la primera vez que se menciona expresamente a las organizaciones indígenas. Además, al referirse a la participación se agrega la característica de directa. Esta participación directa comprende: organizar, planificar y controlar los servicios de salud por parte de los pueblos y comunidades indígenas.

Por otro lado, en el mismo artículo se caracteriza la atención integral que se exige en cuanto a la salud integral estipulada tanto a nivel constitucional como en la LOPCI. Es decir, para una salud integral hay que ofrecer una atención integral. Éste tipo de atención que se demanda deberá adaptarse al conjunto de condiciones que están presentes en el momento de prestar asistencia médica a poblaciones indígenas, como son las de tipo: geográficas, económicas, sociales, culturales y a los usos y costumbres de estas poblaciones.

En esta adecuación cultural también se reivindica a los idiomas indígenas, los cuales tienen que ser incorporados a los servicios del Sistema Nacional de Salud.¹¹⁴ Ahora bien, como no se especifica qué tipo de servicios dentro del sistema público de salud, se puede argumentar que se incorporará en cada uno de los niveles de atención¹¹⁵ para que pueda prestarse una atención en el idioma indígena que corresponda, cuestión que puede

¹¹⁴ Artículo 114, LOPCI, 2005.

¹¹⁵ La OMS define nivel de atención como el conjunto de establecimientos de salud con niveles de complejidad necesaria para resolver con eficacia y eficiencia necesidades de salud de diferentes magnitud y severidad. Atendiendo a esta definición se han establecido tres niveles (primer, segundo, y tercer nivel).

ir lográndose con la inclusión y capacitación de intérpretes que faciliten la comunicación entre el paciente, la familia de éste y el personal médico.

Atendiendo a estos criterios, el artículo 115 plantea que el Estado junto con los pueblos y comunidades indígenas, impulsará la inclusión de contenidos de medicina indígena y otros relacionados con la cultura de los pueblos indígenas a los planes de estudio de los estudiantes de medicina y otras carreras afines, y aquel personal de salud que le corresponda la atención de poblaciones indígenas.

Esta cuestión puede resultar muy significativa, porque cuando al médico venezolano le corresponde realizar su “Rural”¹¹⁶ en territorios que son habitados en su mayoría por poblaciones indígenas, al llegar se enfrenta a una realidad a la cual no está acostumbrada, lo que es entendible, pero algunos de ellos con mucha ignorancia tildan a las prácticas de diagnóstico y curación de estas poblaciones como hechicería o brujería.

Otros se burlan, se muestran incrédulos de tales prácticas incluso llegando hasta rechazarlas. Entonces, como se señala en el artículo, puede contribuir que en las universidades y otros centros de formación puedan ir durante la carrera impartiendo este tipo de contenidos, no como optativos, sino obligatorios para lograr –al menos, como punto de partida– el acercamiento con miradas menos prejuiciosas y menos discriminatorias. Considero que en el artículo no se menciona de manera expresa contenidos como interculturalidad y el aparente antagonismo entre las medicinas: biomédica y la indígena.

Los últimos dos artículos 116 y 117, se refieren a las competencias del ente rector en materia de salud en el país. En este caso, sería el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS). Por ejemplo, en el artículo 116 se establecen dos niveles de actuación: uno es el de la *definición* de las políticas de salud para los pueblos y comunidades indígenas, lo que corresponde al MPPS con los propios sujetos.

El otro nivel es el de *ejecución*, para el cual enumeran además del MPPS y a los pueblos y comunidades indígenas, al ente executor de la política indígena del país, que es el Mi-

¹¹⁶ En Venezuela se conoce como Rural, el año que el médico recién graduado debe cumplir en zonas rurales, para así obtener mediante el cumplimiento del artículo 8 el permiso para ejercer su profesión y concursar por algún cargo o especialidad. De manera similar es en el caso de Ecuador, que se conoce como el Año de Servicio de Salud Rural, como requisito previo para la inscripción de títulos y ejercicio profesional de los graduados en Medicina, Odontología, Obstetricia y Enfermería, expedido con Decreto Ejecutivo No. 1516.

nisterio del Poder Popular para los Pueblos Indígenas (Minpi) y los gobiernos regionales y municipales que les correspondan, que estén en zonas indígenas.

En el artículo 117 se señala que las direcciones de salud junto con el Minpi y las organizaciones indígenas presentes, designarán un funcionario o un grupo de funcionarios que velarán para que se cumplan las políticas en la prestación de servicios de salud para los pueblos y comunidades indígenas.

En el último artículo no se especifica el origen de esos funcionarios, a pesar que se podría deducir que serían del Minpi y de las dependencias de salud regionales y estatales. Aunque se mencionan a las organizaciones indígenas, como actores en el proceso de designación de este cuerpo que garantizará la ejecución de las políticas generales, al denominar 'funcionario' se puede concluir que quedan excluidos los miembros de estas organizaciones y de las propias comunidades de formar parte de ese cuerpo.

Después de este reconocimiento, ¿qué sigue?

La lucha por los derechos de los pueblos y comunidades indígenas ha cumplido sólo una primera etapa, la de ser reconocidos expresamente por el Estado. Se cuenta con una plataforma jurídica, que podría considerarse bastante sólida y acorde con los postulados constitucionales. No obstante, aún no se ha logrado materializar lo que se consagra en la Constitución y en las leyes.

Ha habido efectivamente, acomodados institucionales. Apertura de espacios reivindicando a estas poblaciones. La problemática indígena está presente en la agenda política y pública. Sin embargo, a más de diez años de aprobada la Constitución, es mucho lo que está por hacerse. Y sobre lo que está es necesario, por no decir urgente, una revisión que apunte a un cambio real del curso de algunas políticas públicas para y con los propios pueblos y comunidades indígenas.

Aún se está lejos de una participación real de estos sujetos y conjuntos sociales. Las relaciones asimétricas de poder que se han construido históricamente entre estos pueblos y el Estado siguen pesando. Por supuesto, que existen tanto al interior de las instituciones venezolanas viejos problemas y vicios, la falta de información de algunos funcionarios en los niveles altos y medios, entre otros así como aún los miembros de las

comunidades y organizaciones no se asumen del todo como sujetos con capacidad de agencia, para emprender procesos de exigibilidad de derechos.

2.2.2. Derecho a la salud de las nacionalidades indígenas en Ecuador

Salud en ejercicio de otros derechos

Por su parte, la Constitución de 2008 del Ecuador en su artículo 1 establece lo siguiente:

“El Ecuador es un Estado constitucional de derechos y justicia, social, democrático, soberano, independiente, unitario, intercultural, plurinacional y laico”. Me interesa destacar entre los principios fundamentales para la conformación del nuevo Estado ecuatoriano, la interculturalidad y lo plurinacional. Estos dos en relación superan, a lo dispuesto constitucionalmente, en el caso venezolano, sobre que es una sociedad multicultural y multilingüe.

La constitución venezolana fue novedosa en su momento, en el catálogo de reconocimientos de derechos de los pueblos indígenas, argumento que sirvió de antecedente, de un marco referencial para la discusión que se diera 10 años después en la asamblea constituyente (2008) de Ecuador.

Por otro lado, la constitución de Ecuador incorpora un principio de la nacionalidad indígena Kichwa que es el Sumak Kawsay, cuya traducción es el “Buen Vivir”. Supone una serie de derechos y garantías constitucionales. También está plasmado en los principios orientadores del régimen económico, que se caracterizan por “*promover una relación armoniosa entre los seres humanos individual y colectivamente, así como con la Naturaleza*”.¹¹⁷

El eje vinculante de las discusiones en ambos países es la refundación del Estado, a través del reconocimiento constitucional de derechos a un sector de la población, pueblos y comunidades indígenas, históricamente excluidos y discriminados cultural, política, social y económicamente. Se hace necesario investigar sobre la adecuación de ese Estado a los nuevos preceptos constitucionales y cómo se traduce en políticas públicas con

¹¹⁷ Acosta, Alberto y Martínez Esperanza; Compiladores, 2009, *Plurinacionalidad. Democracia en la diversidad*. Editorial Universidad Bolivariana, Santiago. p.8.

perspectiva intercultural, específicamente en el área de salud, y si tales son diseñadas con una participación real de los propios pueblos y comunidades indígenas.

En cuanto a la salud, es importante identificar y analizar cuánto se ha avanzado en garantizar un derecho a la salud a estas poblaciones. Un acceso con calidad de atención a través de la prestación de los servicios públicos que comprende una atención que incluya en las prácticas médicas a la medicina indígena. Conocer qué tipo de interculturalidad es la que ha privado y si se está apuntando a la complementariedad de los diferentes saberes médicos y formas de atención que están presentes en las comunidades.

En Ecuador, aunque data de más tiempo el reconocimiento como tal, sólo es en la constitución de 2008 que se considera a la interculturalidad como uno de los principios por los que debe regirse la prestación de los servicios de salud.¹¹⁸ Y en el que se establece el régimen del Buen Vivir como referente de la política pública ecuatoriana. Veamos como está consagrado el derecho a la salud en la Constitución de la República del Ecuador (CRE), en el artículo 32:

*La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.*¹¹⁹

Como ya se ha señalado, la interculturalidad se dispone como uno de los principios constitucionales para garantizar la salud a la población ecuatoriana, así se señala expresamente en el artículo 32 de la CRE. En la constitución venezolana no se hace alusión expresamente a ese término, en el artículo 122 de la CRBV, sino en la Exposición de Motivos, como ya se mencionara.

¹¹⁸ Artículo 32, Constitución política de Ecuador, 2008.

¹¹⁹ *Ibidem*.

El derecho a la salud en la constitución ecuatoriana se le vincula con el ejercicio de otros derechos. Lo que da una noción de salud amplia, no solamente como ausencia de enfermedad, como comúnmente se le relaciona. El Estado ecuatoriano está en la obligación de garantizar la salud a través de políticas en distintos ámbitos. La salud es uno de los ámbitos constitutivos del sistema nacional de inclusión y equidad social del Régimen del Buen Vivir.

Salud como el gran derecho

La salud como derecho implica a su vez el ejercicio de otros derechos. Es el “gran derecho” que incluye a los otros. De tal manera, que el Estado a través de políticas económicas, sociales, culturales y de otro tipo está asegurando a su vez el disfrute del derecho a la salud a la población en general. Por lo tanto, la salud, a mi parecer, sirve como un termómetro social idóneo para medir qué tanto el Estado proporciona los medios y crea las condiciones para que los sujetos individual y colectivamente (en este caso, las comunidades indígenas) ejerciten su derecho a la salud.

De esta manera, a su vez están ejerciendo simultáneamente otros derechos, como es el de la participación. Éste es otro derecho, que en Venezuela está dispuesto en la LOPCI, en el cual los programas y servicios se organizarán y planificarán con la participación directa de los pueblos y comunidades y la atención integral en salud se adecuará a las condiciones geográficas, económicas, sociales y culturales y a los usos y costumbres de los mismos.¹²⁰

Retos del derecho a la salud con perspectiva intercultural en Venezuela y

Ecuador

En ambos países, estos marcos jurídicos fueron aprobados mediante referéndums y son producto de procesos de asambleas constituyentes. Parto del supuesto que el reconocimiento constitucional sobre los derechos de los pueblos, comunidades y nacionalidades indígenas, da pautas para el diseño institucional que estos nuevos Estados hicieran a partir de sus nuevas constituciones.

¹²⁰ Artículo 113, LOPCI, 2005.

Para los fines de esta investigación puede llegar a constituirse en un criterio más, que permita evaluar qué tanto estos Estados han cumplido con lo que han dispuesto en sus ordenamientos, y qué tanto en términos del diseño e implementación de políticas públicas en materia de salud hacia las poblaciones indígenas se ha visto concretizada la interculturalidad y qué tipo de interculturalidad es la que ha predominado.

Es importante para dar cuenta de los logros, limitaciones y retos que aún tienen los Estados venezolano y el ecuatoriano, sobre consolidar sistemas públicos de salud eficientes, capaces de garantizar el derecho a la salud a toda la población, incluida los pueblos y nacionalidades indígenas, bajo una perspectiva de interculturalidad crítica, que apunte principalmente a reducir las desigualdades en salud, además reconozca las prácticas y culturas de los pueblos y nacionalidades indígenas, no para esencializar la cultura, sino para que se mejore la calidad y condiciones de vida de estos grupos.

Capítulo 3

Análisis del caso de Cojoro en la Guajira venezolana

Este capítulo versa sobre el estudio de caso que corresponde a Venezuela, específicamente en una comunidad indígena del municipio Páez, en la Guajira venezolana. Para mejor comprensión y estructuración del análisis he dividido este capítulo en dos secciones. La primera se refiere al contexto de Venezuela, con datos básicos sobre los pueblos indígenas e información, también de carácter general, acerca de la Guajira, la región donde se inscribe la comunidad que analizo. Esta sección la cierro con la exposición de una síntesis que destaca algunos rasgos del pueblo indígena concreto, y de sus formas de organización social.

La segunda sección desarrolla la información obtenida en campo de la comunidad de Cojoro y, en particular, del centro de salud que da vida a esta experiencia. El centro de salud de Cojoro nos da la base para examinar en pequeña escala el impacto de la política de salud intercultural implementada por el Estado en Venezuela. Un interés específico por mostrar cómo ha sido la prestación de los servicios públicos de salud en la zona, y describir y analizar los saberes y formas de atención presentes. Asimismo, identificar la perspectiva de interculturalidad en salud que ha privado.

Para ello, he organizado esta sección en cuatro ejes de análisis, que son las categorías del concepto de interculturalidad en salud crítica que propuse en esta investigación.

- 1) Disponibilidad, accesibilidad y calidad de la atención en los servicios públicos de salud.
- 2) Pertinencia cultural: ésta característica se analiza a través de los siguientes indicadores:
 - Incorporación y coordinación de agentes de la medicina indígena (médicos tradicionales, sobadores, parteras, o cualquier otro sujeto que en ámbito indígena realice funciones sanitarias) al sistema público de salud oficial.
 - Incorporación de conceptos y prácticas culturalmente ubicables sobre los procesos de salud-enfermedad-atención del pueblo Wayuu, que permitan hablar de una adecuación intercultural de los servicios.

- Uso de intérpretes y traductores en la prestación de los servicios públicos de salud y señalización en el idioma wayunaiki de los carteles del centro de salud.
- 3) Pluralismo médico: los distintos saberes médicos y formas de atención que están presentes. Si hay un reconocimiento de los mismos o por el contrario, se asume la polarización común entre biomedicina y medicina indígena, como si fueran los únicos saberes médicos presentes en las comunidades.
 - 4) Participación de los indígenas en cuanto a la prestación de los servicios públicos de salud en sus propias comunidades o en algunos de los procesos que comprende el campo de la salud en sus territorios.

Este capítulo concluye con una evaluación general sobre la implementación de los servicios de salud en la localidad, el modelo de atención médica que cuál es el tipo de interculturalidad que se refleja en esta política estatal de salud.

3.1. Del contexto general al local

3.1.1. Venezuela indígena

Venezuela, como ya se dijo en los capítulos anteriores, es un país que ha reconocido constitucionalmente la existencia de pueblos y comunidades indígenas así como sus formas de organización socio política, su visión en relación a la salud, enfermedad y muerte, es decir, la medicina indígena, con sus agentes, prácticas y terapias.

Aunque no posee una amplia población indígena, en términos cuantitativos, a diferencia de otros países de la región (como Bolivia, Guatemala y, el propio México), su carácter es históricamente muy significativo y, como en toda América son el signo de la injusticia y la exclusión cuya liberación simbolizaría un “nuevo tiempo histórico”. El reconocimiento otorgado en la CRBV en 1999 ha dado la posibilidad de un incremento en el número de pueblos indígenas presentes en el país permitiendo procesos de reetnización y etnogénesis que promueven la aparición de pueblos que ya se pensaban extinguidos.

Ahora bien, no existe un consenso sobre el número de pueblos indígenas existentes en el país, porque aún no se ha logrado establecer con precisión estadística tal información. Sin embargo, en la LOPCI de 2005, se estableció un número de 40 pueblos indígenas,

aunque con la salvedad de que “*la enunciación de los pueblos indígenas señalados no implica la negación de los derechos y garantías, ni menoscabo de los derechos que tengan otros pueblos indígenas no identificados en la presente ley*”.¹²¹

Por otra parte, también hay que señalar que dicho número de pueblos indígenas puede variar dependiendo de los criterios que se empleen en los censos¹²² para identificarlos. El último censo realizado en 2001, registró un total de 536 mil 863 pobladores indígenas, lo que representa 2,3% del total de la población venezolana.

Aunque esta cifra no es compartida por las organizaciones indígenas ni por las de carácter nacional, Consejo Nacional del Indio Venezolano (CONIVE); estas sostienen que la población indígena del país supera el millón. Esta cifra corresponde a 38 pueblos indígenas, ubicados en 2 mil 149 comunidades. Cabe acotar que este censo ha sido ampliamente criticado por los especialistas que consideran que no contó con el acompañamiento de los indígenas, y con muy poco nivel de detalle acerca de las comunidades donde habitan, violando así el derecho a la consulta que se desprende del Convenio 169 de la OIT.

El censo de 1992,¹²³ goza de mayor legitimidad, por considerársele más confiable y ordenado hasta la actualidad, el cual contabilizó para ese entonces un total de 308 mil 762 personas indígenas ubicadas en mil 494 comunidades, correspondiente a 28 pueblos indígenas diferentes. De igual manera, para este censo, señalan indígenas y especialistas, que mucha de la población indígena no fue empadronada por distintas razones, entre las cuales, pienso sería el difícil acceso a la mayoría de las comunidades ubicadas en el sur del país, como lo es en la Amazonía.

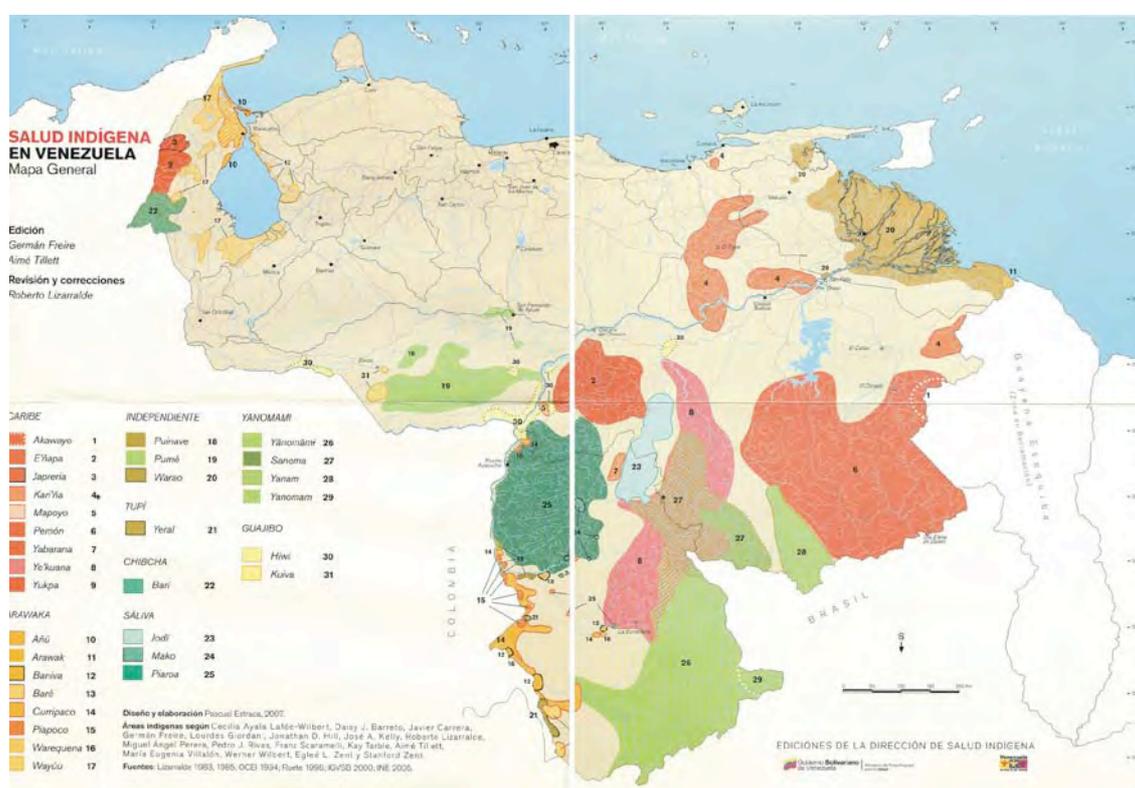
¹²¹ Artículo 50, LOPCI, 2005.

¹²² A este respecto, Esteban Emilio Mosonyi, antropólogo lingüista venezolano expuso que la lengua no puede ser el único criterio clasificatorio posible y que bastaría con cambiar uno o varios criterios clasificatorios (autoidentificación, identificación por especialistas, identificación a partir de poblaciones vecinas, entre otros), para que a su vez se modificara el número de pueblos indígenas resultantes. (Censo Indígena 1992, “*La Diversidad de las etnias indígenas*”, Tomo I en Enfoque de Etnias).

¹²³ Se comenta que este censo fue más completo, porque además que participaron conjuntamente investigadores comprometidos hace tiempo con los temas indígenas, hubo acompañamiento de los indígenas en el empadronamiento en sus propias comunidades. Me comentó una amiga antropóloga Tatiana Jiménez, directora de la Oficina de Enlace con las Comunidades Indígenas del Ministerio del Poder Popular para la Cultura, que lo que más llama la atención es que los diferentes mapas que consta el Censo de 1992 es que tiene señalizadas las comunidades con nombres y otros datos etnográficos. Es un censo con mayor nivel de detalle. Sin embargo, la crítica que se hace a este censo, es que utilizó la denominación de etnias o grupos étnicos para referirse a los pueblos indígenas venezolanos, lo cual puede generar confusión, porque los pueblos indígenas no son los únicos grupos étnicos del país, también están: los negros o afrovenezolanos, los inmigrantes y los llaneros.

De los 40 pueblos indígenas¹²⁴ que se refiere la LOPCI, los mismos se encuentran distribuidos en 9 estados, del total de 32 que hay en el país. Estos estados son: Amazonas, Anzoátegui, Apure, Bolívar, Delta Amacuro, Monagas, Sucre, Trujillo y Zulia. Tampoco existe unanimidad en cuanto al número de lenguas o idiomas indígenas, algunos hablan que existen 40 lenguas obedeciendo a los 40 pueblos indígenas, otros de 30 lenguas, y el Censo de 1992 reportó 28. Como se puede observar el número es variable, según las consideraciones lingüísticas y demográficas que se tomen en cuenta. En su mayoría, estas lenguas pertenecen a las familias lingüísticas *arawak* y *caribe*, y en menor representación a las familias *chibcha* y *tupí-guaraní*.¹²⁵

MAPA 1. VENEZUELA INDÍGENA



¹²⁴ Siguen apareciendo otros pueblos indígenas, que se creían extinguidos, como es el caso de los Timotes, por ejemplo, en los andes venezolanos.

¹²⁵ Mosonyi, Esteban Emilio y Jorge C. Mosonyi (2000). *Manual de Lenguas Indígenas de Venezuela*. Fundación Bigott, Serie Orígenes 2 vol., Caracas.

a) La Guajira: tierra ancestral de los Wayuu

La Guajira fue declarada, entre otras, Zona Especial de Desarrollo Sustentable (ZEDES),¹²⁸ por su importancia geoestratégica y por las potencialidades de sus suelos y de recursos hidrográficos (mares y ríos), aptos para el desarrollo de las actividades de pesca, acuícola y turística.¹²⁹ Al mismo tiempo, la mayoría de la población está sometida a condiciones de pobreza. Se encuentran en esta zona, principalmente, dos pueblos indígenas: Wayuu y Añu. Para los Wayuu, es la península de La Guajira su territorio ancestral y tradicional.

*Esa península es la extensión extremo norte de la masa continental suramericana y está situada entre 11° y 12° 28' de latitud norte y 71° 06' y 72° 55' de longitud oeste. Por el este limita con el Golfo de Venezuela y por el norte y oeste con el Mar Caribe. Hay dos ríos que fluyen por sus límites sureños: el Limón en Venezuela y el Ranchería (Calan-cala) en Colombia.*¹³⁰

Por otra parte, según datos de la Oficina Central de Estadística y de Información (OCEI), a través de su proyecto Sistema de Información para la Gestión Local (SIGEL), en el año 2000 estimó en La Guajira un total de población de 235 mil 244 personas. La distribución de la población por municipios refleja el mayor peso en Mara (63,3%), seguido por Páez (32,3%), y una reducida cuota en Padilla (4,4% del total).

El estudio de caso de la presente investigación se ubica en el municipio Páez que cambió su nombre por el de Guajira, por medio de un referéndum. Este panorama general del país y del estado Zulia, sirve de contexto, para ofrecer luego datos más precisos de este municipio y la localidad donde se enfocó esta investigación.

MAPA 3. LA GUAJIRA

¹²⁸ Según Decreto Presidencial N° 1.469, del 13 de noviembre de 2001 y publicado en Gaceta Oficial Extraordinaria N° 5.556. Quisiera señalar que también se estableció la creación de un fondo nacional "FonZedes", para el financiamiento de las ZEDES, pero, en la administración de dicho fondo, no está prevista la participación de las comunidades ni de los consejos comunales.

¹²⁹ <http://www.zedes.gob.ve/zonas/guajira.htm>

¹³⁰ Saler, Benson (1988), Los Wayuu (Guajiro). *Aborígenes de Venezuela*. Monte Ávila Editores. Caracas.



b) El municipio también es Guajira

Es preciso anotar que el municipio Páez, cambió de nombre en diciembre de 2009, mediante consulta popular, quedando ahora bajo la denominación de “Municipio Indígena Bolivariano Guajira”. Para efectos de la investigación, lo llamaré simplemente, municipio Guajira. Este está conformado por 4 parroquias: Sinamaica, Elías Sánchez Rubio, Guajira y Alta Guajira.

El Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales de la Universidad de los Andes de Venezuela, en sus proyecciones sobre la población por entidades y municipios, basado en datos de la OCEI (censos anteriores), nos indica la siguiente información poblacional del municipio Guajira, discriminada por parroquias.

c) Pueblo Wayuu

Son el pueblo indígena mayoritario en Venezuela. Los Wayuu son también conocidos por el nombre de *guajiros*. Sin embargo esta denominación puede ser despectiva, por lo que ellos se reconocen como Wayuu. Su idioma “wayunaiki” proviene de la filiación lingüística Arawak. Está dividido en clanes matrilineales no exogámicos asociado a un animal totémico. No se conoce un número exacto, pero se habla de más de 30 clanes.

Cabe mencionar que hay unos clanes que se reconocen como pobres, y otros como ricos y políticamente influyentes. “*Sin embargo, los clanes de hoy han perdido su importancia sociológica y política a beneficio de las unidades matrilineales más pequeñas*”.¹³¹

¹³¹ Perrin, Michael (1980), *El camino de los indios muertos: mitos y símbolos Guajiros*. Monte Ávila Editores, Venezuela. p.14.

En este sistema matrilineal el jefe es generalmente el tío materno o *taulala*. Los parientes “de carne” son aquellos que se vinculan por lazos de consanguinidad por la línea materna, llamados *apiushi* (en clanes, por ejemplo: Uliana, Epieyú, Jusayú).¹³²

En la Guajira las familias viven diseminadas unas de las otras, en pequeños asentamientos. “Una casa pequeña donde se cuelgan en la noche las hamacas, un espacio limitado por un cerco de cactus o de ramajes reservado a la cocina, un tejado –techo plano que reposa sobre unos postes– bajo los cuales se desarrollan las actividades del día; más lejos una o dos cercas para los ovinos y caprinos; he ahí el cuadro de la familia nuclear. Algunas decenas de habitaciones parecidas, dispersas sobre un territorio de algunas decenas de hectáreas, constituyen la unidad de residencia”.¹³³

Están ubicados en el estado Zulia. Distribuidos a lo largo de ese estado. Las etnografías existentes muestran que su territorio tradicional es la península de la Guajira. Esta península se caracteriza por su aridez extrema, acompañada de fuertes sequías, por eso los wayuu celebran la llegada de las lluvias. Dadas las condiciones ambientales y climáticas, las principales actividades que se dan son la agricultura, la caza y la pesca costera. Durante la colonia, se introdujo ganado, por lo que a comienzos del siglo XVII la ganadería se convirtió en un medio de subsistencia importante para los pobladores de la península.¹³⁴

Otra actividad económica que realizan los Wayuu –que se les conoce comúnmente es el comercio de contrabando. Éste inició, pudiéramos ubicarlo, del intercambio que realizaban los Wayuu (perlas y pieles por armas de fuego, bebidas alcohólicas y esclavizados negros) con la tripulación de barcos holandeses e ingleses, en los siglos XVII y XVIII, el cual fue calificado como contrabando por la corona española.¹³⁵

El estado Zulia es eminentemente petrolero. El “boom” petrolero hizo que muchos Wayuu se trasladaran a la capital del estado, que es Maracaibo. También las largas sequías de la península influyen para las emigraciones, ya que muchas veces arrasaron con el ganado, principalmente de cabras.

¹³² Rivera, Alberto (2001), *Los Wayuu*. Intercol, Bogotá

¹³³ Perrin (1980), *Op cit.*, p.13.

¹³⁴ Saler, Benson (1988), *Los Wayuu (Guajiro). Aborígenes de Venezuela*. Monte Ávila Editores. Caracas. p.36.

¹³⁵ Saler (1988), *Op cit.*, p.36.

Tal ha sido la cantidad de Wayuu que han emigrado a Maracaibo, que a mediados de los noventa el gobierno del estado construyó un barrio llamado Ziruma, para reubicar a varios centenares de Wayuu que se encontraban en el norte de la ciudad.¹³⁶ También han emigrado al Sur del Lago y a la Sierra de Perijá para desarrollar actividades ganaderas y agrícolas.

Los Wayuu emplean tres términos distintos para referirse al lugar donde viven, dependiendo de su ubicación en la península de la Guajira: *Wayuu*, *aljiuna* al no indígena, y *alijunachon* a los descendientes inmediatos de una unión entre un Wayuu y un no indígena.¹³⁷

d) Orgullo de ser Wayuu

A pesar de su prolongado contacto con los *alijuna* (criollos), son un pueblo con una fuerte y definida identidad étnica. Aún conservan muchas de sus formas de organización cultural, social y política. Y su idioma, que es fundamental para ser reconocidos dentro de ellos mismos (como el argumento que utilizan al exterior), para defender su cultura.

Quizá para ello ha influido el volumen de su población y lo arraigado de los lazos familiares. Muchas de las familias visitadas, afirman lo contrario, especialmente las ancianas dicen que “la cultura Wayuu se está perdiendo”, pues los jóvenes cada vez menos quieren practicar lo que es “propio de su cultura”. Ellas dicen: “les gusta lo de afuera, lo de los *alijuna*”.

Pero lo que es cierto, es que de los pueblos indígenas en Venezuela, es el que prevalece con mayor identidad étnica y que además habla su idioma. Al mismo tiempo, poseen el mayor número de graduados universitarios, muchos de los cuales detentan cargos públicos importantes dentro de los espacios gubernamentales que se han creado en los distintos ministerios. Por ejemplo, la Dirección de Salud Indígena del Ministerio del Poder Popular para la Salud, fue dirigida desde su inicio por una médico wayuu, Noly Fernández, quien desempeñó tal cargo durante varios años.

¹³⁶ Se estima que hay unos 60 mil wayuu en los barrios de Maracaibo. En Dalia Rivero, Silvia Vidal y Manuel Bazó en Enfoque de Pueblos Indígenas (Plan Estratégico Social 2002-2007), 2002.

¹³⁷ Saler, Benson (1988), *Op cit.*, p.33.

Después de este panorama general sobre el país, y el contexto de donde reside el pueblo Wayuu, además de la síntesis sobre datos etnográficos de este pueblo, es preciso abordar algunos aspectos que fueron tomados en cuenta para el trabajo de campo.

3.1.2. Trabajo de campo: planteamientos teóricos y metodológicos

Antes del inicio del trabajo de campo, se planteó la siguiente premisa, que la política pública de salud dirigida a poblaciones indígenas debe adaptarse a las particularidades socioculturales de cada pueblo y comunidad indígena. Debe contemplar e incorporar la medicina indígena con sus prácticas médicas y terapias, con reconocimiento explícito del médico indígena y la participación del mismo, según sus propias lógicas y dinámicas. En otras palabras, se debe garantizar que coexistan en términos de igualdad las dos medicinas: biomedicina y medicina indígena.

El planteamiento que orientó la investigación, como ya se dijo, es identificar si después del reconocimiento constitucional de los derechos de los pueblos indígenas en Venezuela, específicamente el derecho a una salud con perspectiva intercultural, se está reflejando en la prestación de los servicios de salud en comunidades indígenas con la requerida pertinencia cultural. A través de cuatro indicadores que he establecido, analizo en cada uno de estos, los procesos y actores que influyen para que se pueda hablar de una pertinencia como tal.

La finalidad de esta investigación es abonar elementos a la discusión sobre interculturalidad en salud en comunidades indígenas, pues teniendo como norte que los sistemas públicos de salud de la región, primordialmente necesitan garantizar el derecho a la salud a toda la población, y luego que la calidad de la atención sea bajo parámetros de pertinencia cultural. En base a estos referentes teóricos y los que han sido expuestos en otros capítulos, que comprenden esta investigación, nos propusimos mirar la experiencia en salud en la Guajira venezolana, por diversas razones, que a continuación explicamos.

a) ¿Por qué La Guajira?

Una de las razones que hizo que seleccionara esta zona, como estudio de caso, obedece al contacto previo y confianza que tenía con algunas personas de la comunidad y con otras, que aunque no viven allí, tienen parientes y amistades pues también son Wayuu

que viven en Maracaibo.¹³⁸ Este acercamiento se produjo en años anteriores, cuando también hice trabajo de campo en esta zona, para promover proyectos de tipo cultural, ya que para ese entonces coordinaba la Oficina de Enlace con las Comunidades Indígenas del Ministerio del Poder Popular de la Cultura.

También quisiera expresar razones más de tipo personales que tienen que ver con mi familia materna. Mi abuela materna solía decir que su abuela hablaba un idioma que no era el español. Algunas personas cercanas a mí, cuando conocían a mi abuela destacaban los rasgos fenotípicos en su rostro identificándolas con el pueblo Wayuu. Estos hechos me llevaron a preguntarme acerca del origen de la familia de mi abuela materna, es decir mis propios orígenes y la fuerte presencia matriarcal de mi linaje.

Esto se convirtió para mí en un incentivo para acercarme al conocimiento de este pueblo y reconocer en ellos elementos de mis propias formas de identidad familiar, además de contar con la cercanía geográfica, pues mi familia materna en su totalidad nació en el estado Zulia, al igual que yo.

Una razón más es la que guarda relación directa con el tema salud, pues aunque en esta zona indígena no se diseñó específicamente un plan de salud (como por ejemplo, el plan bandera de Plan de Salud Yanomami), se realizaron diversas gestiones y actividades, con participación de los distintos actores (institucionales y comunitarios), para la creación del modelo binacional de salud de Venezuela-Colombia.

En el marco de la Comisión Presidencial para la Integración y Asuntos Fronterizos Colombo-Venezolana (COPIAF),¹³⁹ pero lamentablemente no llegó a implementarse, producto en gran parte de los diferendos políticos que afectaron las relaciones bilaterales entre los gobiernos.

El proyecto de un modelo binacional de salud está justificado y resulta apropiado, por las características históricas y culturales que comparten estas comunidades, que pertenecen al mismo pueblo, el Wayuu. También el territorio ancestral es el mismo y el trán-

¹³⁸ Maracaibo es la capital del estado Zulia. Este estado se ubica en el noroccidente venezolano. Es un estado fronterizo con Colombia.

¹³⁹ En 2004 se conformó el Comité Técnico Binacional en Salud dentro de la COPIAF para desarrollar un modelo de atención intercultural para el pueblo Wayúu. Esto respondía a una vieja idea, del interés de médicos de ambas partes, que hace muchos años atrás venían conversando sobre el diseño y concreción de un modelo como tal para esta zona, que respondiera a la cultura y problemática de este pueblo. En estos años, encontraron voluntades políticas de ambos gobiernos y el financiamiento de Eurosócial.

sito en esta zona, conlleva una gran movilidad fronteriza que se evidencia en la mayoría de los Wayuu al poseer “doble cédula” o doble identificación oficial para el paso de la frontera.

La movilidad puede ser del tipo familiar, porque se tiene parientes de un lado y del otro, y también por motivos comerciales, como por ejemplo, la compra del hilo para tejer se hace en la Guajira colombiana. Por todo este contexto en común, es lógico que algunos de los problemas y determinantes de salud sean equivalentes en ambos lados de la frontera.

Una razón más que influyó en la selección de esta zona, para la presente investigación, es que en esta zona, se tenía conocimiento que durante mucho tiempo no contaban regularmente con la presencia de médicos del sistema biomédico de salud pública. Es partir del año 2005, que la comunidad de Cojoro (como centro piloto) y de allí para el resto de las comunidades aledañas, cuenta con la presencia permanente de personal médico y odontológico.¹⁴⁰ También en esta comunidad, se encuentra una base del Ejército, porque tiene la característica de ser fronteriza, colinda con Colombia, a menos de un kilómetro.

b) Recolección de datos

Después de una revisión de tipo bibliográfica y de distintos documentos oficiales (como por ejemplo, los informes de gestión de la Dirección Nacional de Salud Indígena, desde su creación en el 2004), para comprender ya sea las cuestiones sobre el proceso de salud-enfermedad-atención en comunidades indígenas así como la relación interculturalidad y salud.

Asimismo, los esfuerzos y acciones desde el Estado para materializar algunas de las disposiciones constitucionales sobre los derechos de los pueblos indígenas, en especial el derecho a la salud, permitió un mayor acercamiento al tema de la interculturalidad en salud y pertinencia cultural en la prestación de los servicios de salud que se encuentran en contextos socioculturales particulares. Esta revisión exhaustiva permitió construir un andamiaje teórico en torno al objeto de estudio, desarrollado en el primer capítulo, que permitió relacionar los referentes teóricos con los datos empíricos.

¹⁴⁰ Durante el trabajo de campo y en otras ocasiones que se visitó el centro de salud, no se pudo contactar con los dos odontólogos, que forman parte del personal de salud de la zona, por no encontrarse.

A partir de todo este diseño, la presente investigación se inscribe en los lineamientos de la investigación cualitativa, siendo la observación participante y las entrevistas, sus principales estrategias de análisis y ejes de acción. Las entrevistas fueron de dos tipos semiestructuradas abiertas y entrevistas en profundidad, éstas directamente en el campo.

c) Trabajo de campo

El trabajo de campo se realizó en dos períodos de años distintos, aunque consecutivos. El primero fue de tres meses (finales de marzo a junio) en el 2009. Luego en el 2010, comprendió visitas puntuales y entrevistas a actores, que no se encontraban propiamente en la Guajira, sino más bien en Maracaibo. Esto se debió a que finales del 2010 en Venezuela, producto de las fuertes lluvias, la Guajira se inundó,¹⁴¹ se declaró emergencia nacional y era imposible llegar hasta la zona, sólo podía ser por vía aérea. El paso estaba regulado por los distintos organismos gubernamentales, principalmente por el Ejército.

Las entrevistas en profundidad fueron realizadas a actores de la comunidad (líderes de la comunidad, miembros del Consejo Comunal, Comité de Salud); actores gubernamentales, de los distintos niveles de gobierno: nacional, estatal y municipal y actores propiamente del sector salud, como son el personal médico. Así como observación participante en el centro de salud.

El trabajo de campo se realizó en el municipio Guajira y en el de Maracaibo, estado Zulia. Como ya he señalado, Guajira tiene 4 parroquias: Sánchez Rubio, Sinamaica, Guajira y Alta Guajira. El trabajo fue enfocado principalmente en la comunidad de Cojoro, ubicada en la parroquia de la Alta Guajira. Elegí esta comunidad porque se le reconoce como la capital de la Guajira y para la época del trabajo de campo coincidió en la designación de “centro piloto”.

Tal designación no provino de la Dirección Nacional de Salud Indígena (DNSI), la conocí en la propia comunidad y otras comunidades cercanas también le llamaban de esa forma. No se conoce exactamente quien o cual institución hizo tal denominación, pero considero que quizá guarde relación con ser Cojoro, el primer istmo donde “nace la patria” como se anuncia en un eslogan publicitario del gobierno, y su situación fronteriza con Colombia.

¹⁴¹ <http://www.youtube.com/watch?v=dhtDBbdFjD8>.

A continuación se presentan varios cuadros, con información de los diferentes actores (comunitarios e institucionales), informantes claves, personas que se entrevistaron y aquellas con las que se hizo un contacto, a las cuales se les realizaron entrevistas semi-estructuradas abiertas.

CUADRO N° 1
ACTORES COMUNITARIOS

NOMBRE DEL ACTOR	LUGAR QUE OCUPA EN LA COMUNIDAD	OBSERVACIONES
Fernando Viloría	Informante clave y persona de enlace con la comunidad	Es Wayuu, hablante. Bilingüe. Vive en Maracaibo. Pero, ha mantenido contacto con sus parientes de comunidades en la Guajira. Su trayectoria es de promotor cultural y dentro del movimiento indígena. Luego, se dedicó a actividades comerciales.
David González	Promotor cultural del municipio de Paraguaipoa	Es Wayuu, hablante. Bilingüe. Goza de reconocimiento en las comunidades, por su trayectoria de promotor de su propia cultura.
Ada Paulina González	Coordinadora del Consejo Comunal Cojoro-Malimaikirü. Coordinadora del Partido Socialista Unido de Venezuela (PSUV)	Es mestiza. A pesar de decir que entiende el idioma Wayunaiki, no lo habla.

María González “Tuti”	Defensora de Salud	Es Wayuu, del clan Sapuana. Es bilingüe.
Adriana Fernández	Comité de Salud ¹⁴² de la comunidad de Campo Santo, municipio Mara	Es Wayuu y habla su idioma. Es bilingüe. Líder comunitaria. Conformó el Comité de Salud de su comunidad, desempeña algunas funciones en Barrio Adentro, y participa en el Consejo Comunal de su comunidad. Dijo: “siempre he sido de salud, esa es mi rama”. Aunque no se reconoció como yerbera, mostró junto con otra señora, algunas plantas que tenían cerca y habló de sus usos medicinales.
Lilibeth González	Directora del Centro de Educación Inicial “Jalaina Tepichiiruwa”.	Es Wayuu y habla su idioma. Es bilingüe. No fue entrevistada. Sólo conversamos, y me comentó que el preescolar funciona desde 1996. Y que antes morían los niños por diarrea y las mujeres que parían, por falta de higiene.
Lucinda González	Partera	Es Wayuu. Me la mencionaron varias personas, así que cuenta con el reconocimiento de la comunidad.
Katuska González	Coordinadora del Comité de Salud del Consejo Comunal de Cojobo	Es Wayuu. No la pude contactar, se encontraba en Maracaibo.
Militza Paz	Coordinadora Municipal de los Comités de Salud del municipio de Páez	Es Wayuu, hablante. Bilingüe. Fue entrevistada en la plaza central de Paraguaipoa.

CUADRO N° 2

ACTORES INSTITUCIONALES

NOMBRE DEL ACTOR	CARGO QUE DESEMPEÑA	OBSERVACIONES
Aimé Tillett	Asesor de la Dirección Nacional de Salud Indígena (nov. 2004 a julio 2010).	Antropólogo. Considero el informante clave. Fueron muchas las reuniones, los datos, la información que compartió conmigo para la presente investigación.
Aimé Larreal	Coordinadora Municipal de Salud Indígena para el municipio Páez. Coordinadora del programa Defensores de	Es Wayuu, del clan Juliana. Habla el idioma Wayunaiki. Tiene un alto reconocimiento en las comunidades, por su trayectoria en el trabajo comunitario en

¹⁴² Los Comités de Salud son instancias de participación que se crean dentro de los propios Consejos Comunales. De estas dos formas de organización y participación de la comunidad.

	Salud	salud.
Carmen Camba	Directora de Salud de la Alcaldía del municipio Páez	Es médica. La entrevista se realizó en su despacho.
Rubia González	Servicios de Atención y Orientación al Indígena (SAOI) -Hospital Universitario de Maracaibo	Es Wayuu y habla su idioma. Es licenciada en Nutrición, juntamente con la Dra. Litia Villalobos, coordinan esa oficina.

CUADRO N° 3
PERSONAL DE SALUD

NOMBRE	PROFESIONISTA DE SALUD	OBSERVACIONES
Joami Noboa	Médico General, encargada del Consultorio Indígena, módulo de Barrio Adentro	De nacionalidad dominicana. Egresada de la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM) ¹⁴³ de Cuba, perteneciente al Batallón 51. ¹⁴⁴ Llevaban a la fecha de la entrevista (2009) casi 3 años en el consultorio. Prácticamente el mismo tiempo en que había sido construido.
Nancy Caba	Médico General	De nacionalidad dominicana. La misma condición de la anterior.
Fiolangel de la Cruz	Médico General	De nacionalidad dominicana. La misma condición de las dos anteriores.

Como ya se dijo, el trabajo de campo comprendió la mayor parte en la comunidad de Cojoro. Ésta comunidad fue seleccionada porque allí se encuentra el centro de salud. Por supuesto, que la justificación vendría dada por la importancia histórica y geopolítica de la comunidad, cuya característica de fronteriza, le otorga tal importancia. Los gobiernos nacionales han realizados esfuerzos para que en esa zona gane presencia el Estado.

¹⁴³ Más adelante, habrá un inciso que ahondará sobre los médicos egresados de la ELAM, deben hacer un servicio en Venezuela, en las comunidades más alejadas y fronterizas, como parte del Convenio Cuba-Venezuela.

¹⁴⁴ Sobre este Batallón también se explica más adelante en qué consiste y la relación entre la ELAM y los médicos.

No obstante, después de entrevistas y conversaciones con los habitantes de la comunidad al parecer destaca la acción del gobierno de turno, el bolivariano liderado en ese entonces por el fallecido presidente Chávez. Por lo tanto, esta comunidad vive un proceso histórico de profundos cambios socioculturales y económicos, que en el próxima sección se verá cómo ha impactado a la población y sobre todo haciendo énfasis en la prestación del servicio de salud en la zona.

3.2. Cojoro: la capital de la Alta Guajira

3.2.1. Cojoro: comunidad Wayuu

Es una comunidad que está ubicada en una zona fronteriza, en la Guajira venezolana, a menos de un kilómetro está la Guajira colombiana. Es una comunidad que tiene una importancia histórica¹⁴⁵ y estratégica en términos geopolíticos, por su ubicación geográfica, muchos suelen llamarle como la “puerta internacional del Golfo de Venezuela”.

Por la historia de esta zona en su condición fronteriza, y los conflictos que se generaron en los siglos XIX y XX, en cuanto a la demarcación de la línea fronteriza, de parte de algunos gobiernos venezolanos hubo intentos que el Estado ganara presencia en esta zona, sin embargo no se consiguió con éxito. Así lo relatan los habitantes de la zona, al decir, que con “*el gobierno del Comandante, la Guajira existe y tiene vida por primera vez*”.¹⁴⁶

Considero que en gran parte el fracaso se debió a una ausencia total de consulta a la población acerca de los planes y programas que se pensaban ejecutar en la zona y por no tomar en cuenta la especificidad sociocultural de los habitantes. Por ejemplo, en el go-

¹⁴⁵ En 1833, tres años después de la separación entre Nueva Granada (actual Colombia) y Venezuela, el territorio de la Guajira comprendido en 15767 kilómetros, entró en conflicto, por la “raya divisoria” que establecieron en un Tratado Lino de Pombo y Santos Michelena, plenipotenciarios de Nueva Granada y Venezuela respectivamente. Este tratado estableció la mayor parte de ese territorio del lado de Nueva Granada, al cambiarse el punto de división del Cabo de La Vela al Cabo de Chichibacoa. El gobierno venezolano, por su parte, se negó a lo dispuesto por tal tratado. Entonces, se decidió someter a un Laudo Arbitral en 1891, fallando la reina regente en España a favor de Nueva Granada. Los límites que fijó la reina no eran muy claros, estableciendo los Mogotes de Los Frailes, como el punto de la demarcación de la línea de frontera. Desde entonces, Colombia contó con una mayoría considerable de esa frontera y Venezuela con una franja muy reducida, fijando el punto de inicio de los dos países la punta de Castilletes (ver mapa). Esta situación continuó siendo tensa entre ambos países y en 1922 se hizo un nuevo Laudo Suizo, que en gran medida dejó los mismos límites del laudo de 1891. Hay que resaltar que en todo este conflicto de demarcación de frontera, están presentes intereses económicos fuertes, al ser un territorio poseedor de riquezas minerales, como es el petróleo del Golfo de Venezuela. En Duque, José Roberto (2004). *Vivir en Frontera*. Consejo Nacional de la Cultura, Venezuela.

¹⁴⁶ Vecino de Cojoro, 29-04-2009.

bierno de Rafael Caldera en 1995 se proyectó para Cojoro un programa de viviendas, pero sin consultar a la población y con un desconocimiento acerca de la cultura de este pueblo y sus patrones de asentamiento. También desconociendo que las familias Wayuu están enfrentadas por clanes.

Lo que más destaca en los diarios de la época es que los pobladores expresaban mucha disconformidad, que básicamente no se les consultó y que el objetivo de aquel programa era obligarles a vivir bajo el esquema occidental, lo que significaba un irrespeto a sus culturas, a los que ellos eran.

Cojoro, capital de la Alta Guajira es una comunidad principalmente habitada por Wayuu. Para los Wayuu las fronteras no representan restricciones. Suelen decir a nosotros los *alijunas* “para nosotros no existen las fronteras”, sirven para indicar a los que no son del lugar, que al otro lado está Colombia. “Son cosas de los *alijunas*”. Transitan de un lado a otro, sin ningún temor. La gran mayoría, poseen doble identificación, es decir tanto la oficial venezolana como la colombiana. Un ejemplo que ilustra esta situación es que cuando llueve, se suele trasladar a los animales al otro lado de la “raya” para que beban y pacen de un modo tranquilo.

A continuación una reseña elaborada por los propios habitantes de la zona:

Cojoro, recibió éste nombre en alusión directa a la formación geológica Kijolü que significa en criollo “piedra rocosa”, Kusinajain conocida en la cartografía nacional como Serranía de Cojoro; está ubicada en un valle con características muy particulares entre montaña y el mar son compañeras inseparables del Kilojü, atados por la magia de Kusinajain bajo la mirada de Epits hacia el norte con polumou y hacia el sur Marimaikiru y Walantalao.

Los primeros pobladores de Cojoro: es importante explicar, por respeto a la memoria Wayuu, que la zona hoy llamada Cojoro era un territorio Apushana, posteriormente poblada en los años 1930 por dos familias Wayuu: los Sapuana y los Uriana. Tanto el clan de Sapuana como el Uriana casaron una de sus hijas con comerciantes criollos de la ciudad de Maracaibo y de la Cañada de Urdaneta y se radican en la Guajira-Cojoro donde se dedican al comercio, desde allí se extiende la mezcla de Wayuu y alijunas.

El tiempo ha transcurrido ahora la comunidad de Cojoro cuenta con fuentes de trabajo como lo es la pesca, la artesanía, la cría y venta de animales como ovejos y reses, tam-

bién cuenta con instituciones que atienden las necesidades de los habitantes y resguardan la seguridad del país, podríamos nombrar algunas instituciones que funcionan actualmente para beneficiarse de las comunidades: un comando de la Guardia Nacional, un consultorio de Barrio Adentro, una Antena de Movilnet, dos Escuelas Básicas, una Sala Telemática, una iglesia, una Plaza Bolívar, una Cancha, una Casa Comunal, una Intendencia, una Base del Ejército, una Planta Potabilizadora, y algunas bodegas de ventas de víveres. (Reseña Histórica Cojoro. Parroquia Alta Guajira)

Esta reseña histórica de Cojoro, de la parroquia Alta Guajira, me fue suministrada por la Coordinadora del Consejo Comunal, Ada Paulina González. Es un requisito que le exigen para constituirse en consejo comunal, fue lo que ella me comentó. Y agregó: está bien, porque así hacemos memoria, preguntando a nuestros ancianos y viendo cómo hemos cambiado, lo que ahora tenemos.¹⁴⁷

En cuanto a la población de Cojoro, podemos indicar que según el censo¹⁴⁸ realizado por la propia comunidad, es una comunidad de 295 habitantes. Discriminados de la siguiente manera:

0 a 11 años: 60 niños

0 a 11 años: 60 niñas

12 a 18 años: 46 adolescentes

18 a 50 años: 53 hombres

18 a 50 años: 55 mujeres

Mayores de 50 años: 23

Como se puede percibir, es una comunidad pequeña, en términos numéricos, que están distribuidos en familias. Por esta misma razón, y por la cercanía geográfica, es una comunidad que se articula con otra comunidad llamada Malimaykiruu, separadas por el caño, el río. Estas dos comunidades se juntaron para constituir el consejo comunal.¹⁴⁹ Veamos también la reseña histórica de esta comunidad.

¹⁴⁷ Ada Paulina González, Registro marzo del 2009 en su casa, en la comunidad de Cojoro.

¹⁴⁸ Este censo lo tenían para el 7 de mayo de 2009. Fue suministrado por Ada Paulina González, quien como ya he señalado, es la Coordinadora del Consejo Comunal.

¹⁴⁹ Los consejos comunales son “instancias de participación, articulación e integración entre las diversas organizaciones comunitarias, grupos sociales y los ciudadanos y ciudadanas, que permiten que al pueblo organizado ejercer directamente la gestión de las políticas públicas y proyectos orientados a responder a las necesidades y aspiraciones de las comunidades en la construcción de una sociedad de equidad y justicia social” Artículo 2, Ley de los Consejos comunales, Gaceta Oficial Extraordinario N° 5806 del lunes 10 de abril de 2006.

En año 1907 dos Hombres llegaron Ahi: Coluxu Apushana y Jemihaii Uliana Ellos cuenta que Malimaykiruu era un espanto que estaba ahí el sale de noche para buscar su presa el gustaba mucho de las muchachas jóvenes y de vez en cuando atacaban los hombres jóvenes: por que donde el estaba es un camino donde pasaban la persona que viene de los Filuos y Alta Guajira pero un día Malimaykiruu mata a una muchacha como de 16 años y la muchacha era la única hija de una familia, entonces el padre de la muchacha no dormía de noche para vengar a su hija el quería encontrarse con el espanto pero no lo encontraba pasaba noche, día buscando pero una noche tuvo un sueño, en el sueño vio una señora ella revela todo cual era su casa si escondite pero para matar ese espanto el hombre y otro hombre se reunieron, como alas 12 del medio día para quemar un cuji grande, ese cuji es la casa de ese demonio como a las 1:00 pm quemaron ese cuji Malimaykiruu ha muerto desde ese entonces ese camino está libre hasta hoy en día coluxu y Jemihaii pone el nombre de Malimaykiruu el nombre del camino de lo que hoy es una comunidad. Esta historia fue relatada por la propia comunidad. (Reseña Histórica de la comunidad de Malimaikiru)¹⁵⁰

Esta comunidad es más pequeña que Cojoro. El censo de esta comunidad, también realizado por los propios pobladores, nos indica que hay 140 habitantes. Distribuidos de la siguiente manera:

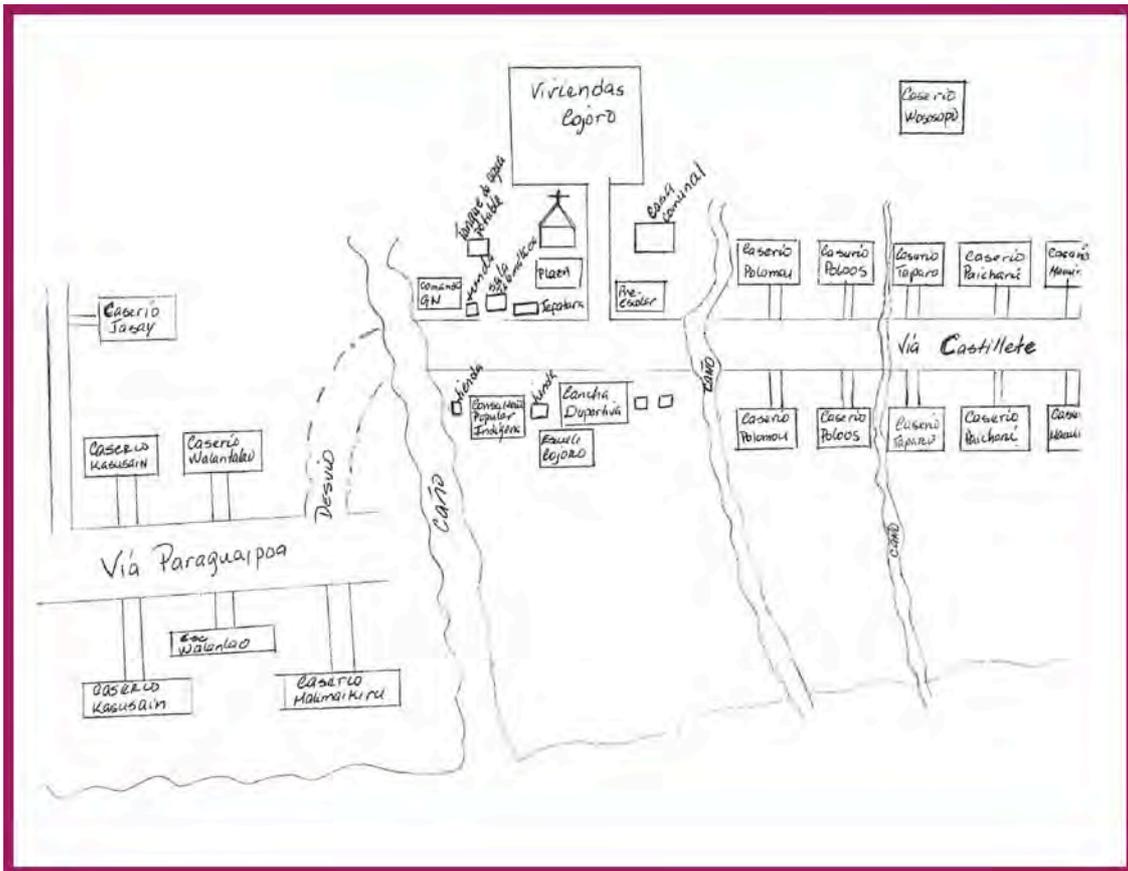
0 a 11 años: 35 niños
0 a 11 años: 25 niñas
12 a 18 años: 23 adolescentes
18 a 50 años: 33 hombres
18 a 50 años: 25 mujeres
Mayores de 50 años: 18

Como ya dije, estas dos comunidades conformaron un solo Consejo Comunal. Quizá por el tamaño de la población de cada una. La ley que regula a los consejos comunales, señala que la base poblacional para las comunidades indígenas será de 10 familias.¹⁵¹ Dicho consejo comunal se constituyó en 2008 bajo el nombre de Asociación Cooperativa Banco Comunal “Cojoro-Malimaikiru”.

¹⁵⁰ Esta reseña también me fue dada por Ada Paulina.

¹⁵¹ Artículo 4, Ley de los Consejos Comunales, Gaceta Oficial Extraordinario N° 5806 del lunes 10 de abril de 2006.

MAPA 4. COJORO (POR LOS PROPIOS HABITANTES)



a) Economía local

La comunidad de Cojoro es una comunidad que vive de la pesca. Otros del ganado. Y muy poco de la artesanía. Aunque hay varias familias que pertenecen a clanes, que la comunidad reconoce que se dedican a los tejidos, siendo famosas y muy buscadas las hamacas de doble tejido, y los zuzu (bolsos) de muchos colores que preferentemente llevan las mujeres.

De la agricultura en las fincas y en los ranchos, así como la pesca, ayudan al sustento diario de la familia nuclear, cuidado del ganado o también el pastoreo, producción de artesanía es baja y el comercio ilegal.

Mucha de la población se traslada a los centros urbanos de Paraguai y Maracaibo, empleándose principalmente en cargos de la administración pública y en establecimientos que tengan que ver con el comercio.

b) Servicios públicos

La cobertura de los servicios públicos en la Alta Guajira no es de manera homogénea. Es una lamentable realidad en el estado Zulia, que las zonas urbanas cuentan con mayor cobertura que las zonas rurales.

El suministro de energía eléctrica prácticamente no existe. Las diferentes comunidades, incluida Cojoro, poseen plantas o paneles solares. No hay gas. La mayoría de las familias cocinan con leña.

En cuanto al aseo, cada semana pasa un camión a recoger la basura, pero se nota en los alrededores y cerca de las playas desperdicios de todo tipo. Es decir, en cuanto al saneamiento ambiental también se observan deficiencias en el servicio.

Una problemática fundamental es el suministro del agua y la calidad de ésta. También la distribución de la misma, con racionamientos severos, que no logra satisfacer la demanda de las comunidades. Éstas construyen jagueyes (pozos artificiales) y tanques, para almacenar el agua cuando les llega, pero esta medida al mismo tiempo se convierte en un factor causal de enfermedades, porque son criaderos de mosquitos y las personas de la comunidad toman sin hervirla, la cual no está apta para el consumo humano. De allí, los grandes cuadros de diarrea en la mayoría de la población, pero especialmente en los niños.

c) Sistema de transporte

El transporte vial es deficiente en toda la Alta Guajira. Por ejemplo, se pudo observar que en Cojoro, a partir de las 3 de la tarde, ya no hay forma de salir de la comunidad, a menos que se cuente con un vehículo propio, porque los medios de transporte público no son suficientes. Y esos pocos son muy precarios. El transporte público básicamente reduce a las “guajireras”, camiones descubiertos, sin asientos, simula un poco el traslado de animales.

En el consultorio médico de la comunidad se cuenta con una camioneta que denominan “Batalla”. Ésta es fundamentalmente para asuntos propios del consultorio, como es el traslado del personal médico a las comunidades para hacer revisión médica y pasar la consulta. Esta camioneta cuenta con un chofer fijo, que es de allí de la zona, más no de la comunidad.

Las personas se desplazan mucho a pie. O utilizan burros. Los más jóvenes poseen bicicletas, aunque de igual manera no es muy usual el empleo de las mismas. Por las características geográficas de la zona, la vía marítima se convierte en una forma de comunicación.

En este punto quisiera comentar que en temporada de lluvia, en algunas ocasiones esta zona queda incomunicada, es por ello que el gobierno nacional ha emprendido en los últimos años la rehabilitación de la vía Los Filuos –Cojoro– Castilletes y la culminación del puente Pororima, cuyo nombre sería igual al del río.¹⁵²

3.2.2. La salud en la Guajira y Cojoro

Eje 1: Disponibilidad, accesibilidad y calidad a los servicios públicos de salud

a) Historia del sistema de salud público en la Guajira

El estado Zulia cuenta con un Sistema Regional de Salud desde 1991,¹⁵³ producto del proceso de descentralización que se inició en el país en los años noventa. La Guajira es una región que históricamente se ha caracterizado por inconvenientes en cuanto a la disponibilidad y accesibilidad a los servicios públicos de salud. Prácticamente se ha caracterizado por una ausencia de los servicios médicos y atención primaria, por parte del sistema público de salud. Cuando se ha logrado concretar la atención, a través de servicios médicos ha sido con deficiencia y sin ningún tipo de criterios de pertinencia cultural.

Las primeras instituciones en proveer de alguna forma de asistencia médica a esta zona, fueron jornadas esporádicas de medicina general, principalmente. Estos servicios de poca calidad dependían del Distrito Sanitario de la Guajira, cuya jurisdicción coincide territorialmente con el municipio. Los distritos sanitarios¹⁵⁴ coinciden territorialmente con los municipios del estado.

¹⁵² file:///Users/Apple/Desktop/TESIS%202013/Fundación%20Fondo%20Nacional%20de%20Transporte%20Urbano.webarchive.

¹⁵³ Según Decreto N° 244 de fecha 19 de febrero de 1991, ratificándose este proceso con la firma del Convenio de Transferencia al Estado Zulia de los Servicios de Salud, de fecha 28 de diciembre de 1994, quedando como rector el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, emanando las políticas, lineamientos y normas en materia de Salud a los estados descentralizados. <http://www.gobernaciondelzulia.gov.ve/lista2.asp?sec=10000031> (consultado el 28-02-2012).

¹⁵⁴ Es la forma de organización del sector salud en Venezuela. Es el Ministerio del Poder popular para la Salud (MPPS) el órgano rector, basado en los distintos niveles de atención, direcciones estatales de salud, distritos sa-

La Jefatura del distrito establece el vínculo entre los Ambulatorios Rurales tipo I (AR-I) y los Ambulatorios Rurales tipo II (AR-II). Por su parte, la Dirección Regional de Salud (ubicada en la capital del estado), presenta otra demarcación. Hay que señalar que esta dirección es una instancia descentralizada, producto del proceso de descentralización de los años 90 en el país.

Hasta el momento que se realiza esta investigación, la población del lugar (la mayoría indígena) reporta quejas por la falta de infraestructura en los servicios de salud y perciben que los escasos servicios que prestan son deficientes, derivados por la misma razón, así lo perciben los diferentes miembros de las comunidades (a pesar de estar contenta la población de la comunidad de Cojoro, por el centro de salud).

Entonces históricamente el derecho constitucional a la salud ha sido vulnerado. Se manifiesta no sólo en los deficientes servicios, sino en la falta de progresividad que a lo largo de los años ha mantenido esta situación. La ausencia del personal calificado en materia de salud, ya no digamos en una perspectiva intercultural, sino simplemente con capacidad de brindar una buena atención básica es patente en estos municipios. Por otra parte, cuando existe personal ubicado en el centro no es de manera permanente, por lo que la población usuaria, señalan “rara vez” consiguen ser atendidos.

b) Enfermedades más frecuentes de la Guajira y Cojoro

Las principales enfermedades que son reportadas en los boletines epidemiológicos y la morbilidad de la región, así como del municipio y de la comunidad de Cojoro, es la enfermedad diarreica aguda (EDA) y las infecciones respiratorias agudas (IRA). Esta información fue corroborada por la Directora de Salud, del gobierno municipal. Dentro de la comunidad se viven estos procesos no sólo como una dimensión médica, sino que suelen ser percibidos como procesos de desequilibrio interno de las personas.

Entre la forma de atención, además de buscar la medicina biomédica se busca que el enfermo ritualice su situación y pida sanación, quizá ello predispone un ambiente psicológico para acceder a la curación. Éste tipo de perspectivas son desconocidas por los prestadores de servicios del centro de salud.

nitarios (que coinciden territorialmente con los municipios) y la red de hospitales y ambulatorio. Portal web del MPPS.

c) Servicios públicos de salud en la actualidad. Consultorio Popular Indígena Bolivariano

La comunidad de Cojoro cuenta con un centro de salud del primer nivel de atención. Dentro de la estructura organizativa que maneja el Ministerio del Poder Popular para la Salud en el país, recibe el nombre de *Consultorio Popular Indígena Bolivariano*. La población lo reconoce comúnmente llamándolo el “Consultorio de Barrio Adentro”.

Este consultorio cuenta con un personal de salud conformado por tres médicas generales dominicanas,¹⁵⁵ y dos odontólogos. También está allí María González, mejor conocida como “Tuti”, quien es Wayuu y Defensora de la Salud, un programa de promoción de la salud que más adelante abordaremos. Las tres médicas formaban parte del acuerdo que se conoce como Batallón 51.¹⁵⁶

La encargada del consultorio es Joami Noboa, y las otras dos médicos se llaman Nancy Caba y Fiolangel de La Cruz. Los nombres de los odontólogos no los registré, porque no se encontraban allí en el consultorio. No los conocí, pues no estuvieron presentes durante todo el tiempo de trabajo de campo. Tanto el personal médico como de la comunidad casi no mencionaban la acción de ellos. En una entrevista dijeron: “*ellos no han logrado incorporarse a la comunidad*”.

El día que llegué a Cojoro, mi primera parada fue en el consultorio. Fui acompañada de un Wayuu, con quien trabajé hace años en la gestión pública. No estaban las médicos, porque se encontraban vacunando en las distintas comunidades. Alguien que estaba de paso en el consultorio, me dijo que debía hablar con Ada Paulina, coordinadora del Consejo Comunal. Me explicó que para realizar cualquier actividad en la comunidad, primeramente hay que presentarse con ella y explicar qué tipo de información se va a recabar, de cuál institución se proviene, el tiempo que se estará en la comunidad, entre otras.

¹⁵⁵ Proviene de la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELM), situada en La Habana, Cuba. Se forman como médicos generales básicos, enfocados principalmente a la atención primaria de salud. La formación es gratuita.

¹⁵⁶ El Batallón 51 se crea en 2005, desde la presidencia de la República venezolana, con la primera delegación de egresados de la Escuela Latinoamericana de Medicina, de Cuba. Este acuerdo se basa en que los médicos egresados de esa escuela deberán prestar un año de servicios en comunidades venezolanas de difícil acceso y que sea fronteras, como una forma de retribuir la formación gratuita recibida. Este acuerdo forma parte del “Convenio Integral de Cooperación entre la República de Cuba y la República Bolivariana de Venezuela”, que data desde el año 2003.

Ada Paulina no es Wayuu, es criolla. Su fisionomía es de *alijuna*, es decir criolla, como llaman los Wayuu a quienes no son indígenas. Aunque comprende el idioma wayunaiki, no lo habla. Se casó con un hombre Wayuu. Ella me contó acerca de lo difícil que fue activar ese centro de salud en Cojoro. Antes no tenían nada, me indicó. Si en la noche, le daba a un niño fiebre o algún dolor, tenían que salir corriendo hasta Paraguaipoa, al hospital, cuenta ella. Pero, el acceso está difícil y el transporte público es deficiente y escaso. Y sí se cuenta con alguno resulta costoso trasladarse.

Sin embargo, tengo que señalar que antes de este consultorio, funcionaba un centro de salud, el sistema público nacional de salud, diferente de Barrio Adentro. Su ubicación actual, porque aún están sus instalaciones es a unos metros del consultorio. Llama la atención que estas instalaciones se reusaran. Es cierto, que necesitan ser acondicionadas, pero la estructura ya está.

En este centro no contaba con personal médico fijo, sino que venían en jornadas puntuales y el tiempo variaba, podía ser una vez cada 15 días o una vez al mes. Pero, lo cierto es que la comunidad no sabía con exactitud qué día venían los médicos. Era atendido por una enfermera, llamada María. Al parecer, según relatan algunos miembros de la comunidad no era de muy buen carácter, sino más bien “regañona, de mal humor”.

A pesar de varios intentos por localizar a esta enfermera, quien tuvo más de 20 años atendiendo ese centro, no tuve éxito. Algunos informantes relatan que la “cuestión política” es fuerte en la región. Pues, esta enfermera se le vincula con tendencia “opositora”. Mientras que la gran mayoría de la comunidad se reconoce como “oficialista” o “chavista” que apoya la gestión bolivariana del gobierno nacional. Es de mencionar que el estado Zulia es un estado que históricamente la gobernación ha estado en manos de la “oposición”.¹⁵⁷

La planificación que han realizado estas médicas para poder lograr brindar atención y cubrir el mayor número posible de las comunidades que comprende la Alta Guajira se basa en que cada inicio de semana, ellas se turnan para salir a las comunidades y que se queden dos en el consultorio. O a veces, sólo una en el consultorio y las otras dos van a

¹⁵⁷ Por el partido de Un Nuevo Tiempo, que pertenece a la Mesa de la Unidad Democrática, coalición “opositora” del actual gobierno “oficialista”.

recorrer las comunidades. Los días ya están previstos, es decir las comunidades saben qué día se les prestará atención en su propia comunidad.

No obstante, este consultorio llega a saturarse y este personal médico no cubre toda la demanda. Pude observar cómo se congestiona el consultorio. Además, coincidió mi trabajo de campo con la época de la influenza, donde un gran volumen de la población acudía al consultorio para que le fuese colocada la vacuna. Independiente de este evento específico, es notorio que el personal médico no cubre toda la demanda de la población.

Esto ocasiona que mucha de la población, deba trasladarse a la cabecera municipal (Paraguaipoa, y a veces hasta Maracaibo), pues la mayoría de las comunidades no cuenta con una atención de salud de forma permanente en su localidad. Y los casos de emergencia también deben recurrir a Paraguaipoa, donde se encuentra el Hospital Binacional de Paraguaipoa.¹⁵⁸

El Consultorio Popular Indígena de Cojoro se convirtió en centro piloto de las políticas de salud para los pueblos indígenas del Zulia, como parte de la política que adelanta el Ministerio del Poder Popular para la Salud¹⁵⁹ de Venezuela en la región. Asimismo hay que indicar que la construcción de este centro, también obedeció a un interés estratégico, que en algunas oportunidades fue expresado así por la presidencia de la República de ese entonces.

Esta comunidad de Cojoro, resulta estratégica y quizá de allí se denomina que sea el “primer hito de la patria”, desde dónde “nace la patria”. En términos geopolíticos, por su situación fronteriza, ya que a un kilómetro está la guajira colombiana. Esto también explica el hecho que en la comunidad se encuentra un puesto de militares, pertenecientes al Ejército Nacional, muy cerca del consultorio. El consultorio se apoya mucho en el Ejército, sobre todo para traslados a las comunidades, por parte del personal médico.

¹⁵⁸ Al momento de hacer esta investigación, este hospital estaba en remodelación, y cambiaba de nombre a Hospital Binacional de Paraguaipoa.

¹⁵⁹ A lo largo de la investigación, voy a tomar para referirme al ente rector en materia de salud de Venezuela, el Ministerio de Salud, así con esta denominación. Ha cambiado su denominación en el transcurso de los años de la actual gestión del gobierno del presidente Hugo Rafael Chávez Frías. En el apartado que tenga que ver precisamente con este ente, se presentará una breve cronología de sus cambios que van desde el Ministerio de la Sanidad, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, hasta la actualidad como el Ministerio del Poder Popular para la Salud.

Por otra parte, otro valor estratégico agregado de la construcción del consultorio, es que se logró la instalación de una antena de telecomunicaciones, que establece comunicaciones en la región. Por lo tanto, esta construcción del consultorio, como manifestación concreta de la política estatal de salud del gobierno nacional bolivariano en esta región, desde Barrio Adentro, respondió a varias razones, sobretodo a la de ganar presencia del Estado. En el tema de las comunicaciones es notorio, pues la mayoría de las personas escucha radio y ve televisión (pocas tienen) programación transmitida desde Colombia.

La comunidad expresa satisfacción y tranquilidad, así lo manifiestan cuando se les pregunta sobre el consultorio. Tiene una importancia simbólica como real, pues lo interesante de esta experiencia es que desde el 2005 cuando se creó, los miembros de la comunidad participaron en tal creación y consolidación de lo que hoy tienen como consultorio. Para ese momento fueron igualmente tres médicos, en esta oportunidad venezolanos, quienes lograron involucrar a la comunidad en conseguir recursos desde la capital Caracas para el correcto funcionamiento del consultorio.

Barrio Adentro: otro sistema público nacional de salud

Barrio Adentro comenzó en 2003, como un programa social (misión)¹⁶⁰ como parte de una política social emergente y de contención para aumentar la cobertura de los sectores sociales más desposeídos y de difícil acceso a los servicios de salud. Barrio Adentro forma parte del “*Convenio Integral de Cooperación entre la República de Cuba y la República Bolivariana de Venezuela*”.¹⁶¹

Al transcurrir el tiempo, Barrio Adentro se fue proyectando con miras a ampliarse más y a no restringirse sólo al primer nivel de atención. La cobertura obtenida fue un éxito. Especialmente en los barrios urbanos, donde el acceso a los servicios públicos de salud había sido históricamente negado. De misión se convirtió en la política de salud del estado venezolano y así en un sistema público de salud propio.

¹⁶⁰ En Venezuela, los programas sociales emprendidos por el gobierno del ex fallecido Hugo Rafael Chávez Frías, son denominados Misiones Sociales.

¹⁶¹ Formalmente comenzó el 22 de mayo de 2003, con la firma del “Acta Convenio entre la Alcaldía del Municipio Libertador y el Colegio de Médicos del Distrito Metropolitano de Caracas”. Nace en un comienzo para dar cobertura a 171 barrios, con la participación de 200 médicos cubanos y 30 médicos venezolanos; y con una inversión inicial de mil millones de bolívares OPS; 2000, p.8; citado por Flores, Maiqui en: [file:///Users/anarita/Desktop/ORGANIZACIÓN%20GENERAL%20DEL%20SECTOR%20SALUD%20EN%20VENEZUELA%20\(2005\)%20-%20EI%20blog%20de%20Maiqui%20Flores.webarchive](file:///Users/anarita/Desktop/ORGANIZACIÓN%20GENERAL%20DEL%20SECTOR%20SALUD%20EN%20VENEZUELA%20(2005)%20-%20EI%20blog%20de%20Maiqui%20Flores.webarchive)

Por lo tanto, para responder a la complejidad de cada nivel de atención se pensó en la infraestructura que acompañaría cada nivel de atención, que a su vez implica complejidad y exige nivel de especialización por parte del personal, además de alta tecnología. Para el primer nivel, atención primaria, correspondían los “Consultores Populares”.¹⁶² Para el segundo nivel de atención los “Centro de Diagnóstico Integral”, claramente con un personal más especializado. Y por último, para el tercer nivel de atención, Hospitales Especializados. Los pacientes van referidos de un nivel a otro, por orden de complejidad.

Se consolidó como un sistema público nacional de salud, coexistiendo paralelamente con el viejo sistema público nacional de salud. Existen estudios¹⁶³ que muestran que la existencia de los dos sistemas, ha hecho que los recursos tanto materiales y financieros como el personal médico se dispersen y ocurra en la mayoría de los casos, duplicidad de funciones y servicios y gastos innecesarios.

En las entrevistas realizadas a distintos actores, se coincide en que no existen mecanismos de comunicación y coordinación funcional y territorial entre los dos sistemas. La fragmentación del sistema público nacional de salud en Venezuela es una realidad y puede obstaculizar el aumento de coberturas de atención. No obstante, considero que la apuesta por construir un sistema de salud integral, en la que la salud no es una mercancía, desafiando al modelo neoliberal, bajo el principio de la universalidad, y aumentar considerablemente la disponibilidad así como la accesibilidad a los servicios de salud, es un logro indiscutible del gobierno bolivariano.

Ahora bien, a tantos años de implementación de Barrio Adentro no se justifica que aún siga perviviendo el viejo sistema público nacional de salud, y que no haya una nueva ley orgánica de salud., con esta realidad. Al parecer, existen muchos desacuerdos internos, disputas de poder entre el Ministerio del Poder Popular para la Salud y Barrio Adentro, que en la dirección se encuentran cubanos. Esto aunado a una mala planificación con perspectiva intercultural redundante en programas poco estratégicos que se duplican en su ineficiencia y que no son claramente asimilados por los grupos y conjuntos sociales.

¹⁶² Con el estándar establecido en Venezuela de cobertura de un médico por cada 250 familias, lo que equivale aproximadamente a mil 250 personas.

¹⁶³ Observatorio Comunitario por el Derecho a la Salud. *Informe sobre el derecho a la salud en Venezuela 2007. Situación del Derecho a la Atención Sanitaria*. Editorial Convite, Caracas, Venezuela.

¿Sistemas articulados y complementarios?

En una entrevista realizada a Aimé Larreal, Coordinadora Municipal de Salud Indígena, le pregunté cómo coexisten y cómo es la articulación entre los dos sistemas el sistema público nacional viejo (que en el municipio ubican como la Red Ambulatoria) y Barrio Adentro. A tal respecto, ella respondió:

*Bueno nosotros articulamos cuando hay jornadas preventivas de vacunación, bueno ahí articulamos todo: Sistema Regional de Salud, Barrio Adentro y Salud Indígena, pero cuando no hay emergencia cada quien trabaja en su área.*¹⁶⁴

Señaló que justamente en ese municipio no había fisuras, que en otros como es el municipio Mara sí se ha observado más fragmentación, por celos de funciones, pero que en este caso se han tratado de integrar. Agregó en cuanto al trabajo con el Sistema Regional de Salud: “*Bien en el aspecto de los directores que están en los municipios, pero ya para traspasar allá no, no hemos podido llegar hasta allá porque no hemos tenido la necesidad de llegar hasta allá, porque nos cubre directo nacional y regional con los SAOI, pero creo que si nos tocara llegar hasta donde están ellos no creo que nos acepten, por las fisuras políticas que hay*”.¹⁶⁵

Eje 2: Pertinencia cultural

En términos de ir arrojando más luces acerca de la interculturalidad en salud en pueblos indígenas, en contextos rurales, con comunidades de difícil acceso, debemos identificar bajo qué parámetros se están implementando los servicios públicos de salud en la comunidad, y conocer si ha habido efectivamente una incorporación de la dimensión cultural de este pueblo.

Incorporación y coordinación de agentes de la medicina indígena al sistema público de salud vigente.

En este indicador haremos referencia más bien a la *relación del personal médico con los médicos tradicionales u otros agentes* de la medicina indígena Wayuu. Pues en Venezuela hasta la fecha no ha ocurrido formalmente la inclusión de uno de los agentes de la

¹⁶⁴ Entrevista 19 de abril del 2009 en Paraguaipoa.

¹⁶⁵ Entrevista 19 de abril del 2009 en Paraguaipoa.

medicina indígena (chamán, sobador, partera, entre otro) al sistema público nacional vigente. Es una discusión que no se aborda al nivel jurídico.

Según por los propios actores, hay mayor interrelación entre médicos occidentales y médicos indígenas, y es de mayor respeto. *“Más relaciones con los médicos, o sea ya hay un respeto entre el médico y los chamanes, o sea los curanderos, los piache de nosotros (piache es el curandero en Wayuu) es él que le dicen chamán, es el mismo. Y puede ser hombre o mujer, de ambos sexos”*.¹⁶⁶

Aimé Larreal dice al respecto: *“el médico va aprender del médico tradicional, no el médico tradicional del médico, que eso es histórico desde antes que hubiesen los médicos ya estaban los médicos tradicionales, desde tiempos remotos”*.¹⁶⁷ No obstante, no pude percibir que esa fuera la actitud del personal médico de Cojoro, aunque sí de reconocer otra visión para curar, de esta etnia decían, pero “que se reducía mucho a unas “costumbres” que a veces no son efectivas, señalaban.

En el consultorio popular indígena solamente observé como parte del personal de salud de dicho consultorio a la “Tuti”, la Defensora de Salud, que es un programa de corte de promoción de la salud. Sin embargo, su trabajo se restringía dentro del consultorio, con una labor más de enfermera, quien llegaba en la mañana al consultorio y se marchaba hasta final de la tarde. Y era muy necesario y útil su trabajo.

En Venezuela hasta el momento no ha ocurrido una incorporación oficial al sistema público nacional (ni en el viejo ni en Barrio Adentro) algún agente de la medicina indígena. Sin embargo, en este sentido hay opiniones encontradas. Tendría que observarse y analizarse cada caso específico y por supuesto lo que cada pueblo desde sus propias formas de participación y construcción de consensos pueda proponer y exigir.

Por ejemplo, en el Hospital San Luis de Otavalo, en Otavalo, Ecuador existe la partera como un personal más del hospital. La mujer parturienta es quien decide si el parto lo realiza con el especialista de la biomedicina o con la partera. Asistí un parto allí, y observé colaboración respetuosa de la partera como el del médico especialista. En Otavalo también está la experiencia de Jambi Huasi, Casa de Salud, que ofrece servicios de sa-

¹⁶⁶ Entrevista a Adriana Fernández. Registro 17 de mayo del 2009.

¹⁶⁷ Registro 6 de junio del 2009.

lud biomédico e indígena, y por ello entre el personal de salud se cuenta con una Pakarichik mama (partera) y un Yachak (sabio), agentes medicina Kiwcha.

En el caso de los Mapuche, en Chile también ocurre la incorporación de la Machi (chamán Mapuche) en los servicios de salud, pero hay quienes critican tal integración argumentando que a la Machi “*se le descontextualiza su acción socio-terapéutica, se le recluye en un ‘box’, propio de la clínica (...), es decir, se desnaturaliza su rol interrumpiendo la cosmovisión vivida en el contexto territorial, disponiendo al terapeuta indígena en un espacio inmunizado, aislado, refuncionalizándolas y ‘esterilizándolas’ de su contexto, su rol social y espiritual en el territorio indígena. Esto facilita su domesticación tecnocrática que le permite ser parte de la ‘oferta intercultural’ del modelo biomédico y pasar así a ser una empleada del sistema de salud*”.¹⁶⁸

Los dos casos mencionados arriba forman parte de experiencias más acabadas en el sentido de la salud intercultural, y lo que destaco en un caso y otro es que este tipo de decisiones tiene que ser parte de un consenso y producto de la participación de la comunidad. También tomando en cuenta que cada pueblo tiene sus propias nociones de salud, enfermedad y muerte con sus prácticas curativas correspondientes, en la que la incorporación de algunos de sus agentes de medicina si puede ser la expresión de una incorporación deseada.

Incorporación de conceptos y prácticas culturalmente ubicables sobre los procesos de salud-enfermedad-atención del pueblo Wayuu, que permitan hablar de una adecuación intercultural de los servicios.

Cada pueblo indígena y a su vez cada comunidad posee y construye su propio conocimiento acerca de lo que es sano y lo que no es sano, las nociones de salud, enfermedad y muerte están influenciadas por la cultura y por una época dada. Cada cultura de cada grupo o conjunto social posee sus formas de curación y terapéuticas, formas de atención que se articulan con otras formas de atención, por ejemplo de la biomedicina.

¹⁶⁸ Cuyul Soto, Andrés (2013). *La relación entre la política de salud del Estado chileno y el pueblo mapuche: modelos, experiencias y tensiones en salud*. Trabajo presentado en el marco del seminario de investigación en el Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva de la Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco.

El pueblo Wayuu, posee una cosmovisión llena de deidades que viven en el mundo pūlasü (el mundo no humano, el otro mundo, que es un continuum, donde no hay separación radical).¹⁶⁹ “*La cosmovisión wayuu explica de una pareja mítica, ambivalente, que se atrae. Juya, es hipermasculino, móvil, único, amo de las aguas del cielo, polígamo y Pulowi, no es móvil pero es múltiple, vinculada a la tierra o al mar, adopta diversas formas: la de una mujer seductora o la de animales como un venado blanco, serpientes, reptiles (...). Estos seres son marido y mujer, que se asimilan al ciclo de vida y muerte. Juya, está relacionado con la lluvia y la sequía, la humedad, y con las enfermedades que producen estas dos estaciones. A Juya y Pulowi, se les asocia además con lo frío y caliente, con lo claro y lo oscuro, con lo húmedo y lo seco. Están unidos, a su vez, con otras deidades inferiores que conviven en la cotidianidad wayuu. Pulowi esta unida a **Wanüllu**,¹⁷⁰ deidad causante de las enfermedades (relacionada a esa entidad) y la muerte*”.¹⁷¹

Una deidad que tiene que ver con el mundo de los sueños de este pueblo, se llama Lapü, mediante la cual “*se pronostican mucho de los sucesos que acontecerán sobre salud, enfermedad, vida, muerte; de allí que esta deidad sea fundamental para los oütshii o curadores wayuu, ya que mediante los sueños pueden diagnosticar, prescribir y pronosticar el desenlace de una enfermedad. Lapü ejerce su influencia en el presente y en el futuro*”.¹⁷²

Entonces vemos como para el pueblo Wayuu los sueños son muy importantes, en el sentido que indica qué les va a pasar. Me contaron que la persona que soñó con un familiar que murió, significa que éste le está avisando que algo malo le va a pasar. Al despertar se debe contar su sueño a la persona más vieja de su familia, en la mañana, antes del mediodía, para que lo ayude a interpretar.

Para los Wayuu existen tres mundos: el sagrado, el cotidiano y el de los muertos. El primero es todo lo que califican de pūlasü, así “*los seres del mundo no humano son pūlasü, tienen el poder de la vida y la muerte, de la salud y la enfermedad; de ellos se*

¹⁶⁹ Paz R, Carmen Laura (2007). *Sistema explicativo del proceso salud-enfermedad en niños wayuu. Propuestas para la promoción de salud desde la interculturalidad*. Universidad del Zulia, Vice Rectorado Académico, Maracaibo, Venezuela. p.117.

¹⁷⁰ El énfasis es propio.

¹⁷¹ *Idem*. p.118.

¹⁷² *Ibidem*.

derivan todas las enfermedades”.¹⁷³ Y el mundo de lo cotidiano es reconocido en su idioma como anasü, lo trivial, lo permitido, lo que no representa peligro. De allí se deriva el sistema de clasificación de las enfermedades Ayülee y las provocadas por Wanüluu.¹⁷⁴

El mundo de los muertos también forma parte de un continuum para los Wayuu. El sitio a donde van los Wayuu muertos se llama Jepira, que “*es un mundo que no es lejano ni ajeno a lo que ha sido su modo de vida. Estos salen en la noche a dar vueltas y tratan de robar el alma de los vivos*”.¹⁷⁵ Para los Wayuu los tres mundos están relacionados, no existe una separación tajante, y de esta manera forman lo que sería el mundo Wayuu.

Es importante mencionar que dentro de la tipología que hacen de las enfermedades los Wayuu, hay una común que es la Yoluja, *“que se produce cuando la persona es víctima de un Yoluja, espíritu, espectro de muertos recientes, no es considerado persona, pierde esa condición al morir*”.¹⁷⁶ También hay Yoluja que aparece en los sueños para evitar tragedias y recomendar algunas prácticas terapéuticas que sirvan para curar a quien lo está soñando o alguien cercano.

Persona es ataa y aa'in

La concepción de persona para este pueblo está formada por un cuerpo, de carne y huesos, y de la aa'in, que se puede traducir como alma o espíritu. “*Ser wayuu es tener cuerpo 'ataa' o estar compuesto de carne eiruku y alma o aa'in. No tener esos elementos es la muerte, no ser wayuu*”.¹⁷⁷

“La aa'in está relacionada con la vida, la enfermedad y la muerte, es una unidad inalterable, su presencia o ausencia del cuerpo, produce la enfermedad o la muerte. Según los oütshii o curadores wayuu, el proceso de alejarse o acercarse el alma, va a depen-

¹⁷³ *Ibidem.*

¹⁷⁴ *Idem.* p.119.

¹⁷⁵ *Ibidem.*

¹⁷⁶ *Ibidem.*

¹⁷⁷ *Idem.* p.120.

der el tipo de enfermedad y la curación”.¹⁷⁸ Por consiguiente, se puede decir que la enfermedad para el Wayuu es cuando la aaiín se ha ido, abandonado el cuerpo, el ataa.

De la misma manera, para los Wayuu “cuando uno muere el cuerpo físico muere, pero el alma sigue viva, se transforma en Yoluja, en no humano, que son siluetas imprecisas y sin huesos, muertos que residen en Jepira. Cuando una persona muere, es la imagen que puede aparecer en los sueños, se siguen comunicando con los vivos mediante el mundo de los sueños”.¹⁷⁹ Según los ritos Wayuu se entierran dos veces a los muertos, ya que el cuerpo y los huesos se pierden al morir dos veces, “los huesos son acumulados y mezclados en osarios con el segundo entierro, representan a los antepasados y al linaje”.¹⁸⁰

Durante el trabajo de campo, pude observar las tensiones aún existentes entre el saber biomédico ejercido en este caso, por las médicos y el saber médico indígena. Efectivamente creo que si habido un avance en términos de reconocer por parte del personal médico que estas poblaciones como ellas mismas la designan tienen una cultura propia, y unas formas propias de curarse. Sin embargo, en sus relatos, se nota que a pesar de su intención de respeto, no alcanzan a comprender las formas de sanación y curación del pueblo, ya que sus opiniones son fundadas en una racionalidad científica.

La incorporación de las nociones de salud, enfermedad y muerte del pueblo Wayuu y esta comunidad en la atención por parte del personal de salud, aún está lejos de ser una realidad. Recuerdo en una oportunidad, estar en el consultorio, mientras pasaban consulta, una de las médico me conversó: “a veces, está gente no sabe cuidarse. El otro día una mujer de una comunidad lejana de allí de Cojoro, dejó morir a su bebé recién nacido, que fue llevado con mucha fiebre, porque no quiso hacer el tratamiento que le indicamos. Esa mujer dijo que lo llevaría con sus propios médicos. Luego nos enteramos que había fallecido”.

Indagué sobre la mujer que me habían relatado, pero la gente de la comunidad no quiso responder mucho. Algunos no la ubicaban y otros les parecía “normal”. Lo que pude comprender es que la comunidad posee los códigos para entender tal acción y no hay la crítica.

¹⁷⁸ *Idem.* p.121.

¹⁷⁹ *Idem.* p.122.

¹⁸⁰ Perrin, Michel (1992). *Los practicantes del sueño. El chamanismo Wayuu.* Monte Ávila Editores Latinoamericana, Caracas. Nuñez Fernando (traductor).

Además, se muestra un desconocimiento por parte del personal médico del “itinerario terapéutico” que las personas de esta comunidad realizan ante sus padecimientos.

Este caso ilustra que la aspirada complementariedad entre ambos saberes médicos, ahora sí que bajo parámetros de respeto e inclusión sin subordinación, está aún con pocas posibilidades de concretarse. ¿Por qué? Al no haber una comprensión del otro, desde una otredad que no anule, en el que el otro sabe y yo también, puede darse un acercamiento de una verdadera inclusión. Las relaciones de hegemonía/subalternidad entre un saber médico y otro, imposibilita en gran medida que realmente a nivel de institucionalización pueda darse un intercambio fructífero.

Uso de intérpretes y traductores en la prestación de los servicios públicos de salud y señalización en el idioma wayunaiki de los carteles del centro de salud.

En el caso de Cojoro, en el consultorio popular si existe la señalización en el idioma wayunaiki. Por otra parte, considero que colabora a la consecución del uso de intérpretes y traductores son los Defensores de Salud, ubicados en el primer nivel de atención, cuyo trabajo es de forma más directa con las comunidades a las cuales pertenecen. En este sentido sería “La Tuti”, quien habla el idioma wayunaiki y es la Defensora de Salud y trabaja en el consultorio. Por su importancia dedico una sección a revisar de forma sucinta en qué se basa este programa.

Defensores de Salud

Desde septiembre del año 2005 se inició la implementación del programa Defensores de Salud, que es un programa de promoción de la salud. Sus principales ejes son promoción y educación de la salud en la comunidad donde vive. La formación para ello es de 6 meses y puede equipararse los conocimientos recibidos a lo que realizaría un auxiliar de enfermería.

Estos defensores de la salud sirven de enlace entre el personal médico del centro de salud y la comunidad. Especialmente, como intérprete o traductor a través del idioma indígena, pues la barrera lingüística es uno de los obstáculos. Por otro lado, la o el defensor de salud sus tareas no se restringen principalmente al ámbito de la salud, sino es principalmente servir de enlace canalizando las necesidades de la comunidad hacia las distintas misiones sociales o instituciones correspondientes.

Los Defensores son propuestos por la comunidad y en asamblea son elegidos. No está claro el tiempo de duración como defensor, y reciben un pago mensual que proviene de la nómina de Barrio Adentro. Considero que son primordiales para la atención en la prestación de los servicios de salud en sus propios territorios. Lo que pude observar de la defensora de salud “La Tuti” es que sirve de mucho apoyo a la labor del consultorio, sobre todo como intérprete y traductora. Sin embargo, esto le impide realizar otras labores en la comunidad con respecto a su trabajo de promoción de la salud.

“La Tuti” al preguntarle sobre la receptividad de este programa en la comunidad, respondió:

Te puedo decir que por lo menos aquí en Cojoro en el momento que yo no voy, el sábado el domingo, ellos quisieran que yo estuviera ahí en el ambulatorio. (...) Es cuestión de que ellos se sienten más identificados con el defensor que con los médicos, tienen confianza con los médicos, pero con el defensor como es Wayuu igual que ellos entonces ellos se sienten con más confianza con el defensor que con los médicos, entonces te dicen “no mira si no estás tú, yo no voy hacerme eso, yo no voy allá hacerme tal cosa”. Entonces es así, cuando tenemos que llevar a algún paciente hacerse alguna operación o hacerse algún estudio en Maracaibo, tenemos que ir con ellos, nuestro trabajo es canalizarlo, llevarlo hasta allá.¹⁸¹

Ella es estudiante de enfermería, es por ello que los fines de semana no se encuentra en la comunidad, sino se traslada hacia la capital del estado, Maracaibo. Cuenta con un amplio reconocimiento de la comunidad, ya que nació en Cojoro y vive allí, es su comunidad. “...la gente me conoce desde pequeña y mi familia los Sapuana, la familia Sapuana fue uno de los fundadores de aquí de la comunidad de Cojoro, la segunda familia que llegó aquí a Cojoro, todo el mundo nos conoce aquí”.¹⁸²

Es la única defensora de salud para toda la Alta Guajira, pues por falta de presupuesto, no se han contratado a otros. Aún cuando está adscrita a la Dirección Nacional de Salud Indígena, pues este es un programa coordinado por esta dirección, está en la nómina de Barrio Adentro, que es la instancia que paga su salario.

Facilitadores Interculturales Bilingües

¹⁸¹ Entrevista realizada el 6 de mayo de 2009 en la comunidad de Cojoro.

¹⁸² *Ibidem.*

En el estado Zulia, se implementó como experiencia pionera en la sede del Servicio Autónomo del Hospital Universitario de Maracaibo, el Servicio de Atención y Orientación al Indígena¹⁸³ (SAOI). Esta instancia forman parte de la política de salud a los pueblos y comunidades indígenas en Venezuela que adelanta la Dirección Nacional de Salud Indígena del Ministerio del Poder Popular para la Salud.

Los SAOI se caracterizan por “*facilitar, informar, orientar, apoyar, gestionar, canalizar los requerimientos al paciente y al familiar, en un plano de igualdad de oportunidades, equidad y calidad de servicio dentro de los establecimientos de salud, permitiendo la interculturalidad e interacción de los diferentes pueblos y comunidades indígenas de la región, a través de equipos multiétnicos y multidisciplinarios*”.¹⁸⁴

La creación de los SAOI recoge las propuestas de las comunidades y organizaciones indígenas de además de demandar atención por parte de los servicios de salud del Estado, que sea con pertinencia cultural y lingüística. Y exigían orientación especialmente cuando los indígenas van a un hospital y los esquemas de atención son muy discrecionales del funcionario que esté de turno y existe por parte de ellos un desconocimiento de los itinerarios a seguir, además del idioma indígena que puede llegar a ser un obstáculo.

Es por ello, que en los SAOI la figura central son los *facilitadores interculturales bilingües*, quienes sirven de enlace entre los pacientes indígenas y el resto del personal que labora en el hospital. Me refiero al personal administrativo como al personal de salud. Estos facilitadores hacen que la atención al indígena sea más comprensible desde la especificidad cultural que les es propia. Lo fundamental de aquí es el idioma indígena, que ayuda a que los facilitadores puedan servir de intérpretes y traductores al mismo tiempo.

Los facilitadores interculturales bilingües son jóvenes bachilleres, reciben un pago por esta labor. La mitad de su salario lo paga el ministerio y la otra parte el Hospital. La limitante que pude observar es que la mayoría que están son sólo del pueblo Wayuu. No están representados los 5 pueblos indígenas que están presentes en el estado Zulia. Por lo tanto, en este aspecto es poco representativo. Otra limitante que observé es que su

¹⁸³ Con fecha 14 de Junio de 2010, bajo la Gaceta Oficial 39.445, se publica la “Resolución por la cual se crea el Servicio de Atención y Orientación al Indígena (SAOI)”. En la actualidad se encuentran en funcionamiento 26 Servicios a nivel de los estados; Amazonas, Anzoátegui, Bolívar, Delta Amacuro, Sucre, Monagas, Apure, Barinas y Zulia incluyendo el Distrito Capital.
Ver en: <http://www.sahum.gob.ve/?p=6908>.

¹⁸⁴ <http://www.sahum.gob.ve/?p=6908>.

horario es de oficina, es decir de 8 a 12 pm y de 1 a 4 pm. No existe esta atención para el horario nocturno, no hay guardias en la noche, lo que considero un inconveniente.

De todas formas, considero que este tipo de proyectos pueden ser fortalecidos a lo largo de su implementación. El balance con respecto a los SAOI es positivo, ha logrado disminuir la estadía del paciente indígena, la demora en la atención y la barrera lingüística. Puede resultar muy útil que estos facilitadores interculturales bilingües estén en los centros de salud del segundo nivel de atención, como son los hospitales, que en Venezuela están muy congestionados y con ciertas lógicas que sólo el paciente y sus familiares comprender estando allí mismo. A este respecto dijo Rubia González, encargada de la SAOI en el Hospital Universitario de Maracaibo:

*Si mira nosotros hacemos una encuesta de satisfacción a los pacientes cuando egresan. Les preguntamos cómo ha sido la atención, cómo se sintieron atendidos por el servicio y si tienen alguna queja con relación a nuestros servicios, y así nosotros de esa forma pues poder corregir en el proceso esa atención que se merecen, y la mayoría ha dicho “si nos parece importante que exista un equipo que maneje nuestro idioma, este que hable nuestro idioma, que nos diga como nos sentimos, que nos ayuden a buscar cosas que nosotros no conocemos como se consiguen en este hospital”, porque es otro mundo, básicamente eso es lo que nos han manifestado los pacientes.*¹⁸⁵

Eje 3: Pluralismo médico

Sí, efectivamente existe un reconocimiento del saber médico indígena Wayuu y que del mismo se derivan formas de atención específicas en cuanto a lo que este pueblo considera salud, enfermedad y muerte. Pero este reconocimiento no se traduce en que existan una articulación de este saber médico y el saber biomédico. Ya en otros incisos de esta sección se revisó como existe además de un desconocimiento del personal de salud médico una falta de comprensión con las prácticas de este pueblo, de esta comunidad.

Por la parte de la comunidad observé que ciertamente si hacen uso de uno u otro dependiendo del padecimiento y de la gravedad del mismo. El primer nivel ciertamente es el de la autoatención, que realiza el propio sujeto que padece. Después de preguntar a va-

¹⁸⁵ Entrevista realizada el 19 de mayo de 2009 en el Hospital Universitario de Maracaibo, Zulia.

rias personas de la comunidad, por asombroso que resulte, ante cualquier padecimiento toman un medicamento que cualquier biomédico podría indicar.¹⁸⁶

Si el padecimiento persistiera después de varios días me indicaron que si no tiene una alta manifestación en el cuerpo biológico, dependiendo de los síntomas, van primero con su Piache. “*Ya quedan pocos en la Guajira, contados con los dedos*”.¹⁸⁷ El Piache es quien finalmente decide en qué momento sus saberes ayudan a estar sano, a devolver el alma al cuerpo, pues así la enfermedad es entendida en términos generales.

Otro curador de la cultura es el Oütshi, es el que realiza los diferentes ritos, desde atender un enfermo, lidiar con una epidemia que afecta a un rebaño, hacer que llueva hasta encontrar la mejor ubicación para una casa.¹⁸⁸ Las personas de la comunidad dicen que ya no quedan muchos oütshi ni tampoco piaches en la Alta Guajira, pues se han ido muriendo. Pero triangulando información, otras personas me dijeron que no se reconoce abiertamente así quien es curador.

Es importante señalar que los ritos de curación se entremezclan con la concepción y práctica cristiana católica. En este sentido, para los Wayuu los santos son figuras centrales dentro de sus rituales. Se rinde culto especialmente a San Benito. También está Santa Lucía y las advocaciones de la Virgen del Carmen y la Chiquinquirá, patrona del Zulia. Utilizan agua bendita en sus casas y la cruz como símbolo sagrado en sus velorios y en los cementerios. Y bautizan a los niños para evitar enfermedades por causa de seres del otro mundo.¹⁸⁹

Por último se dirigen a la Casa Blanca, al consultorio. Es de destacar aquí que en tiempos más antiguos existía un total rechazo a tratarse con los de la “bata blanca”, es decir con los médicos. Le tienen particularmente miedo a las vacunas o las inyecciones en general. Me comentaban que creen que allí (en la vacuna) está “algo malo”, que les van

¹⁸⁶ Señalan que la aspirina y el atamel son los medicamentos más comunes que emplean para una gripe, dolor de cabeza o dolor de cuerpo. Los mismos pueden ser comprados en cualquier farmacia, sin necesidad de recípe médico.

¹⁸⁷ Me dijo una señora Wayuu en Paraguaipoa, no pude registrar su nombre.

¹⁸⁸ Paz R, Carmen Laura (2007). *Sistema explicativo del proceso salud-enfermedad en niños wayuu. Propuestas para la promoción de salud desde la interculturalidad*. Universidad del Zulia, Vice Rectorado Académico, Maracaibo, Venezuela.

¹⁸⁹ *Idem*. p.123.

a meter en su cuerpo. “¿Por qué eso es necesario?” me dijo un niño en una escuela, que acompañé al personal médico a realizar la jornada de vacunación por la gripe H1N1.

No obstante, este itinerario terapéutico que acabo de describir, no todas las personas lo piensan así. La propia Defensora de Salud, “La Tuti” en la entrevista que le realicé afirma lo contrario:

...si primero hay que asistir a la medicina occidental y luego ya su la medicina occidental no puede hacer nada de nosotros, si tenemos que ir a la medicina tradicional, porque entonces si estamos necesitando la medicina tradicional, pero no podemos primero pasar por la medicina tradicional y luego a la occidental, porque a veces nosotros realmente necesitamos la medicina tradicional y nos dejamos morir con los Piache y no es que diga que los Piache no sepan, pero realmente ellos se dejan llevar mucho por eso, porque después que ellos asisten al Piache ellos no pueden ir a la medicina ni los puede ver otro Piache porque se puede morir, o sea que tiene que ser constante con uno sólo.¹⁹⁰

Esta situación ha ido cambiando al pasar del tiempo. Sin embargo, en esta comunidad es muy reciente, pues antes no tenían un centro de salud que funcionara de forma permanente. El tiempo que pasaba en el consultorio me permitió escuchar que cada día aumentaba la confianza que tienen acerca del personal de salud. “Estas doctoras nos tratan bien”, decían algunas mujeres adultas entre ellas mismas que iban a la consulta. En promedio las que más asisten son las mujeres. Hay dificultad para que puedan seguir realizarse exámenes y tratamientos que tengan que ver con su salud sexual y reproductiva.

...por la falta de cultura hacia la medicina, porque nosotros no la teníamos, es la primera vez que nosotros tenemos la medicina aquí las 24 horas, ahora acuden aunque sea por un dolor en la uña y salen corriendo porque les duele la uña, pero anteriormente no.¹⁹¹

De igual manera, tengo que señalar que no existe desde la institucionalidad de salud en la región y en la comunidad el reconocimiento de estos tres saberes médicos (autoatención, indígena, biomédico), pero que en la práctica si realmente suceden, sin que los propios sujetos realicen de manera consciente el uso de uno u otro. A estas conclusiones

¹⁹⁰ Entrevista realizada el 6 de mayo de 2009 en la comunidad de Cojoro.

¹⁹¹ *Ibidem.*

pude llegar a través de la observación participante y preguntando a las personas de la comunidad. No a los propios agentes de un saber médico u otro.

Como se ve en el diagrama¹⁹² sobre el sistema de salud en el municipio Guajira, Cojoro conformado por los distintos actores, se puede observar que es un sistema en el que está ausente el sistema¹⁹³ médico indígena Wayuu. Éstos son los diferentes sistemas que convergen en la prestación de los servicios de salud en la región.

DIAGRAMA. 3

¹⁹² Ver Diagrama 3.

¹⁹³ Aunque prefiero la noción de medicina indígena o de saber médico, que he usado a lo largo de esta investigación, aquí utilizo 'sistema médico' para conseguir coherencia con el planteamiento que estoy realizando. Sin embargo, aclaro que no tiene que ver con la noción propuesta por Kleinman, pues justamente esa noción no coloca énfasis en los aspectos económicos y políticos como condicionantes del sistema. Kleinman, A. (1978). "Concepts and model for the comparison of medical systems as Cultural Systems". *Social Science and Medicine*, 12, pp.85-96.

SISTEMA DE SALUD DE COJORO



Eje 4: Participación de la comunidad

La organización de la comunidad, en la búsqueda de resolver y afrontar sus principales problemas de salud, ha traído un apoderamiento¹⁹⁴ de la misma, que no sólo se restringe al campo de la salud, así lo relatan varias personas de la comunidad. El caso de Cojoro es interesante en ese sentido, porque fue la propia comunidad, el Consejo Comunal y los médicos del Batallón 51, los que juntos se movilizaron para instalar el consultorio popular indígena en la comunidad y dotarlo de condiciones para su funcionamiento.

El primer contingente de médicos del Batallón 51, estaba formado por 5 venezolanos, “a la llegada de estos médicos hicieron todos los cambios, porque no solamente era que ellos brindaran salud, sino que también les buscaran la solución porque aquí son de

¹⁹⁴ Emplearé el término de *apoderamiento* y no el de *empoderamiento*, aún cuando éste último es el que se utiliza frecuentemente en los discursos oficiales y no oficiales. *Empoderar se refiere a alguien que por sus propias razones y con sus propios medios y fines, decide dotar a otra persona de algo que quien dota posee y quien es dotado no posee, estableciendo así una relación en donde una parte es activa e independiente y la otra pasiva y dependiente*. En cambio, *apoderar se refiere hacerse uno dueño de alguna cosa, ocuparla, ponerla bajo su poder*. De esta acepción podemos inferir que en el proceso de apoderar el sujeto es un agente activo que se dota a sí mismo y recupera lo que es y era suyo en primera instancia. Chapela, Ma. del Consuelo (2010). *Contenidos de poder en la historia de la Promoción de la Salud*. En Chapela, Ma. del Consuelo y Cerda García, Alejandro. *Promoción de la salud y el poder: Reformulaciones desde el cuerpo-territorio y la exigibilidad de derechos*. Núm. 94. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, México, D.F., pp. 43-44.

*muy bajos recursos en este pueblo, sobre todo la comunidad de Alta Guajira. (...) lograron que equiparan el ambulatorio del Sistema Regional, ellos se metieron allí, eran del gobierno, pero se metieron porque no teníamos donde estar y tampoco teníamos luz en ese entonces”.*¹⁹⁵

Cuentan varias personas de la comunidad, que fueron tomando confianza a estos médicos, porque se les veía su interés en trabajar. En el ambulatorio viejo, no existían equipos, no había prácticamente nada. Recuerda “La Tuti” el primer parto que atendieron, con una velita y linternas. Estos médicos lograron conseguir al poco tiempo otros equipos y suministrar de medicamentos a la comunidad.

En cuanto a la luz, fue la propia comunidad, algunos de sus líderes, que se enteró que venían unos paneles solares donados por Cuba y dice “La Tuti” a este respecto, *“nosotros fuimos a solicitar esos, nos reunimos con la comunidad, el Consejo Comunal, los médicos del Batallón 51 hicimos la solicitud y ellos se fueron hasta Caracas y nos dieron los paneles, bueno ya solucionamos la cuestión de la luz, pero después hubo problemas con el Sistema regional y nos solicitaron el local donde estábamos y nosotros pedimos el módulo de Barrio Adentro”.*¹⁹⁶

En lo último que comentó “La Tuti” es una muestra cómo el campo de la salud se ve afectado por las tensiones generadas entre un gobierno estatal de oposición y el gobierno nacional bolivariano. Efectivamente, en muchos de los relatos de la Alta Guajira está el denominador común de la preferencia político-partidista, que alcanza a niveles de hasta solicitar un espacio como era el ambulatorio viejo, que la propia comunidad dotó juntamente con los médicos, para una atención médica permanente, que antes no existía.

Es por ello que Cojoro destaca como una experiencia de organización de la comunidad para conseguir que se prestaran servicios públicos de salud, que históricamente les habían sido negados. Primero demandan la presencia de médicos, luego infraestructura y condiciones mínimas para funcionar el ambulatorio que estaba abandonado, después solicitan una antena de telecomunicaciones, la construcción de la carretera y por último

¹⁹⁵ María González, “La Tuti”. Entrevista realizada el 6 de mayo de 2009 en la comunidad de Cojoro.

¹⁹⁶ Entrevista realizada el 6 de mayo de 2009 en la comunidad de Cojoro.

la construcción de un puente, que cuando llegue la época de la lluvia no los deje inco-
municados.

Entonces, aún cuando los servicios de salud no son administrados directamente por la
comunidad, el pueblo indígena de Cojoro no es pasiva su recepción, no administra los
servicios tal como se los propone el gobierno. La participación social en salud se activa,
sobre todo en el momento de gestionar recursos y emprender procesos de exigibilidad
del derecho a la salud, como fue el caso. Considero que esta administración por parte de
los propios sujetos, podría ser una segunda etapa de ese reconocimiento que han logrado
los indígenas como colectivo y pueblo.

Sí antes la lucha era por el acceso a los servicios de salud, y en parte eso lo lograron
(no, en todos los casos, pero ha aumentado la disponibilidad y accesibilidad), una se-
gunda fase pasa por la calidad de esos servicios, por la consulta obligada y consenti-
miento informado del pueblo con respecto a estos, también para que esa prestación
sea cada vez más integral, digna y reconozca las prácticas curativas de la medicina
indígena.

Luego, los esfuerzos podrían enfocarse a que esa prestación pueda ser conjunta con las
instituciones gubernamentales encargadas de salud. Este punto es importante, en espe-
cial, con países que han suscrito el convenio 169, donde la consulta obligada es un eje
central de tal legislación. Esta cuestión sí se puede comprender más y mirar más de cer-
ca en la experiencia ecuatoriana, en la cual, la organización indígena sí administra los
servicios de salud en su región. Conjuntamente con el Estado, es decir, las instituciones
sanitarias municipales y estatales planifican las acciones y programas que han de lle-
varse a cabo de manera mensual en las comunidades indígenas.

Comités de Salud

Por otra parte, parecen que sólo están existen de nombre los Comités de Salud. Estas
instancias de participación se encuentran por ley dentro de los Consejos Comunales. No
están articulados al sistema de salud organizado allí en Cojoro. Según “La Tuti”, defen-
sora de salud, dice que el Comité de Salud no está activo.

La coordinadora del comité es Katiuska González, Wayuu, quien en la entrevista me
manifestó: *“es difícil funcionar, pues no recibimos pago por eso y las comunidades es-*

tán muy distantes unas de otras”. Además, señaló “la gente parece estar más atenta a cuestiones partidistas que a la resolución de los problemas sanitarios. Hay un proyecto de salud comunitaria de la UNICEF, pero la gente tiene poca información de lo que realizan”.

Otros actores que tienen que ver con la Coordinación Municipal de Salud Indígena son los Comités de Salud y los Defensores de Salud, en relación al trabajo que desempeñan la misma Aimé Larreal comentó:

Bueno eso, quienes articulamos perfectamente somos Alcaldía Municipal de Salud y Coordinación Municipal de Salud Indígena, articulamos, no tenemos problemas nada, nos reunimos, levantamos el plan de trabajo juntas, todo, pero, vuelvo y te repito, los Comités de Salud son puro nombre,¹⁹⁷ son anexos a Barrio Adentro y hay un momento que cuando nosotros los llamamos ellos nos dicen no, nosotros no somos Salud Indígena, somos Barrio Adentro y tenemos que esperar lineamiento de Barrio Adentro.¹⁹⁸

Por su parte, Ada Paulina quien se identificó partidaria del gobierno oficial, sí mencionó que las preferencias políticas-partidistas ha traído problemas dentro de la comunidad y algunas divisiones. Hay quienes hablan que existe una “partidización del servicio de salud”, pero eso desvirtúa su naturaleza y en cierta forma puede ser excluyente de las personas que no son chavistas. Es sólo el mandato constitucional de crear consejos lo que lleva a las personas chavistas a organizarse para proveer del servicio a toda la comunidad.

Los Comités de Salud sostienen que el servicio es universal, es decir para todos. Sin embargo, es cierto que no están activos como instancias de participación de la comunidad para abordar los asuntos sanitarios sobre su localidad y revisar programas, mientras se exigen otros tipos de intervenciones, por problemas de articulación entre Barrio Adentro, la Alcaldía, Salud Indígena y los Consejos Comunales.

A manera de conclusión de la experiencia del caso de Cojoro

El derecho a la salud integral en Cojoro ha cumplido una parte considerable. A pesar de las serias limitaciones de las condiciones geográficas del contexto Wayuu, y la falta de

¹⁹⁷ El subrayado es mío.

¹⁹⁸ Registro 19 de abril de 2009.

agua, aunado a otros procesos sociales-políticos como es la poca coordinación entre alcaldía y gobernación por una parte, y la poca coordinación entre el distrito sanitario y la dirección regional de salud, por otra parte (muchas veces esta organización está basada en programas nacionales y no en las necesidades reales del distrito sanitario), se ha conformado en los últimos años un panorama más favorable en cuanto a la disponibilidad y accesibilidad de la atención médica en los servicios públicos de salud que se prestan en la zona.

Aún sigue siendo insuficientes. El consultorio popular indígena bolivariano de Cojoro es el único para toda la Alta Guajira, que comprende más de 13 comunidades y que las distancias entre unas y otras es considerable, además del traslado, con un transporte público prácticamente inexistente. El personal de salud conformado por 3 médicos no puede cubrir toda la población de la zona. Al igual que exista una sola defensora de la salud, que es casi imposible que recorra las comunidades, para cumplir con su trabajo de enlace.

Por otra parte, hay una evidente desconexión entre los conceptos de salud, enfermedad y muerte del pueblo Wayuu y los servicios biomédicos. Hace falta que el personal de salud que vaya a trabajar en la zona conozca la cultura del pueblo, las formas de organización, los modos de vida y sobre todo conocer los trabajos que recogen los términos y explicaciones sobre el sistema de salud Wayuu e interactuar con los agentes de la medicina indígena.

Cualquier plan de salud que involucre a las comunidades indígenas debe tener como uno de sus ejes principales, contemplar la formación del personal del mismo grupo étnico o pueblo indígena, bajo un programa adaptado a las especificidades epidemiológica, cultural y lingüística de esa comunidad, por ejemplo, Wayuu en este caso. Es por ello, que la receptividad es alta y la aceptación en cuanto a la labor que desempeña “La Tuti” dentro del consultorio. Sin despreciar el reconocimiento que posee de la comunidad a priori.

La experiencia de relación entre el pueblo wayuu y el Estado en realidad no es de larga data. La falta de instituciones gubernamentales hasta hace poco en la región genera mucha asimetría en la lógica que manejan unos y otros actores, por lo que los problemas de coordinación requieren necesariamente de una perspectiva intercultural. Es por ello, que

contrapuntar la lógica institucional con una lógica comunitaria está difícil, además porque los actores institucionales gubernamentales responden a una lógica meramente estatal burocrática.

Es importante indicar que el factor político-partidista es indispensable tomarlo en cuenta para este análisis, porque como ya se dijo el estado Zulia se ha caracterizado por ser el “bastión de la oposición”, ya que durante los dos mandatos del fallecido para ese entonces, presidente Hugo Chávez Frías, no ha resultado electo ningún candidato propuesto por el oficialismo. Las tensiones generadas al respecto permean cualquier esfera del ámbito público, dejando de la lado frecuentemente el goce de los derechos sociales y en este caso el de salud de poblaciones.

Capítulo 4

Análisis del caso de Loreto en la Amazonía ecuatoriana

Ahora nos adentramos a la Amazonía ecuatoriana cuya experiencia en Loreto, puede servir para contrastar con la experiencia de salud en la Guajira venezolana. Esta experiencia es considerada como una experiencia modelo en salud indígena comunitaria, ya que desde la propia organización indígena se logró impulsar y consolidar un Modelo de Salud Indígena.

Este modelo se ha constituido por una serie de acciones de articulación con instituciones no gubernamentales y luego incluyendo a las instituciones gubernamentales de los distintos niveles políticos-territoriales, siempre desde la coordinación de la propia organización indígena, como la principal instancia desde la cual se dicta los parámetros para construir la agenda mes a mes para prestar la atención en salud en las comunidades más alejadas y planificar otras acciones.

Ahora bien, el modelo de salud comunitaria indígena de Loreto, Ecuador está centrado en la atención a la población, teniendo en todo momento una perspectiva intercultural según los esbozos delineados en el capítulo I, es decir no sólo hay contenidos de medicina tradicional indígena sino que se han establecido mediaciones y formas de comunicación que aceptan y valoran los mecanismos kichwas de toma de decisiones.

A continuación, siguiendo el mismo esquema propuesto para el análisis de la experiencia venezolana, este capítulo igualmente contempla dos secciones. La primera que trata sobre el contexto ecuatoriano y la Amazonía región en la que se encuentra Loreto, para finalizar con una breve etnografía de la nacionalidad Kichwa. La segunda sección trata sobre el análisis propiamente de la experiencia de salud comunitaria indígena en Loreto, bajo los ejes de análisis y categorías empleados en el caso de Cojoro en la Guajira venezolana.

En relación a esta, en dicho censo se señala que la población indígena (sumando las nacionalidades y pueblos indígenas) es de 1.018.176,²⁰⁰ lo que representaría en términos porcentuales un 7%. Ésta es la cifra que maneja el Consejo de Desarrollo de las Nacionalidades y Pueblos del Ecuador (Codenpe) que es con base al Censo de 2010, el cual se fundamentó en una auto-identificación.

“No obstante, los desacuerdos sobre el número de la población indígena y las estrategias utilizadas para cuantificarla persisten en las organizaciones indígenas, alimentado por la existencia de datos contradictorios proveídos por otras instituciones que desarrollaron investigaciones propias”²⁰¹ (apoyados por organismos de cooperación multilateral). “La dirigencia indígena prefiere fijar su cuantificación en términos de porcentaje que van desde un 30% que sostiene la FEINE, un 45% la CONAIE, hasta de un 70% que afirma la FENOCIN, en el caso de que todos los indígenas se reconocieran como tales”.²⁰² Como en el caso de Venezuela, sigue siendo un asunto controversial en los censos cómo medir la pertenencia étnica.

De igual manera, no existen consenso en cuanto a las nacionalidades y pueblos que se ubican por las tres regiones. Aunque sí del número, que existe y se reconocen 14 nacionalidades indígenas y 18 pueblos indígenas. El siguiente cuadro nos permite apreciar de una mejor forma la información.

CUADRO 4. NACIONALIDADES Y PUEBLOS INDÍGENAS EN ECUADOR

REGIONES	NACIONALIDADES	PUEBLOS
Amazonía	Cofan Sion Shiwiar Andoa Shuar	Kichwa Amazónico

²⁰⁰ <http://www.codenpe.gob.ec/images/pdf/mapaA3.pdf>.

²⁰¹ <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/7015.pdf?view=1>

²⁰² <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/7015.pdf?view=1>

	Zápara Waorani Secoya Épera	
Costa	Épera Tsa'chila Chachi Awa	Manta Wankabilka
Sierra	Kichwa	Otavalo Panzaleos Kiisapinchas Natabuela Kayambi Chibuleo Waranka Puruwá Kañari Palta Saraguro Pasto Kitu Kara Salasaka

En cuanto a los que integran las nacionalidades y los pueblos indígenas existen diferencias entre la información que contempla el Consejo de Desarrollo de las Nacionalidades y Pueblos del Ecuador (Codenpe) y la CONAIE. Por ejemplo, en el caso que nos interesa, Codenpe reconoce al Kichwa como nacionalidad y no como un pueblo, a diferencia de la CONAIE.

Para los fines de esta investigación, Kichwa es una nacionalidad tomando en cuenta que en la región y en la localidad donde se trabajó, así como la propia organización indígena así se definían. En los documentos que me entregaron y en las reuniones que estuve presente en todo momento se reconocieron como una de las nacionalidades del Ecuador.

a) La Amazonía

La Amazonía comprende una superficie de 5.594.000 km². Lo que “*constituye la tercera parte de la superficie total de Suramérica y conforma el sistema hidrográfico del mundo, así como una zona de inmensa e incalculable potencialidad en recursos naturales*”.²⁰³ De esta superficie la distribución en términos porcentuales sería la siguiente: Brasil 64%, Perú 14%, Bolivia 10%, Colombia 7%, Ecuador 2% y el 0.7% a Venezuela, correspondiéndoles a Guayana y Surinam sólo de una manera indirecta y tangencial.²⁰⁴

La Amazonía ecuatoriana está comprendida por seis provincias: Orellana, Napo, Sucumbíos, Morona Santiago, Pastaza y Zamora Chinchipe.

MAPA 6. AMAZONÍA ECUATORIANA

²⁰³ Ibarra Illánéz, Alicia (1987). *Población Indígena y Desarrollo Amazónico*. Ediciones Abya-Yala, Ecuador. p.5.

²⁰⁴ *Ibidem*.



b) Loreto: cantón de resistencia

Loreto es uno de los cuatro cantones de la provincia de Orellana, ubicada al nororiente de la Amazonía ecuatoriana. Los kichwas amazónicos están asentados casi en su totalidad en el cantón Loreto (70.7%).²⁰⁵ La provincia es multicultural y multilingüe, conviven cuatro nacionalidades indígenas: Shuar, Achuar, Waorani y Kichwas amazónicos.

Loreto posee una extensión de 2.114 Km², y se encuentra ubicado a 54 Km. de Francisco de Orellana (Coca) y a 120 Km. del Hospital José María Velasco Ibarra de Tena. Formado por 5 parroquias que son Loreto, Ávila, Puerto Murialdo, San José de Payamino y San José de Dahuano, además de 77 comunidades, 12 barrios urbanos. La población año 2.009 es de 18.350 habitantes.²⁰⁶

MAPA 7. PROVINCIA DE ORELLANA

²⁰⁵ INEC, 2001.

²⁰⁶ Estos datos fueron suministrados por el Consejo Cantonal de Salud de Loreto. Sin embargo, no coincide con la obtenida en el Censo del año 2011, que es de 13.042 habitantes.



c) Nacionalidad Kichwa de la Amazonía

Las organizaciones indígenas de la región elaboraron un documento intitulado *Nacionalidad Kichwa de la Amazonía*, en el que plasmaron los datos más importantes de su historia como pueblo. Este documento fue validado como una “Ficha revisada en el Taller Regional de la Amazonía”.

En ese documento sintetizan los aspectos principales de su historia y vida comunitaria, comienzan mencionando que la nacionalidad Kichwa de la Amazonía comprende dos pueblos: el pueblo Napo-Kichwa y el pueblo Kichwa del Pastaza o Canelo-Kichwa. Para la presente investigación se trabajó con el primer pueblo.

Ambos pueblos hablan el mismo idioma, que es el Runa Shimi o lengua de la gente, también conocido como el propio nombre de la nacionalidad y del pueblo: kichwa. Presentan diferencias dialectales entre unos y otros, siendo su segundo idioma el castellano, que utilizan para relacionarse con la sociedad no indígena.

En cuanto al número, existen diferencias entre las diversas fuentes, pero se estiman que es entre “60 mil y 100 mil personas que se encuentran en proceso expansivo, organiza-

das en alrededor de 438 comunidades”,²⁰⁷ los que hablan este idioma, es un pueblo que se comunican primeramente en su idioma originario.

*Los Kichwas del Napo se asientan en las provincias de Napo, Orellana y Sucumbíos, en las cuencas de los ríos Napo, Aguarico, San Miguel, Putumayo y en zonas urbanas de sus capitales provinciales Tena, Puerto San Francisco de Orellana (Coca) y Nueva Loja, así como en territorio peruano y colombiano.*²⁰⁸

En cuanto al territorio, en el Napo se enfrenta el problema de la escasez de la tierra, por parte de los más jóvenes, quienes demandan “*la parcelación de las tierras, con la finalidad de tener títulos familiares*”.²⁰⁹

La base de su estructura socio-política es la familia, siendo el “ayllu” la unidad de familias, que es el máximo asentamiento territorial. De la unión de ayllus se conforman los clanes territoriales. “*Tradicionalmente la base de los clanes era la descendencia de un antepasado totémico, generalmente un animal sagrado como el puma o el jaguar y se encontraban adscritos a un tronco de parentesco fuertemente unido en relación con sus shamanes fundadores; hoy, esos lazos de parentesco se identifican con un apellido*”.²¹⁰

Los Kichwas practican la monogamia y también los matrimonios exógamos (fuera del grupo) con los Shuar, Achuar y miembros de otras nacionalidades. Esta práctica “*les ha permitido extenderse por toda la Amazonía, a través de un proceso de kichwización muy marcado*”.²¹¹

La residencia es patrilocal y el sistema descendencia es bilateral, puesto que “*considera tanto la patrilinearidad o sea la línea del padre, como la matrilinearidad, o la línea de la madre*”.²¹²

A nivel comunitario y de las organizaciones, “*el trabajo se organiza por medio de asambleas y se le ejecuta a través de mingas; por lo general, la toma de decisiones se la hace por consenso*”.²¹³

²⁰⁷ Documento de la OCKIL, *Nacionalidad Kichwa de la Amazonía*. No posee datos de edición. Sólo al final dice que es una “Ficha revisada en el Taller Regional de la Amazonía”. p.3.

²⁰⁸ *Idem.* p.1.

²⁰⁹ *Idem.* p.2.

²¹⁰ *Idem.* p.4.

²¹¹ *Ibidem.*

²¹² *Ibidem.*

En cuanto a la economía, *“las principales actividades económicas y de subsistencia tradicional se basan en la agricultura itinerante de roza y quema en las purinas o huertas de la selva; en la caza, la pesca, la recolección, y el intercambio de productos y artesanías. Últimamente han incorporado como nuevas actividades la ganadería y el ecoturismo”*.²¹⁴

Hay que resaltar que la huerta, la caza así como la pesca son las actividades más importantes de esta nacionalidad y que guardan relación con su cosmovisión. Por ejemplo, la huerta es importante tanto para la reproducción económica como para la reproducción social y cultural. El primer producto que siembran es la yuca, base de su alimentación diaria. *“El cuidado de la huerta está sujeto a normas rituales y simbólicas que forman parte de su cosmovisión y deben ser respetadas estrictamente”*.²¹⁵

Señalan que por influencia de los colonos (los que no son indígenas) y la presión de los misioneros, adoptaron la ganadería como estrategia para articulación a la economía de mercado. Por lo tanto, *“la selva se ha transformado en grandes haciendas ganaderas lo que provoca deforestación intensiva, degradación ecológica, reducción del territorio, alteración de sus actividades tradicionales de subsistencia, transformación de la estructura organizativa de los muntum y cambios en su identidad y cultura”*.²¹⁶

Para finalizar con esta síntesis sobre algunos de los aspectos del pueblo Kichwa amazónico, producto de ellos mismos como se miran a lo largo de la historia y las transformaciones a las que han estado sometidos y a otras que son producto del devenir del tiempo, lejos de asimilarse o extinguirse, se han mantenido. Además, cuentan con un número significativo de profesionistas en diferentes áreas (médicos, enfermeras, veterinarios, arquitectos, ingenieros).

Ellos reconocen que se: *“maduró la conciencia de la necesidad de luchar por la reafirmación y revitalización de su identidad y cultura, abriendo un proceso de etnogénesis*

²¹³ *Idem.* p.5.

²¹⁴ *Idem.* p.7.

²¹⁵ *Idem.* p.8.

²¹⁶ *Idem.* p.9.

que los ha llevado a reivindicar su derecho a autoreconocerse como *Nacionalidad Kichwa de la Amazonía*”.²¹⁷

4.1.2. Trabajo de campo: planteamientos teóricos y metodológicos

De la misma manera que el eje conductor del trabajo de campo en la experiencia venezolana, aquí nuevamente es conocer desde los propios actores, en sus localidades, la perspectiva de los procesos (así como los procesos mismos) que han conducido con respecto a las respuestas que han elaborado para resolver la atención en sus espacios con respecto al proceso de salud-enfermedad-atención.

Es fundamental comprender lo estructural a través de lo local y viceversa. Así como la dimensión relacional presente en los procesos humanos y sociales. Además, que estar en campo permite una mayor visualización de los actores involucrados así como también una mayor comprensión de las articulaciones entre los mismos, las tensiones y concatenaciones. Igualmente las asimetrías de poder y la disputa de intereses.

a) ¿Por qué la Amazonía?

La realidad de la Amazonía en el caso ecuatoriano es compleja en varios niveles y representa un desafío grande. Esa complejidad sigue estando presente: “*actualmente la Amazonía es el territorio donde se desarrollan algunos programas de inversión más ambiciosos de América Latina, y genera productos fundamentales para la economía de los diversos países, entre ellos el petróleo*”.²¹⁸

²¹⁷ *Idem.* p.7.

²¹⁸ Bustamante, Teodoro *et al* (1993). Retos de la Amazonía. ILDIS, ABYA-YALA, Quito, Ecuador. p.5. En la actualidad, es muy controversial la acción del gobierno actual de Rafael Correa de poner fin a la Iniciativa Yasuní-ITT, que expresaba dejar bajo tierra el petróleo a cambio de una compensación económica internacional. El Parque Yasuní representa el área más grande protegida de Ecuador, con 982.000 hectáreas. Tal decisión daría autorización a que la empresa estatal Petroamazonas comience la incursión petrolera. “El gobierno asegura que solo se intervendrá una extensión de menos de uno por mil de Yasuní, situado en el norte del país, y que no incidirá en la vida de los pueblos aislados, ya que los campos que se explotarían (Ishpingo, Tambococha y Tiputini, ITT) están alejados de la llamada zona intangible, donde habitan esas nacionalidades”.

<http://periodismohumano.com/sociedad/medio-ambiente/el-yasuni-enfrenta-a-gobierno-y-ciudadania-de-ecuador.html>. Por su parte, la Confederación de Nacionalidades Indígenas de la Amazonía Ecuatoriana (CONFENIAE) ante tal anuncio de explotación expresó mediante un comunicado lo siguiente: “La profundización de la política extractivista del actual régimen –que supera a los gobiernos neoliberales del pasado–, ha dado lugar a sistemáticas violaciones de nuestros derechos fundamentales y ha generado una serie de conflictos socio ambientales en las comunidades indígenas de toda la región amazónica. La historia lo demuestra: hace 40 años se exterminó al pueblo Tetete con el inicio de la actividad petrolera en el nororiente ecuatoriano; en la actualidad se está exterminando a los pueblos Tagaeri y Taromenane en el auge de una supuesta revolución ciudadana”.

<http://www.conaie.org/component/content/article/3-notis3/532-la-confeniae-ante-el-anuncio-de-explotacion-del-yasuni-itt>. Tanto las organizaciones indígenas como organizaciones ambientalistas demandan realizar un referendo al respecto.

Sin embargo, el nivel de importancia para cada país de la cuenca varía de un caso a otro. Por ejemplo, para Venezuela la Amazonía no posee una importancia estratégica central. Aunque en los últimos años se haya incrementado una mayor presencia e intervención desde el Estado, a través de acciones desde el poder central para la zona, ésta ha sido históricamente olvidada. La visión reside en una zona de reserva, necesaria conservar como patrimonio.

En el caso ecuatoriano, la Amazonía representa una de las fuentes estratégicas para la economía del país, en gran parte en forma de enclave (Lago Agrio es un ejemplo). Por otro lado, el de soberanía en cuanto que la Amazonía junto con Esmeraldas, son las únicas periferias de Ecuador. Por último, tiene una importancia simbólica, de identificación patriótica, debido al largo proceso de conflicto de fronteras que hubo en esa zona.²¹⁹

La Amazonía es un espacio geográfico particular, con dinámicas propias e históricamente ha estado signado por el conflicto. Existe un acelerado proceso de transformación en la zona. Por un lado, “*subsisten las tecnologías agrícolas tradicionales y las actividades como la caza y la pesca y, por otro, se recurre progresivamente a los cultivos comerciales y a la ganadería (...), o se desplaza a la agricultura como fuente principal de subsistencia dando paso al trabajo asalariado, a la extracción y venta de madera (...) y a la actividad turística*”.²²⁰

El tema de la confrontación del Estado con el movimiento indígena amazónico, ha estado presente en las últimas décadas. Pues la Amazonía como los pueblos que allí habitan habían estado ausente de la preocupación estatal. No ocurrió lo mismo que en la Sierra y la Costa en el proceso de colonización española. Quizá por las condiciones climáticas y de un mayor difícil acceso, que representa la selva. Asimismo, porque esta zona está menos poblada que las dos anteriores.

Es a partir de la redistribución de tierras que a partir de 1964 impulsó el Instituto Ecuatoriano de Reforma Agraria y Colonización (IERAC)²²¹ a través de la ocupación de las “tierras baldías” en áreas amazónicas cercanas a la cordillera, que se inició la entrega de

²¹⁹ Bustamante, Teodoro *et al* (1993). *Op cit.*, p.194.

²²⁰ *Idem.* p.31.

²²¹ El IERAC funcionó hasta 1994, cuando fue reemplazado por el INDA (Instituto de Desarrollo Agrario) bajo una política neoliberal y con la finalidad de privatizar los recursos del agro. El INDA fue suprimido en 2010 y desde entonces toda la materia agraria está regida por el Ministerio de Agricultura.

títulos a colonos (los no-indígenas).²²² Este hecho detonó en gran parte, que los pueblos indígenas establecidos allí se organizaran para defender su derecho territorial. Es entonces la tenencia de la tierra “*el eje reivindicativo o factor catalizador de su movimiento*”.²²³

Por este tipo de acciones los indígenas amazónicos se vieron prácticamente obligados a organizarse en comunas, apoyados principalmente por las misiones. Esta forma no corresponde a los modos de organización social y cultural de estos pueblos, basados en las relaciones de parentesco. Las comunas constituyeron una imposición del Estado para conservar estos territorios a través de la Ley de Comunas de 1935.

Sin embargo, hubo una readecuación. Y a esta modalidad comunal, asociaciones y centros dieron lugar a otras formas de organización, más amplias en federaciones y confederaciones, en la que se fue articulando el heterogéneo movimiento indígena amazónico. Es decir, esta forma comunal no terminó de abolir las formas propias que tenían estos pueblos indígenas antes que se constituyeran en éstas.

En ese sentido, la legislación ecuatoriana de aquel entonces no definía con exactitud que diferenciaba una comunidad, una población o un grupo indígena. Así como tampoco pueblo indígena. Por ejemplo reconocía como comunidad indígena a un pueblo entero como los Huaorani.²²⁴ El problema de la territorialidad es entonces un móvil en este movimiento y también para buscar la autodeterminación.

Es importante circunscribir este tipo de acciones y organizaciones del movimiento indígena amazónico con el levantamiento indígena en 1990. En este marco, por supuesto, que el movimiento indígena ecuatoriano no es homogéneo, y las diferencias entre las nacionalidades y pueblos de una región y otra quedaron evidenciadas. Por ejemplo, en comunicados aparecían los grupos andinos como ‘nacionalidades’ y los amazónicos como ‘minorías étnicas’.

En este panorama, la Organización de Pueblos Indígenas de Pastaza (OPIP) presentó en ese mismo año de 1990 al gobierno para que le sean reconocidos los territorios de los

²²² Bustamante, Teodoro *et al* (1993). *Op cit.*, pp.65-66.

²²³ *Idem.* p.66.

²²⁴ *Idem.* p. 74.

pueblos Quichua,²²⁵ Achuar y Shiwiar. Para esta organización el problema no sólo residía en los territorios que pedían ser reconocidos, sino era en las “Nacionalidades”, “*identidades colectivas diversas de aquella condensada en el hecho del Estado-nación*”.²²⁶

Es en este contexto que se fue consolidando el movimiento indígena amazónico, que tiene una historia de alianza y conflicto. De esta manera, la Amazonía como una región olvidada por el Estado, desconocida regional y culturalmente por éste, fue propicia para alta influencia de misioneros y ONG.

En este sentido, en el ámbito de la salud no fue una excepción e igualmente tuvieron que organizarse para dotarse de servicios de atención, para lograr un acceso que históricamente había sido negado por el Estado. Y cuando hubo éstos, se caracterizaron por ser excluyentes e inequitativos, generando sobre todo en los grupos indígenas, como apunta Recalde, diversas formas de exclusión: económica, geográfica, en el tipo de atención (salud) y cultural.²²⁷

Es un hecho fatídico que marcó a la Amazonía finales de la década de los ochenta, el que definitivamente va a servir para consolidar el movimiento indígena amazónico o al menos en tal coyuntura unificar liderazgos y acciones, en vista que no contaban con la presencia estatal y se necesita proveer de varios servicios, el de salud, sobre todo a la población de cada cantón. Así, Loreto, comienza a gestionar una de las experiencias más sobresalientes en salud comunitaria indígena con perspectiva intercultural, que no sólo apunta a revitalizar la medicina indígena, sino a lograr garantizar un derecho a la salud integral.

¿Por qué Loreto?

El 05 de marzo de 1987 ocurrió un terremoto en el reventador, que provoca inundaciones y aísla a Loreto. En varios de los documentos revisados se señala, que la crisis se logró superar por las acciones del movimiento indígena de la zona, y en parte, por la

²²⁵ Está escrito así, respetando la forma como esta organización los nombraba en aquella época.

²²⁶ Bustamante, Teodoro *et al* (1993). *Op cit.*, p. 135.

²²⁷ Recalde, Eulalia Flor (2005). Una mirada sobre el movimiento indígena ecuatoriano. En: Escárzaga, Fabiola y Raquel Gutiérrez. *Movimiento indígena en América Latina: resistencia y proyecto alternativo*. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Distrito Federal y Casa Juan Pablos.

cooperación extranjera, siendo la más importante y significativa la de la Cruz Roja Suiza, que luego se constituye en Red Internacional de Organizaciones de Salud (RIOS), que actualmente sigue financiando parte de la experiencia.

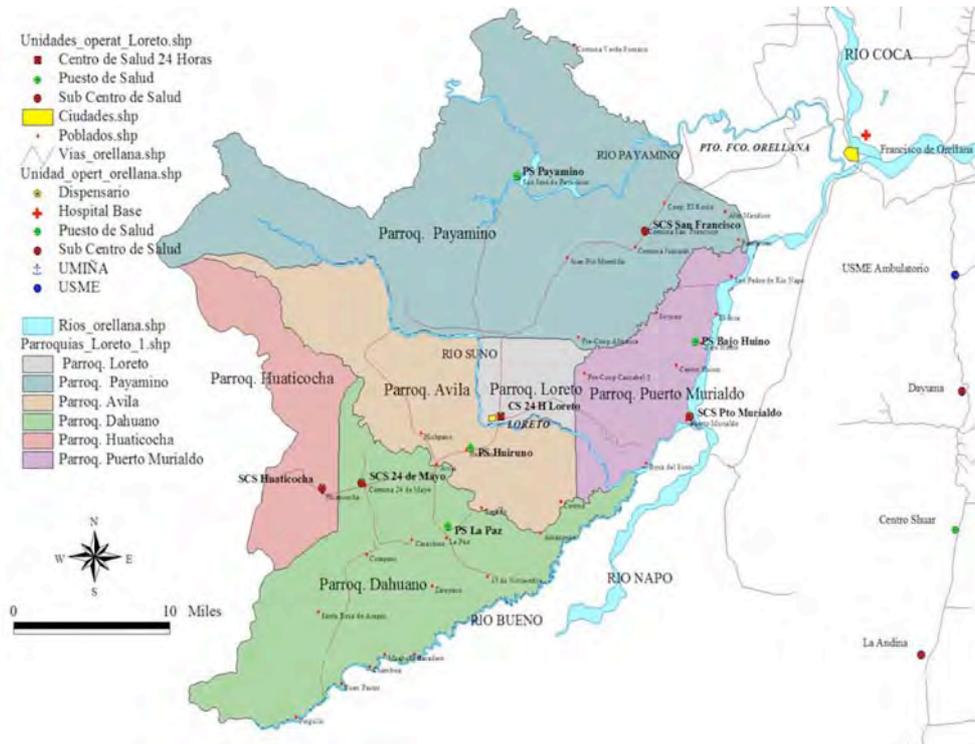
De igual manera, este hecho viene a consolidar los procesos de organización indígena de los Kichwas amazónicos que venían ocurriendo antes del terremoto, como ya se ha mencionado. Entonces, este hecho natural vino a agravar la situación en la que se encontraba la Amazonía, ya olvidada por la acción estatal. Y como la Amazonía fue olvidada por la acción estatal durante mucho tiempo, y cuando se diseñaba algún plan y programa no era bien orientado, ya que desde el Estado se desconocía la realidad aunado al autoritarismo y arbitrariedad burocrática.

La experiencia de salud indígena que ha emprendido y consolidado Loreto, reviste especial importancia, pues es una experiencia impulsada desde las propias organizaciones indígenas tanto de la provincia como las de un nivel más local, como sería en este caso el cantón. Además, de ser una *“iniciativa pionera en la formulación de un modelo de salud integral e intercultural en el país”*.²²⁸

Esta experiencia ha logrado al transcurrir de los años consolidarse como una “experiencia modelo” replicable a nivel nacional. Además una experiencia que se fue consolidando a lo largo de los años. No se hizo por decreto, y los procesos imbricados en la misma datan de tiempo, como son la conformación del movimiento indígena, sus negociaciones con las ONG, la presencia e intervención del Estado, así como el apoderamiento de las comunidades indígenas y campesinas.

MAPA 8. CANTÓN LORETO

²²⁸ Palabras de Albán, Amilcar, Coordinador Nacional de RIOS, en el “Primer Congreso de Salud Intercultural en Ecuador 2008”.



b) La recolección de datos

Esta investigación es principalmente de corte cualitativa. Para esta parte del trabajo campo se contempló la observación participante, y las entrevistas a profundidad. Así como también entrevistas abiertas y semiestructuradas. Como parte del primer acercamiento a la zona, viajé con el personal de RIOS a la provincia de Sucumbíos, en el cantón de Lago Agrio, en donde tendría lugar la reunión de la Asociación de Jóvenes de Nacionalidad Kichwa Sucumbíos Ecuador (AJKINASE), para reformar los estatutos de la misma.

Es de destacar que el modelo de atención en salud de Lago Agrio es igual que el de Loreto, no obstante en el primero se trabajó a nivel provincial, lo que imprime ya una diferencia. Experiencias que se ensayaron casi simultáneamente. Es por ello, que aún cuando no era esta provincia ni el cantón, la experiencia de salud que analiza esta investigación, consideré pertinente entrevistar a varios de los actores que allí estaban presentes y también tomando en cuenta la similitud de los modelos y actores (FONAKIN y RIOS). A continuación los actores que fueron entrevistados:

CUADRO 5. ACTORES VARIOS

NOMBRE DEL ACTOR	CARGO QUE DESEMPEÑA	OBSERVACIONES
Jairo Patricio Aguinda	Presidente de la Asociación de Jóvenes de Nacionalidad Kichwa Sucumbíos Ecuador (AJKINASE) (Es Kichwa)	Presidió en gran parte la reunión. Es un joven de 20 años de edad, del cantón Gonzalo Pizarro. Lo nombraron candidato para que se postulara en un congreso en 2008, en el que participaron jóvenes de los diferentes cantones y comunidades y él resultó seleccionado como presidente de la AJKINASE, creada en 2004. En el área de la salud trabajan dando talleres sobre la prevención del VIH.
Galo Raúl Grefa	Dirigente de AJKINASE (es Kichwa)	Pertenece al cantón Cascales y tiene 21 años de edad. Desde el año 2001 participa promoviendo en los cantones y comunidades la participación de los jóvenes. Juntamente con otros compañeros logran el 2004 el reconocimiento de la asociación. Y es él quien también consiguió suscribir un convenio con la Dirección Provincial de Salud, que consiste en la participación de los propios jóvenes en dictar talleres de sensibilización en las comunidades, principalmente de temas sobre violencia intrafamiliar y lo que llaman el recorrido participativo sobre la prevención de VIH.
Rosa Ernestina Airichuango "Rosita"	Presidenta de la Asociación de Mujeres de Nacionalidad Kichwa, filial de la AJKINASE (es Kichwa)	Esta asociación se formó en 2004. Ella ha estado activa desde el inicio. Señala que su <i>"función es capacitar en las comunidades, capacitar en el área de salud preventiva y otra más es gestionar los convenios y firmar en beneficio de las comunidad Kichwas según el tema que pidan las compañeras socias de las comunidades"</i> . ²²⁹ También hizo referencia a que firmaron un convenio sobre salud sexual y reproductiva con el Fondo de Naciones Unidas. Éste Fondo y RIOS son los que les proporcionan los recursos económicos.
Victoria Andi	Presidenta de la Asociación de Parteras Tradicionales Kichwa de la Amazonía (es Kichwa)	Esta asociación para el momento dice que se creó más o menos hace 10 años, no recuerda con exactitud. Pero, ella es una de sus fundadoras. Al preguntarle ¿por qué la asociación? Señala que vieron la necesidad de organizarse, para luchar que cada partera pueda trabajar en su centro de salud más cercano, en el <i>"hospital para ayudar a las compañeras pacientes, algunas no saben hablar, tienen miedo, no pueden hablar en castellano sólo Kichwa saben entonces por ese motivo nosotras como dirigentes, directiva estamos preocupadas para que ingresen a trabajar en subcentros"</i> . ²³⁰ También me contó que

²²⁹ Entrevista realizada en 2009 en Lago Agrio, provincia Sucumbíos, Ecuador.

²³⁰ Entrevista realizada en Lago Agrio, provincia Sucumbíos, Ecuador.

		había realizado el proceso de acreditación, muy riguroso del Ministerio de Salud Pública y que en días iban a tener un acto para recibir su credencial por parte de las autoridades en salud.
Marcela Ayluardo	Coordinadora de RIOS	Trabaja en el proyecto para la fecha en que fue entrevistada hace 9 años. Comenzó trabajando en fortalecer la Organización de Mujeres Kichwas, desde un enfoque de salud preventiva. También ha apoyado a la conformación de la Asociación de las Parteras y el proceso de formalización de las mismas.
Viky Puerres	Personal de salud que labora en el área de Salud Intercultural en la Dirección Provincial de Salud (Sucumbíos)	Es enfermera, trabaja en el Hospital Provincial Maracumbira Suiza, cuyo directo es el Dr. Freddy Ayluardo, odontólogo y hermano de Marcela Ayluardo, coordinadora de RIOS. Relata en su experiencia de trabajo, la importancia de tejer relaciones con los distintos actores (parteras, promotores voluntarios) y organizaciones indígenas para que finalmente se puedan cumplir las metas que se plantean desde salud. Del modelo de atención de salud integral que se implementa ve como principal fortaleza la articulación de los distintos actores. Aunque señala que entre las debilidades ve que no a veces no se cumple lo planificado por la falta de compromiso, principalmente por parte de los promotores comunitarios de salud, que no existe todavía ese apoderamiento con la propia unidad operativa de salud.

En Loreto

El trabajo de campo se realizó en la Amazonía ecuatoriana en dos períodos, igual que en el caso de la Guajira. Entre los meses de mayo-julio de 2009 y luego en marzo-mayo de 2010. De igual manera, se realizó observación participante en la sede de la organización indígena, en los talleres impartidos en las comunidades, en las reuniones mensuales entre los distintos actores del área de salud, reuniones de la organización de mujeres Kichwas y talleres entre RIOS y la organización indígena.

También se realizaron entrevistas abiertas y semi-estructuradas a diferentes actores: comunitarios, líderes y lideresas, instituciones oficiales de salud pública, organizaciones no gubernamentales. Y visitas a algunas de las comunidades lejanas, en las que se entrevistó a sus líderes y algunas de esas comunidades no están adscritas a la organización indígena y hacían asambleas comunitarias, precisamente para discutir su adhesión o no.

A continuación un cuadro en el que se registra los actores entrevistados de la comunidad.

CUADRO 6. ACTORES COMUNITARIOS

NOMBRE DEL ACTOR	LUGAR QUE OCUPA EN LA COMUNIDAD	OBSERVACIONES
Leonardo Avilar	Presidente de una organización, que integra 3 subcentros: Centro Kichwa Alcarapino, Centro Pouchiaco de Río Pocuno y el Zuma Kichwa.	Líder de su comunidad Zuma Kichwa, que es donde se realizó la entrevista el 2 de junio de 2009. Está de difícil acceso. Tiene 33 años. Me explica que el subcentro ellos llaman a los espacios que van creando un pueblito con su escuela y demás servicios. Cuenta que están ligados al CODENPE (Consejo de Desarrollo de las Nacionalidades y Pueblos del Ecuador).
Jaime Xiguanga	Coordinador local (salud) de la OKIL	Es Kichwa y hablante de su idioma (sin embargo, la entrevista la realicé en español). Trayectoria en el trabajo de dirigencia, organizativo y de bases en organizaciones indígenas (FONAKIN, Pueblo Agua, OKIL). Fue vicepresidente de la OKIL. Y actualmente coordina el proyecto de salud integral y también el componente organizativo de la OKIL. Vive en el cantón de Loreto. La entrevista se realizó en la sede de la OKIL, el 16 de junio de 2009.
Mónica Andi	Presidenta de Mujeres Líderes	Es Kichwa y hablante de su idioma (sin embargo, la entrevista la realicé en español). Fue elegida por la comunidad en asamblea presidenta de Mujeres Líderes, dentro de esta organización que tiene personalidad jurídica, existen 3 grupos focales: mujeres parteras, mujeres promotoras de salud y mujeres jóvenes. Destaco la disposición de ser entrevistada, desde el momento que me conoció. Se realizó la entrevista en su casa el 16 de junio de 2009.
Marcelo Alvarado	Presidente de la OKIL	Es Kichwa y hablante de su idioma, aunque la entrevista la realicé en español. Desde la creación de la OKIL en 2005, ha sido electo presidente por dos periodos. Fue el primer presidente de la organización. Costó conseguir el espacio y tiempo para la entrevista, la cual se realizó en la sede de la OKIL, el 18 de junio de 2009 en horas de la mañana.
José Áviles	Líder del movimiento indígena amazónico	Es Kichwa y hablante de su idioma, aunque la entrevista la realicé en español. Pionero en organizar el movimiento indígena amazónico. Goza de mucho reconocimiento dentro de las organizaciones indígenas. La entrevista la realicé en

		una de las aceras del cantón Loreto en horas de la mañana.
Milton Yumbo	Dirigente de los Promotores y facilitador de salud intercultural en la Dirección Provincial de Salud de Orellana	Tiene trayectoria de más de veinte años de estar trabajando en la promoción de la salud de la región. En la entrevista contó como antes el trabajo era más arduo, pues el “Estado no llegaba a las comunidades más alejadas”, sino que sólo contaba con financiamiento de la organización por federación y el de las ONG. Sin embargo, reconoce que ese trabajo ha rendido sus frutos, pues por una parte, en 2006 adquirió personalidad jurídica la Asociación de Promotores. Por otra parte, actualmente se cuenta con un modelo de salud, que tiene necesariamente que coordinarse entre organización indígenas, ministerio y comunidades. En el que el papel de los promotores es clave, sobre todo si están en las unidades operativas de salud, pues hablan el idioma y así puede ayudar a las personas de las comunidades que llegan atenderse. La entrevista se realizó en la sede de la OKIL, el 9 de febrero de 2010.

Ahora un cuadro en el que se registra los actores entrevistados que trabajan tanto en instituciones públicas como en organizaciones no gubernamentales.

CUADRO 7. ACTORES INSTITUCIONALES

NOMBRE DEL ACTOR	CARGO QUE DESEMPEÑA	OBSERVACIONES
Nancy Tito	Coordinadora de la Subdirección de Salud de Loreto	Es médica. Cuenta con reconocimiento dentro del sector salud de la zona. La entrevista se realizó en su oficina en la sede del Centro de Salud de Loreto, el 1 de junio de 2009.
Alberto Noa	Presidente (e) del Consejo Cantonal de Salud de Loreto	Es auxiliar de enfermería. Ha sido concejal. Tiene reconocimiento dentro del sector salud. Se realizó la entrevista en la sede del Consejo Cantonal de Salud, el 02 de junio de 2009.
Natali López	Coordinadora Técnica de Salud Sexual y Reproductiva de RIOS (Red Internacional de Organiza-	Nació en Quito. Tiene 26 años. Es psicóloga clínica de profesión. Su desempeño es sobre la parte técnica en realizar talleres participativos con las comunidades del cantón más los grupos focales que son: mujeres líderes, parteras, jó-

	ciones de Salud)	venes y promotores de salud. “ <i>Sobre todo hacer un trabajo de capacitación para que ellos sean los que reproduzcan los conocimientos de su propia comunidad</i> ”. ²³¹
David Alvarado	Coordinador Técnico de RIOS	Es antropólogo, de Quito. Tiene experiencia en trabajar en comunidades indígenas de la Amazonia ecuatoriana. Alta receptividad para la entrevista y para acompañar el trabajo de RIOS con la organización indígena, personal de salud y las comunidades. Goza de reconocimiento por parte de la OKIL, personal de salud y de las comunidades indígenas Kichwas. La entrevista la realicé en la casa de RIOS el 17 de junio de 2009.

Por último, un cuadro con las personas entrevistadas del personal de salud.

CUADRO 8. PERSONAL DE SALUD

NOMBRE	PROFESIONISTA DE SALUD	OBSERVACIONES
Yanina Crespo	Obstetriz. Coordinación del área de obstetricia en el Centro de Salud de Loreto	Trabaja hace 8 años en el área. Por su trabajo, se relaciona con las parteras y trabaja de cerca con la OCKIL. Cuenta con el reconocimiento de la comunidad y de otros actores, por su compromiso. La entrevista se realizó el 2 de junio de 2009, en el propio Centro de Salud de Loreto.
Roberto Cedeño	Médico Residente en el Centro de Salud de Loreto	Tiene poco tiempo en el Centro de Salud, pero observa que lo administrativo puede representar inconvenientes para hacer efectiva la atención a la gente del cantón.
Fabián Mendoza	Médico Residente en el Centro de Salud de Loreto	Igual tiene poco tiempo ejerciendo, pero señala que los sueldos son muy bajos (100 dólares) y que eso no estimula para que las y los médicos se trasladan a trabajar a la Amazonía y zonas fronterizas.

²³¹ Entrevista realizada el 16 de junio de 2009 a Natali López, Coordinadora Técnica de Salud Sexual y Reproductiva de RIOS.

4.2. Loreto: cantón de resistencia y de “experiencia modelo” en salud

4.2.1. Loreto un cantón de resistencia Kichwa

*Antes de la llegada de los españoles, el territorio que hoy es el cantón Loreto estuvo habitado por los Quijos, en la actualidad conocidos como Kichwas. Gonzalo Pizarro y Francisco de Orellana cruzaron este territorio cuando descubrieron el río Amazonas, en 1542. En 1563, Andrés Contero fundó la ciudad de Ávila a orillas del río Suno, desde donde el Pende Guami dirigió la rebelión de los Quijos de 1578.*²³²

Finales del siglo XIX la Misión Jesuita inicia proceso de evangelización y también injerencia en la educación. Y entrado el siglo XX la actividad económica era principalmente la explotación del caucho, entonces las haciendas utilizaban a los indígenas como mano de obra.

Es en 1984 cuando se creó la carretera Loreto-Coca y en el reordenamiento trasladaron a los indígenas a las zonas más alejadas y colocaron a los colonos en la cabecera cantonal. En 1987 ocurrió el terremoto en el Reventador que aisló a Loreto y que como ya se dijo la ayuda externa fue clave para salir de la crisis. Y es sólo a partir de 1992 cuando se creó el cantón de Loreto y en 1998 la provincia de Orellana, de la que Loreto pasó a formar parte.²³³

En 2000 inicia la explotación petrolera y el precio del café baja bruscamente. Se vive a nivel nacional un ambiente tenso y gobierna un Concejo de Estado (junta) presidido por Lucio Gutiérrez. Ocurren paros y manifestaciones por mejores vías y mejores condiciones de vida. Se logró entre 2001 y 2002 la construcción de la troncal amazónica (que conecta hasta Quito) y el interconectado del tramo Tena –Loreto-Coca.²³⁴

Es sólo desde el 2003 cuando se elaboró el Primer Plan de Desarrollo Estratégico Cantonal de Loreto iniciándose una tendencia hacia la cultura participativa del cantón. En ese mismo año se construyeron más de 300 líneas telefónicas y es a partir del 2000

²³² Plan de Desarrollo Estratégico Cantonal de Loreto 2009-2019, Gobierno Municipal.

²³³ *Ibidem.*

²³⁴ *Ibidem.*

cuando se realizan trabajos en la vialidad, dando apertura a las comunicaciones entre las comunidades rurales y la cabecera cantonal.²³⁵

Es importante mencionar que en 2006 se emitió la ordenanza que declara a Loreto Cantón Ecológico, pues la comunidad y las organizaciones indígenas allí presentes se pronunciaron en contra de las compañías petroleras. Fue una opinión que dividió al cantón, me dijo Alberto Noa “*por eso somos el cantón más pobre del Ecuador, porque no ha entrado las empresas petroleras. Hay que pensar en una empresa propia que nos permita desarrollarnos. No toda la gente quería esa ordenanza*”.

Pero otras personas de la cabecera cantonal principalmente se mostraron orgullosas que su cantón fuera declarado ecológico, pues no querían para el mismo lo que había ocurrido en otras partes, como Lago Agrio, por ejemplo. Pues, Loreto es una de las ecoregiones de mayor riqueza biológica en el mundo. Y piensan que el ecoturismo es la clave para desarrollarse y aumentar los ingresos.

Acerca de datos sociodemográficos del cantón tenemos que según el Censo del año 2011 la población de Loreto es de 13.462 habitantes. Y la distribución en el cantón se estima que 70,7% son indígenas, 22,7% mestizo, 5,2% blanco y 1,73% otros.²³⁶

Es un cantón cuya prácticamente toda la población reside en el área rural, pues es un 89%, y el resto en el área urbana, principalmente en la cabecera cantonal. La población del área rural es de la nacionalidad Kichwa y campesinos.²³⁷ La población mayoritariamente es joven (58, 2%).²³⁸

a) Economía local

En el cantón la actividad principal es la actividad agropecuaria, más bien de subsistencia, porque los indígenas emplean de 2 a 3 hectáreas de su terreno para producir yuca, plátano, naranja, cacao y café. Al conversar con algunos se quejan de los intermediarios, porque pagan unos precios bajos y luego se enteran que los venden en la cabecera can-

²³⁵ *Ibidem.*

²³⁶ INEC, 2001.

²³⁷ Plan de Desarrollo Estratégico Cantonal de Loreto 2009-2019, Gobierno Municipal.

²³⁸ INEC, 2001.

tonal mucho más elevados. Pero dicen que por las distancias y la falta de transporte no pueden llegar hasta allí.

Hay bajo rendimiento en la producción agropecuaria local, pues los suelos no son muy aptos, tienen deficiencias de algunos nutrientes. Y la caída de los precios del café en el 2000 sí afectó mucho a la economía local. Aunque continúa el café y el cacao siendo los productos de mayor comercio. La caza y la pesca, aún son prácticas que aún continúan realizándose. La artesanía no es muy abundante, es muy escasa y no representa una fuente de ingreso.

Los habitantes creen que el ecoturismo podría representar una fuente de ingresos considerable, pues Loreto se ubica en la región del Sumaco, que es una de las zonas de mayor diversidad biológica del país. *“Esto se debe a la alta variación bioecológica existente y a que es una de las pocas áreas del mundo que reúne en un espacio reducido a una gran variedad de formaciones vegetales o zonas de vida que van desde el páramo andino hasta la llanura amazónica”*.²³⁹

b) Servicios públicos

Loreto, a pesar de su gran y variedad riqueza en biodiversidad,²⁴⁰ pisos altitudinales, en la cuanto a la flora y fauna, hidrografía, es lamentablemente uno de los cantones más pobres del país.²⁴¹ Una de esas manifestaciones viene dada por la falta de servicios básicos. Y como el 89% de la población del cantón vive en áreas rurales, esto se agrava porque no tienen acceso a la mayoría de los servicios. El agua potable y la luz eléctrica son los más demandados.

Es difícil el acceso a los servicios públicos y a los de salud,²⁴² también a los servicios educativos, aunque también éstos resultan insuficiente, pues no hay infraestructura y falta personal (maestras y maestros). Las condiciones de las viviendas en general también son precarias. Aunque en las zonas rurales, son hechas por las propias comunida-

²³⁹ Plan de Desarrollo Estratégico Cantonal de Loreto 2009-2019, Gobierno Municipal. p.17.

²⁴⁰ La totalidad de la extensión cantonal forma parte de la Reserva de Biosfera Sumaco.

²⁴¹ En los indicadores de pobreza se encuentra a nivel del Cantón, los siguientes porcentajes: Pobreza 0, 91%, Pobreza Extrema 0,75% y Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) 94,9%. Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), 2008.

²⁴² Incidencia de enfermedades ligadas a la falta de servicios básicos 62,07%. Plan de Desarrollo Estratégico Cantonal de Loreto 2009-2019, Gobierno Municipal.

des con materiales de la zona, dicen que por las lluvias, se deterioran muy rápido. También señalan que los ingresos son insuficientes.

c) Sistemas de transporte

A pesar que en el año 2000 se construyeron carreteras para incrementar la comunicación entre la cabecera cantonal y el resto de las comunidades, el sistema de transporte continúa siendo insuficiente, sobre todo cuando se trata del fluvial, que es un cantón que debería contar con más transporte de este tipo, por la cantidad de ríos que posee.

Sí se toma en cuenta que la extensión rural superficie total del cantón es de 96,6%, es un dato importante para considerar en la planificación cantonal y dotarse de transportes que puedan cubrir todas las comunidades, pues más de la mayoría de éstas sólo se llega por río y luego es emprender largas caminatas para llegar a las mismas (como mínimo unas dos horas de camino).

Las personas que entrevisté se quejaban mucho de la falta de transporte. Y cuando hay, por tierra, no es público, es privado, por ejemplo, me decían *“es caro, sólo hay taxis que cuestan hasta 15 dólares. Uno no tiene, entonces hay que ponerse en la carretera, a esperar, jalar dedo o aventón, pa’ que lo lleven. Ahí va uno con los guagua²⁴³ y lo que lleve. No hay de otra”*.

4.2.2. La experiencia de salud comunitaria indígena en Loreto

En esta sección se analiza el Modelo²⁴⁴ de Atención de Salud de Loreto, desde las categorías que se examinó la experiencia de salud en el capítulo anterior, sobre la Guajira venezolana. De esta manera, podemos establecer estas categorías como los ejes de análisis para la comparación entre estas dos experiencias de salud en comunidades indígenas, sin olvidar por un momento, que hay determinaciones sociohistóricas distintas presentes en cada caso.

Por otra parte, también es importante insistir que los grupos étnicos, son también disímiles entre sí, y es éste uno de los errores que se sigue cometiendo desde el Estado y sus instituciones que hacen énfasis en la diferencia cultural (ni siquiera éstas en plural) y no

²⁴³ Así se denomina a las y los niños en casi todo el Ecuador.

²⁴⁴ Modelo como un recurso metodológico, bajo la noción que ya se definió aquí.

en las diferencias intraculturales, desde lo cual se sigue considerando lo indígena como un Otro que tiende a la homogeneidad.²⁴⁵

A continuación los ejes de análisis:

1) Disponibilidad, accesibilidad y calidad de la atención en los servicios públicos de salud.

2) Pertinencia cultural: ésta característica se analiza a través de los siguientes indicadores:

- Incorporación y coordinación de agentes de la medicina indígena (médicos tradicionales, sobadores, parteras, o cualquier otro sujeto que en ámbito indígena realice funciones sanitarias) al sistema público de salud oficial.
- Incorporación de conceptos y prácticas culturalmente ubicables sobre los procesos de salud-enfermedad-atención de la nacionalidad Kichwa, que permitan hablar de una adecuación intercultural de los servicios.
- Uso de intérpretes y traductores en la prestación de los servicios públicos de salud y señalización en el idioma kichwa de los carteles del centro de salud.

3) Pluralismo médico: los distintos saberes médicos y formas de atención que están presentes. Si hay un reconocimiento de los mismos o por el contrario, se asume la polarización común entre biomedicina y medicina indígena, como si fueran los únicos saberes médicos presentes en las comunidades.

4) Participación de los indígenas en cuanto a la prestación de los servicios públicos de salud en sus propias comunidades o en algunos de los procesos que comprende el campo de la salud en sus territorios.

Eje 1: Disponibilidad, accesibilidad y calidad de la atención en los servicios públicos de salud

a) Historia del sistema público de salud en Loreto

Antes de la experiencia de salud de Loreto que se analiza, no existía prácticamente nada de servicios públicos de salud. Como ya se ha dicho, Loreto es uno de los cantones más

²⁴⁵ El caso de Ecuador es un ejemplo en este sentido, pues la expresión *Sumak Kawsay* responde a los Kichwas.

pobres del Ecuador, con falta de servicios básicos de casi todos los tipos. Y la salud no representa una excepción. Y la Amazonía ha sido una región con ausencia de la intervención estatal. Además, de tenerse la creencia falsa que los indígenas amazónicos son “salvajes y sucios” y con respecto a los Kichwas las otras nacionalidades los acusan de ser serranos y no amazónicos.²⁴⁶

Entonces, en Loreto antes que se iniciara la experiencia de salud comunitaria indígena existía un único puesto de salud para todo el cantón, no se contaba con médicos y sólo atendía un enfermero y un auxiliar que era Don Alberto Noa (presidente (e) del Consejo Cantonal de Salud), no habían vías, es decir carreteras y la atención se realizaba principalmente por vía fluvial, por los ríos. Dice David, coordinador de RIOS “el Estado ecuatoriano no cubría la Amazonía con salud, los servicios eran deficientes y el personal estaba desmotivado para trabajar fuera de la ciudad”.

Antes no existía el Centro de Salud de Loreto, a ese respecto comenta lo siguiente Don Alberto Noa:

*Yo he sido un trabajador del Ministerio de Salud Pública, desde el año 81 y sí he trabajado solito, sin médico, sin enfermera; luego de haberme preparado en el Ibarra en un curso de un año... soy auxiliar de enfermería. En el año de 1992 estuve yo participando en la política siendo auxiliar me dieron permiso y me dediqué a trabajar, más que todo, por la infraestructura del Centro de Salud porque no había antes. La municipalidad de Asitona nos había dado un localcito, pero no era suficiente y no había como trabajar por la atención de la gente. Más que todo ese ha sido mi trabajo, encaminar los proyectos de estructura en salud en este caso el subcentro de salud”.*²⁴⁷

Ese único puesto de salud, por supuesto que no cubría disponibilidad ni accesibilidad para garantizar el derecho a la salud en la zona. Ya ni hablar de calidad y perspectiva intercultural. Lo que existía antes de la consolidación de la experiencia de salud comunitaria indígena de Loreto hacia lo que deviene, en un modelo replicable para el resto del país, eran las llamadas Brigadas Integrales de Salud (BIS).

²⁴⁶ Cuando se habla con cualquier líder Kichwa enfatiza en este punto, en insistir que son amazónicos y con mucho orgullo de serlo.

²⁴⁷ Entrevista realizada a Alberto Noa, presidente (e) del Consejo Cantonal de Salud de Loreto, el 02 de junio de 2009.

Éstas constituyeron iniciativas de las organizaciones indígenas en coordinación con la dirección provincial del Napo. La propuesta consistía en que las BIS ofrecieran atención médica, odontológica y de vacunación, llevando atención a las comunidades, por río, en especial aquellas más alejadas. Que el médico saliera de su consultorio, cuando éste se encontraba contratado, pues la mayoría de las veces no había.²⁴⁸

b) Enfermedades más frecuentes en Loreto

Las principales enfermedades que se registran en el cantón son: Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) 33.34%, Parasitosis 14,36% y Enfermedad Diarreica Aguda (EDAS) 10,05%;²⁴⁹ enfermedades causadas por el consumo de agua no potable, situación similar a la vivida en la Guajira venezolana (aunque aquí la situación es la falta de agua).

CUADRO 9. DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL CANTÓN

NO.	CAUSAS	%
1	Infección respiratoria aguda	37,66
2	Parasitosis	14,36
3	Enfermedad diarreica aguda	10,05
4	Piodermatitis	5,47
5	Faringo amigdalitis	3,82
6	Infección de vías urinarias	3,69
7	Desnutrición leve	3,20
8	Dermatitis	2,85
9	Trauma (heridas)	1,35
10	Anemia	1,35
	Otras	16,21
	TOTAL	100,00

Fuente: Área de Salud 3- Loreto (2008)

²⁴⁸ Esta información fue triangulada por varios de los actores entrevistados: líder indígena, José Aviles, presidente encargado del Consejo Cantonal de Salud, Don Alberto Noa y el coordinador local de RIOS, David.

²⁴⁹ Área de Salud 3-Loreto.

c) Servicios públicos de salud en la actualidad

En este punto considero interesante hacer el recuento de lo que significó los inicios de la experiencia. Aquí expondré cómo se fue configurando la experiencia de salud comunitaria indígena hasta su consolidación como un modelo de atención, especialmente a nivel local, replicable.

Modelo de Atención de Salud de Loreto

Antecedentes

La reseña que se presenta a continuación confirma que el lamentable terremoto ocurrido en 1987, que dejó incomunicado a Loreto del resto del país, vino a consolidar los procesos de organización de base Kichwa que ocurrían desde mediados del siglo XX y a unificar esfuerzos desde distintos actores.

Las mismas organizaciones indígenas de la región entre sus antecedentes relatan que entre los años de 1958-1960 un misionero de nombre Alejandro Almache comienza a organizar a sindicatos cristianos ligados a la Confederación Ecuatoriana de Organizaciones Sindicales Cristianas (CEDOC).²⁵⁰

Luego en 1969, la Federación Nacional de Organizaciones Campesinas (FENOC), filial de la CEDOC propicia la creación en el mismo año de 1969 la Federación Provincial de Organizaciones Campesinas de Napo (FEPOCAN), la cual en un segundo congreso en 1976 cambia de razón social de FEPOCAN a FOIN (Federación de Organizaciones Indígenas de Napo).

Legalizándose con ese nombre hasta 1984, cuya personalidad jurídica se la concedió el Ministerio de Bienestar Social.²⁵¹ Estos son algunos hechos que visualizan los procesos

²⁵⁰ Documento que me fue otorgado por la OCKIL, intitulado *Proceso Histórico de Organizaciones en la Provincia de Napo*. Sin fecha ni más datos de edición. p.1.

²⁵¹ *Idem*, p.2.

de organización que venían suscitando en la Amazonía, específicamente en los Kichwas del Napo, que están asentados en las provincias de Napo, Orellana y Sucumbíos.²⁵²

También son cambios que guardan relación con las transformaciones que se estaban viviendo a nivel nacional, al mismo tiempo, que muchas fueron impulsadas por el movimiento indígena ecuatoriano. Por ejemplo, en septiembre de 2001 se reforma el estatuto y cambia el nombre a Federación de Organizaciones de la Nacionalidad Kichwa del Napo (FONAKIN), cambio que se comprende porque en 1998 el Ecuador aprobó una nueva constitución.

De manera similar, en diciembre de 2008 en el tercer congreso se cambia nuevamente el nombre y pasa de FONAKIN a Consejo de Organizaciones de la Nacionalidad Kichwa de Napo y Orellana (CONAKINO).²⁵³ Este cambio también puede comprenderse dentro del contexto que implicó una nueva constitución en Ecuador, en el año de 2008, en la que se declara un estado plurinacional.²⁵⁴ Es de resaltar que también se conformó la Confederación de las Nacionalidades Indígenas de la Amazonía Ecuatoriana (COFENIAE), filial de la CONAIE.

Es importante señalar que los procesos de organización respondieron principalmente a la lucha por la “recuperación de sus territorios ancestrales y la titularización de la tierra de sus asociados/as, posteriormente se preocupó de incorporar y fortalecer en sus actividades las áreas de Educación Bilingüe, la Salud y la Producción”.²⁵⁵

Los propios líderes indígenas Kichwa fueron los protagonistas en pro de buscar soluciones y articular propuestas a la situación que padecían, siendo las organizaciones indígenas las gestoras y portavoces ante otros actores e instituciones principalmente las ONGs y de cooperación extranjera, pues además de estar incomunicados, el Estado a través del gobierno nacional y los gobiernos locales no eran de mucho apoyo.

²⁵² Documento que me fue entregado por la OCKIL, que se intitula *Nacionalidad Kichwa de la Amazonía*. No posee datos de edición. Sólo al final dice que es una “Ficha revisada en el Taller Regional de la Amazonía”.

²⁵³ Documento que me fue otorgado por la OCKIL, intitulado *Proceso Histórico de Organizaciones en la Provincia de Napo*. Sin fecha ni más datos de edición. p.2.

²⁵⁴ Artículo 1, Constitución política de Ecuador (2008).

²⁵⁵ Documento que me fue otorgado por la OCKIL, intitulado *Proceso Histórico de Organizaciones en la Provincia de Napo*. Sin fecha ni más datos de edición. p.3.

En este sentido la prestación de servicios de salud se afianzó y se colocó como piedra angular a través de lo que denominaron el “Proyecto de Salud Integral”. En varios documentos que revisé el nombre variaba. Pero, lo que puedo señalar es que lo indígena aparece luego, y lo intercultural mucho después. Este nombre de ‘salud integral’ como un proyecto hace sentido como la imperiosa necesidad que marcaba la realidad, pues los servicios de salud eran casi inexistentes.

Modelo de Atención de Salud Comunitaria que quisieron en la Amazonía

Como esta experiencia de prestar atención en salud a las comunidades devino en modelo de atención, considero que es necesario asumir en esta investigación la definición que propone al respecto Federico Tobar sobre el mismo señalando que es un componente del sistema de salud, que “supone la interacción entre instituciones y población, servicios y comunidad, terapeutas y pacientes, para atender a una población en un territorio definido, según necesidades de salud identificadas”.²⁵⁶

El modelo de atención de Loreto, que como ya dije varía de nombre, uno de los aspectos más destacables es que ha apuntado a constituirse en un modelo de salud integral, con base en la familia y la comunidad, partiendo de un enfoque intercultural. Está organizado en redes y se ejecuta a través de las mismas en el contexto local.

La **Red de Salud Local de Loreto** como es llamada comúnmente fue creada en el año 2001, mediante un convenio tripartito de FONAKIN, la Dirección de Salud de Orellana y el Municipio de Loreto, constituyéndose así la "Red de Servicios de Salud de Loreto", con la finalidad de mejorar las condiciones de salud de la población del cantón Loreto.

Esta Red de Salud Local está conformada por la OCKIL, el Área #3 de Salud Loreto, RIOS y el Consejo Cantonal de Salud de Loreto. De esta manera, convergen los diferentes actores en una misma instancia, que parte del propio contexto local, conociendo las posibilidades y potencialidades presentes y los obstáculos a vencer para lograr una atención integral, pero a su vez diferenciada a toda la población del cantón Loreto.

²⁵⁶ Tobar, Federico (2000). *Herramientas para el análisis del sector salud*. Medicina y sociedad. Vol. 23, N°2. UBA, Buenos Aires.

Es un modelo que prioriza la atención primaria de salud, fortaleciendo así el primer nivel del sistema de salud. En este modelo la atención está diseñada a partir de tres ejes fundamentales, en el que se establecen acciones y planes para cada uno, y que constituye en sí la prestación, que es uno de los componentes de cualquier modelo de atención. Los tres ejes fundamentales son los siguientes:

1.- Racionalización de la Atención Curativa:

- Racionalización de la consulta curativa en las unidades de salud.
- Brigadas Comunitarias de Salud.

2.- Promoción y prevención de la Salud

- Plan de Salud Preventiva
- Mejoramiento alimentario

3.- Fortalecimiento del Sistema de Salud Indígena

- Sistematización del modelo de atención de salud indígena
- Promotores de salud
- Red de parteras comunitarias

Otro componente de un modelo de atención es la gestión. En el caso que analizamos es desconcentrada, descentralizada y participativa. Con énfasis en un manejo adecuado de la calidad de atención. Es descentralizada, en el marco de la Reforma Estructural de Salud en el Ecuador, que dio origen a la creación de un Consejo Nacional, Consejos Provinciales y Consejos Cantonales de Salud.

En Loreto, en el año 2005 es creado el **Consejo Cantonal de Salud de Loreto**, el cual según la Ley del Sistema Nacional de Salud dispone de una Propuesta Local de Salud y se elabora un presupuesto operativo anual con financiamiento de los sectores institucionales, que hacen salud en el cantón. Este Consejo Cantonal está presidido por el Alcalde o su representante legal y la Secretaría Técnica es ejercida por la persona que sea la o el director del Área de Salud, en este caso corresponde al área 3.

Las instituciones que forman parte del Consejo Cantonal de Loreto, que en este caso está presidido por Alberto Noa, se pueden agrupar según: instituciones del Estado, or-

ganizaciones no gubernamentales, organizaciones y colectivos de la sociedad civil y el sector privado. En el siguiente cuadro se muestran los diferentes actores, para una mayor apreciación.

CUADRO 10. CONSEJO CANTONAL DE SALUD DE LORETO

N°	INSTITUCIONES DEL ESTADO	SECTOR PRIVADO	ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES	ORGANIZACIONES DE BASE TERRITORIAL Y CIUDADANIA
1	Municipio de Loreto	Farmacias de Loreto	RIOS-CAREOCKIL	OCKIL
2	Dirección Provincial de Salud		Paz y el Desarrollo	Organizaciones de mujeres Kicwas
3	Seguro Social Campesino		Hombres Católicos	Comité de Usuarías
4	Ministerio del Medio Ambiente		FUSA	Promotores de Salud
5	INNFA		Sandi Yura	Shamanes
6	Área de Salud			Juntas Parroquiales
7	Concejo Provincial de Salud			Trabajadores de la Salud
8	SNEM			

El último componente sería financiamiento. En este modelo se parte de dirigir los gastos con criterios de equidad, solidaridad y eficiencia. Señalan varios de los líderes indígenas entrevistados, que en este componente observan una debilidad, pues no hay diversificación de fondos. Se depende casi exclusivamente del presupuesto de las ONG, principalmente de RIOS. Las organizaciones indígenas no son autónomas en este sentido, afirmaron tanto José Aviles como Marcelo Alvarado y que por lo tanto, es necesario desarrollar proyectos propios.

No obstante, consideran que haber conseguido establecer conjuntamente una misma estrategia de ejecución de las actividades a través de un plan operativo cada año y buscar transparentar los presupuestos institucionales, ha permitido: *“evitar la duplicación de acciones, sumar los recursos de cada actor participante y optimizar los mismos”*.²⁵⁷

²⁵⁷ Presentación en diapositivas realizada por la OCKIL.

Es importante señalar que el Centro de Salud de Loreto, se creó en el 2004. Tiene un área para el parto culturalmente humanizado, pues el Estado en este sentido emitió en 2008 una Normativa del Parto Culturalmente Adecuado, por lo que los centros de salud ubicados en áreas indígenas están obligados a dotarse de una infraestructura acorde con las prácticas que se derivan de este tipo de parto.

En Loreto, el sistema actual es de referencia y contrareferencia, es decir si se complica un paciente y requiere de un hospital de especialidades lo encuentra en Quito. La organización de la prestación de los servicios públicos de salud en Loreto²⁵⁸ es la siguiente, atendiendo de forma ascendente:

DIAGRAMA 4

SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD EN LORETO



Se ofrecen los siguientes servicios médicos (sin entrar en el análisis de la calidad): medicinas, odontología, psicología, obstetricia, parteras, nutrición, trabajo social y enfermería.

Eje 2: Pertinencia cultural

Incorporación y coordinación de agentes de la medicina indígena al sistema público de salud vigente.

En el Centro de Salud de Loreto han logrado que haya un personal médico más permanente: médico general, enfermeras, personal de obstetricia. Es importante que han lo-

²⁵⁸ La diferencia de un puesto de salud, un subcentro de salud y un centro de salud reside en el espacio físico, el número de personal profesional, y el número de población adscrita a su intervención.

grado la incorporación de agentes de la medicina indígena, como serían las parteras. Al respecto, dice Yanina Crespo, coordinadora del área de Obstetricia en el Centro de Salud Loreto:

*Entonces aquí es igualmente se demuestra eso, se demuestra que hay un nexo entre los agentes tradicionales, en este caso las parteras y el personal de salud. El espacio donde más se aplica y se refleja esto de la interculturalidad, obviamente está enfocado a lo del parto, es el boom de ahorita a nivel de país la atención del parto culturalmente adecuada. A raíz de una normativa o de una guía que salió de parte del mismo ministerio para que se modifiquen las condiciones para la atención del parto y poblaciones de indígenas, principalmente, en lo referente a la atención del parto tal cual es la cultura indígena de esa localidad.*²⁵⁹

Igual a lo largo de la entrevista con Yanina Crespo, señala que es clave en todo este proceso, que ella llama de “nexos” que el personal de salud se involucre con la organización indígena. Y en el caso específico de las parteras, ella comenzó involucrándose con la propia organización de las parteras y luego con procesos de capacitación, para fortalecer el propio grupo. *“Tiene los resultados que tenemos ahora, que es este gran involucramiento de las parteras ya dentro del servicio de salud, en el sistema nacional de salud.”*²⁶⁰

La misma Yanina Crespo, comenta que la articulación entre el personal de la unidad operativa de salud y las parteras es reciente, se han visto resultados en el último año, : *“El personal de salud que está en las unidades de salud trabaja con las parteras de su zona a tal punto de que cuando se da un parto o alguna emergencia, la partera acude a la unidad de salud y con el personal atienden el parto en el domicilio”.*²⁶¹

En Ecuador, a diferencia de Venezuela, existe todo un proceso de acreditación formal para las parteras, para validar sus conocimientos y que puedan ingresar como agentes del sistema público nacional de salud. Es una política implementada por el propio Ministerio de Salud Pública, a través de las distintas direcciones provinciales de salud,

²⁵⁹ Entrevista realizada a Yanina Crespo, obstetriz y encargada del área de obstetricia del Centro de Salud de Loreto, el 2 de junio de 2009.

²⁶⁰ *Ibidem.*

²⁶¹ *Ibidem.*

producto de la demanda de este grupo, que cada vez más ha ido consolidándose más y adquiriendo personalidad jurídica bajo la figura de asociaciones.

Por supuesto, que esa articulación que señala Yanina Crespo, es un proceso que considero ha dado pasos interesantes, a reconocer con respeto los conocimientos de las partes. Sin embargo, al hablar con algunas de ellas, me expresaron que los médicos y el personal obstetriz las vean ahora, sin duda con más respeto, pero que las siguen considerando menos que ellos.

Incorporación de conceptos y prácticas culturalmente ubicables sobre los procesos de salud-enfermedad-atención de la nacionalidad Kichwa, que permitan hablar de una adecuación intercultural de los servicios.

Para los Kichwas, y como para prácticamente cualquier sistema médico indígena la enfermedad no sólo puede ser explicada por una alteración en la esfera de lo orgánico. Los Kichwas de Loreto para referirse a la enfermedad del tipo que sea, la llaman “*ungui*” y la conciben “*como resultado del rompimiento de normas, por comportamiento inapropiado, por acción de la naturaleza, por premonición en los sueños, o por contacto o contagio con los blancos*”.²⁶² Conversando con algunas personas en las comunidades y en la cabecera cantonal, me comentaron que casi todas las enfermedades son producidas por fuerzas sobrenaturales y en parte también por conflictos entre las personas de las propias comunidades.

Según los Kichwas hay dos tipos de categorías de enfermedades:²⁶³

- 1) Las que tienen que ver con aspectos sobrenaturales y pueden originarse por la acción de agentes humanos (puede ser chamanes) o no humanos (espíritus). Requiere de la intervención de especialistas y terapias.
- 2) Las que son provocadas por fuerzas y agentes naturales, que son desequilibrios y perturbaciones del cuerpo y la personalidad. Aquí el agente que cura puede ser cualquier persona mayor con un nivel de conocimiento.

²⁶² Albán, Amilcar (2008). Sistema de salud de la población *kichwa* de la Amazonía ecuatoriana. El Caso de los *kichwa* de Napo o Naporunas. Ponencia presentada en el Primer Congreso de Salud Intercultural en Ecuador, junio 2008. Coca, Orellana. p.63.

²⁶³ *Idem.* p.64.

Dentro de estas dos categorías, existe una tipología de enfermedades, como son las enfermedades naturales, enfermedades subchamánicas-semisobrenaturales y enfermedades chamánicas- sobrenaturales. Entre las primeras y las segundas, la línea de separación es muy tenue, sólo si persisten los síntomas la familia diagnóstica que la enfermedad es procedente del chamanismo.

Las primeras entrarían dentro del rango que son curadas a través del sistema de auto-atención, extendiéndose no sólo al sujeto que padece sino a la familia, son aquellas que se producen por “*alimentación inadecuada, abuso de esfuerzo físico, contagio, padecimientos de las mujeres en etapas críticas*”.²⁶⁴

En cuanto a las enfermedades subchamánicas o semisobrenaturales se denominan así debido “*a que sus terapias se realizan en pleno estado de vigilia y su causa no discrimina la intervención de los sobrenatural*”.²⁶⁵ Para curar estas dolencias están los *pajuyucs*,²⁶⁶ que son los especialistas en el manejo de plantas medicinales y otras sustancias para curar, que se hicieron acreedores de este don “*paju*” (fuerza, poder y secreto) a través de un ritual específico.

Dentro de este tipo de enfermedades, están dolencias como la *Amarun Ahuas paju* (dolencia de la piel, pues se topó accidentalmente una *amarun boa shamaniada*), *Huaira pichana paju* (causada por transitar un lugar inadecuado, debilidad general, vómito y diarrea), *Tuksi paju* (ocasionada por un chamán y es un dolor interno punzante y ardor),²⁶⁷ entre otras.

Las enfermedades chamánicas o sobrenaturales se desarrollan bajo la creencia que las “*desgracias, males y enfermedades surgen de relaciones negativas con la misma gente de la comunidad o entre comunidades vecinas*” y también de “*cerros, lagunas, pantanos, ríos, selva y espíritus*”.²⁶⁸ Es por ello, que para procurar la sanación se necesitan terapias holísticas que tomen en cuenta su cosmovisión, y se requieren de *yachac* (cha-

²⁶⁴ *Ibidem.*

²⁶⁵ *Idem.* p.66.

²⁶⁶ También están los *yachakunas* que son personas comunes, que no pertenecen al ámbito médico, pero que pueden poseer *paju* y lo emplean por ejemplo en la siembra, en la pesca y en la cacería. Albán, Amilcar (2008). *Op cit.* p.66.

²⁶⁷ *Idem.* p.65.

²⁶⁸ *Idem.* p.66.

manes) para implementarlas y éstos tienen un nivel de jerarquía (*tzalamanga, bancu, yachac, sagra*).²⁶⁹

Entonces lo que se busca en la curación de este tipo de enfermedades es “*restablecer el equilibrio perdido, por la persona enferma entre fuerzas naturales (su propio cuerpo), sobrenaturales (los espíritus y potencias sobrenaturales) y sociales (relaciones negativas con la gente), en tal sentido, el restablecimiento o la no pérdida de este equilibrio es la base en la que se asienta el concepto de salud kichwa*”.²⁷⁰

De esta manera, se llega al concepto de salud que en la nacionalidad Kichwa es traducido como el *alli kausai*, que significa “buen vivir”. Entonces la salud es un bien (*alli*) que es necesario para mantener el equilibrio en los niveles naturales, materiales y espirituales. El *alli kausai* significa según lo que platiqué con algunas personas en las comunidades: “*estar bien consigo mismo y con la familia y la comunidad, con la naturaleza, y trabajar con ánimo para ayudar a los otros, sin envidias, sin malas intenciones, donde todos podemos tener lo necesario para vivir bien, dignamente*”.

Atendiendo a estas categorías y el uso de plantas medicinales, es que se ha trabajado impulsado por las propias organizaciones indígenas en el sentido de recolectar, ordenar y sistematizar estos conocimientos y experiencias, a través de encuentros, talleres y consultas por más de una década a más de doscientos expertos de la medicina indígena de las provincias de Napo, Orellana y Sucumbíos.²⁷¹

Todo esto con la finalidad que pueda ser usado por los promotores de salud y otros agentes de salud, así como también por los prestadores del sistema público nacional de salud, tomando en cuenta que para las familias y comunidades Kichwas fue en muchos momentos su único saber y forma de afrontar sus dolencias o enfermedades. Además, de la confianza en el valor terapéutico.

Es por ello que cada familia Kichwa de la Amazonía, conserva en sus chacras aquellas plantas medicinales que le permitan curar las dolencias más comunes. De la necesidad que exista una adecuación y pertinencia cultural de los servicios públicos de salud que

²⁶⁹ *Ibidem.*

²⁷⁰ *Idem.* p.67.

²⁷¹ Manual de Plantas Medicinales y Baños de Vapor de los Kichwas de la Amazonía Ecuatoriana. Edición a cargo de FONAKIN, FONAKISE y RIOS.

se prestan en la región, y así como en el Modelo de Atención que se viene analizando, se derivó del proceso sistemático de clasificación de las plantas medicinales y sus usos, el *Manual de Plantas Medicinales y Baños de Vapor de los Kichwas de la Amazonía Ecuatoriana*, que contiene información de 96 plantas y sustancias curativas, 13 baños de vapor y 29 tratamientos.

Uso de intérpretes y traductores en la prestación de los servicios públicos de salud y señalización en el idioma kichwa de los carteles del centro de salud.

En el Centro de Salud Loreto efectivamente existe una señalización en los carteles de cada servicio que se presta allí, en el idioma Kichwa. Sin embargo, la información más detallada en carteleras sobre informaciones más específicas, y otras campañas de salud que se emprenden en el cantón, las encontré sólo escritas en el idioma español.

De igual manera, supongo, según lo que observé, que las personas y familias que llegan para ser atendidas en el Centro de Salud de Loreto, hablan los dos idiomas. O al menos, el idioma español lo comprenden. Esto pudiera ser consecuencia que estos sujetos, al tener un mayor acceso a las escuelas, que el resto de las comunidades más alejadas de la cabecera cantonal, aprenden el idioma español, y lo utilizan para comunicarse con los colonos y mestizos.

Entonces, como tal no existen traductores ni intérpretes como veíamos en el caso venezolano, con los facilitadores interculturales bilingües, aunque éstos estaban ubicados en el segundo nivel de atención, en el hospital. Aquí, en este caso, en el Loreto nos referimos al primer nivel de atención, como en el caso de la Alta Guajira. En este sentido, no hay una figura como tal, no obstante están los **Promotores de Salud**, que son los que realizan los enlaces entre los miembros de la propia comunidad y las unidades operativas de salud.

Los Promotores de Salud son jóvenes indígenas, que hablan su idioma kichwa, y que viven en la propia comunidad, que los postula, sirven de enlace entre los servicios que ofrecen las unidades operativas de salud y las personas y familias de la comunidad que lo requieran y demanden. Pero su labor es principalmente de promoción de la salud, con énfasis en la prevención.

Al entrevistar a Milton Jumbo, presidente de la Asociación de Promotores de Loreto, quien tiene más de 12 años de experiencia como promotor, reitera que el papel de los promotores de salud es fundamental e imprescindible, sobre todo en las unidades operativas de salud, que vendrían a ser los puestos de salud y hasta los subcentros. Sin embargo, se presenta las mismas limitaciones que en el caso de la Alta Guajira, que al estar la Defensora de Salud todo el día en el Consultorio Popular, esto le impide realizar funciones propiamente de promoción de la salud y se restringe al ámbito curativo propiamente, aunque resulte útil su trabajo.

Para Milton Jumbo, *“es un gran logro haber conseguido la personalidad jurídica de la Asociación de Promotores de Loreto, que está claro en coordinación con la OCKIL, pues dentro del modelo son actores claves, para facilitar la interculturalidad en salud. Hay un promotor de salud por cada comunidad, por las que están afiliadas a la organización”*.²⁷²

Concluye diciendo que tienen una radio comunitaria, mediante la que hacían la convocatoria a las respectivas comunidades de los diferentes talleres, cursos e informaciones pertinentes a salud, pero que cada vez más ha caído en desuso, por parte de los nuevos promotores de salud, que son muy jóvenes y a veces no están tan interesados en estos procesos. Le pregunté si recibían algún salario o bonificación y me respondió que sí, aunque es reciente. La OCKIL les paga un bono a cada promotor.

Eje 3: Pluralismo Médico

En la experiencia de salud de Loreto, promovida y diseñada por los propias organizaciones indígenas, cuyo Modelo de Atención se consolidó, por los resultados favorables en cuanto al aumento de la cobertura y el acceso a los servicios públicos de salud en el cantón, es decir en un contexto local, siendo viable la propuesta, principalmente porque contempló el sistema médico o el saber médico indígena. Tomando en cuenta que en el cantón más del 70% son de nacionalidad Kicwaha.

Según las crónicas, los Kichwas llamados antes Quijos, eran grandes herbolarios. *“Quijos eran grandes agoreros y célebres por sus hechizos... Eran grandes herbolarios, –e*

²⁷² Entrevista realizada a Milton Jumbo, Presidente de la Asociación de Promotores de Salud de Loreto, el 09 de febrero de 2010.

*habían curado de algunas pasiones a los españoles con sus yerbas–, pero las virtudes medicinales de sus plantas las guardaban en secreto y nada de esto ni de ninguna otra maravilla de sus país revelaban a los blancos”.*²⁷³ Sin embargo, ante las nuevas enfermedades y epidemias que fueron apareciendo como la viruela, sarampión, difteria, paperas, malaria, y fiebre amarilla, sus dioses y pendes (brujos) ya no pudieron resolver, pues sus saberes y formas ya quedaban limitados.²⁷⁴

Ellos llamaron a este tipo de alteraciones e infecciones, “enfermedades de los blancos” o “enfermedades de Dios”, que “no se podían curar con sus medicinas, ni con sus curanderos”.²⁷⁵ Entonces, ante la limitación de los saberes y formas de atención de ellos, los que se veían afectados por estas enfermedades huían más al fondo de la selva, a refugiarse, pero esta acción empeoró la situación, porque se propagaban más las enfermedades.

Por otro lado, la misión Jesuita estuvo presente en Loreto un tiempo considerable, a través de una misión de tipo regional y crearon escuelas, como ya he señalado. Aunque luego vieron su acción amenazada, porque los indígenas se sublevaron contra la acción de los curas, no cabe duda que esto influiría en la forma de curar y atender ciertas enfermedades, pues no hay que olvidar que la religión puede constituir un saber médico o sistema.

Tiempo después se instaló en la región la orden misionera Josefina. No pude entrevistar a ningún representante de esta orden en el cantón. Las organizaciones indígenas, el personal de salud, las ONG, indígenas kichwas de la cabecera cantonal y otros de comunidades alejadas, no hicieron mención a esta orden. Entonces, deduzco que no han ejercido una influencia destacable en Loreto.

Es que en la mayoría de las oportunidades, pasa que cuando uno llega alguna localidad sea indígena o no, donde inmediatamente se percibe la religiosidad muy marcada, que casi siempre viene dada por la presencia de algún grupo de la iglesia protestante. Aun-

²⁷³ Rumazo, 1946 Citado por Albán, Amilcar (2008). *Op cit.*, p.57.

²⁷⁴ Albán, Amilcar (2008). Sistema de salud de la población *kichwa* de la Amazonía ecuatoriana. El Caso de los *kichwa* de Napo o Naporunas. Ponencia presentada en el Primer Congreso de Salud Intercultural en Ecuador, junio 2008. Coca, Orellana.

²⁷⁵ *Idem.* p.57.

que existe en el cantón una ONG que también colabora con financiamiento a la OCKIL, que se llama Hombres Católicos de Austria.

En Loreto, coexisten y se complementan los dos sistemas médicos: el sistema médico indígena y el sistema biomédico (occidental). Esto no quiere decir que no existe conflictividad. Por el contrario, asumiendo la misma es que se partió de este principio dual para crear el Modelo de Atención de Salud de Loreto, los dos sistemas médicos son igual de importantes para mejorar las necesidades de salud de la población del cantón.

Uno de los ejes fundamentales del Modelo de Atención de Loreto es fortalecer el sistema médico y de salud indígena de la nacionalidad Kichwa, porque la mayoría de las personas, familias y comunidades siguen empelando su medicina indígena. Es por ello, que en parte el éxito y la viabilidad del modelo recae en este eje, y en el otro, sin duda, es en la atención bajo el sistema biomédico, y esto se evidencia en la demanda de la OCKIL y de RIOS en el incremento de más personal médico.

La propuesta central de dicho modelo es acercar los servicios públicos médicos a la comunidad. No están peleados con estas nociones ni con este saber médico y formas, aunque sí el énfasis no está tanto en lo curativo, sino más bien en la prevención y en la salud primaria. Hay cierta crítica a la medicalización, pero ésta no se basa tanto en criticar el sistema biomédico, sino más bien en hacerlo accesible.

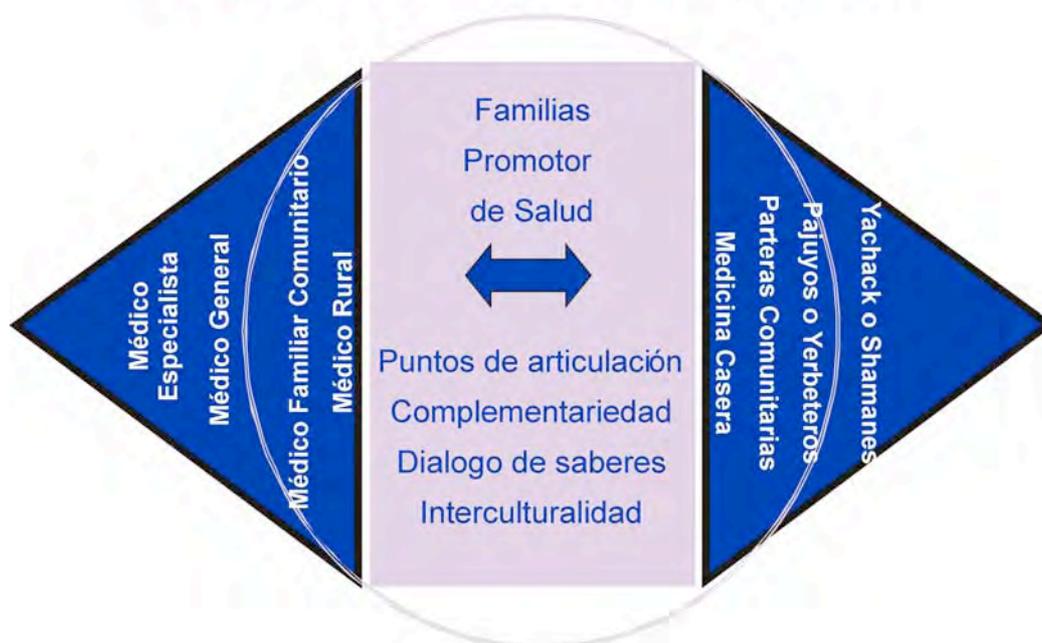
El coordinador nacional de RIOS, Amilcar Albán señaló en una oportunidad que *“la interculturalidad va más allá de incorporar chamanes en los centros de salud y hospitales. El énfasis es y debe ser en la salud primaria. El problema es de salud pública. En el marco de ella, es reforzar la prevención”*.²⁷⁶

Es por ello, que el pluralismo médico va en este sentido, en la presencia de los dos sistemas médicos, articulados y complementándose, sin dejar de lado los conflictos y las relaciones de hegemonía/subalternidad que pudieran seguir presentándose en determinadas situaciones, como es frecuente en la relación médico-paciente. No obstante, insisto en que en este caso han hecho viable esta articulación y en parte es una de las fortalezas del propio modelo.

²⁷⁶ Platicando en una cena, reunida con él y David Alvarado, coordinador local de RIOS, en Loreto, 2010.

DIAGRAMA 5

AGENTES DE LOS DISTINTOS SISTEMAS MÉDICOS



Eje 4: Participación de la comunidad y otros actores

La viabilidad y consolidación de esta experiencia a nivel local y que resultara replicable para el resto del país, considero que en gran parte es por la articulación entre Organizaciones Indígenas y Estado (distintos niveles), y el apoyo técnico y financiero de las ONG. Es por ello, que en este punto voy a referirme a estos tres actores, ya que el engranaje entre los mismos, ha hecho posible que a tantos años esta experiencia continúe, aún con sus limitaciones, aunque el proceso intenta estar liderado por la organización indígena.

Realizando un mapeo de los actores involucrados, que ya algunos han sido descritos a lo largo del texto, en los ejes que precedieron a éste, luego del trabajo de campo puedo señalar que la participación de la comunidad y familias está muy circunscrita a la pertenencia o no de la OCKIL.

Por ejemplo, solamente pueden participar en la planificación que se realiza en la sede de la OCKIL, para las acciones y talleres en salud al inicio de cada mes, aquellas comuni-

dades de base de la organización local. Las que no son comunidades de base no son consideradas en la planificación.

DIAGRAMA 6



Comunidad

Las comunidades participan a través de las asambleas de salud y comités de salud. Sin embargo, estos mecanismos de participación en salud no los observé muy activos y con una acción influyente en el proceso de planificación y contraloría en cuanto a los procesos para emprender respuestas sociales organizadas en la disponibilidad y el acceso a los servicios públicos de salud y a recibir una atención médica de calidad y digna.

Visité en el año 2010 con el coordinador local de la OCKIL, Jaime Chiguangua, un Subcentro llamado “Jorge Grefa”. Un subcentro está integrado por varias comunidades. En este caso, pertenecía a la Comuna Amazónica, que según Jaime Chiguangua, fue la primera comuna de la Amazonía.

Para llegar a este subcentro desde Loreto (cabecera cantonal) es 40 minutos de camino en un transporte rústico, luego se debe cruzar el río Guataraco en canoa, y después se hace como 10 minutos caminando por una zona empantanada y un poco difícil de transitar, especialmente para quienes no son del lugar. En este subcentro había una asamblea. Hablaron en su idioma. Repartieron chicha de yuca.

La asamblea era para discutir si este subcentro debía empezar gestiones para afiliarse a la OCKIL. En una oportunidad pertenecieron, pero no se sabe por qué se salieron, o al menos en una visita no pude conocer las razones. Jaime Chiguangua, me comentó que tenía aproximadamente como 10 años sin visitar estas comunidades.

Aproveché y pude contactar al promotor de salud del subcentro. No me dijo su nombre, pero me comentó que tenía 4 años siendo promotor, y que no seguía lineamientos ni la metodología de la OCKIL. Más bien, de la Asociación de Promotores de Salud Napurunas (es decir, de la provincia del Napo). Y que igualmente hace tiempo no recibían talleres de ningún tipo.

También me comentó que no contaban con una unidad médica o dispensario cercano. Lo más cercano para ellos, era el Centro de Salud de Loreto, que caminando estaba a 4 horas. Por lo tanto, *“la comunidad se cura sola”*. *“Para eso tenemos la medicina natural”*. *“Las mujeres embarazadas, en el momento del parto, son atendidas por sus propias mamás, en sus casas. Así ocurre en la mayoría de los casos. Casi no salimos, por eso, por lo lejos y no tenemos transporte”*.

Así continuó y terminó diciendo “el dispensario lo construyeron hace años y nunca se usó. No había médicos. Nunca los hubo”. A esto Jaime Chiguangua dijo: “itinerantes venían algunos médicos”.

Este ejemplo de la visita a este subcentro evidencia lo que señalo acerca de las comunidades que no pertenecen o están afiliadas a la OCKIL, no son consideradas o tomadas en cuenta, para participar tanto de la planificación mensual, así como de ser receptoras de los programas, talleres y brigadas médicas-odontológicas y vacunación, para hacer efectivo el acceso a los servicios públicos de salud. Es por ello, que digo que aquí se desdibuja la acción y autonomía de las comunidades para diluirse bajo el ropaje de la organización indígena, por más local que ésta sea.

Organizaciones de Comunidades Kichwas de Loreto (OCKIL)

Es un modelo en el que siempre es de resaltar que es resultado de una experiencia desde las propias bases de las organizaciones indígenas y son ellas mismas las impulsoras y hasta la actualidad quienes coordinan todo lo relacionado con la prestación de los servi-

cios de salud en las comunidades indígenas Kichwas del cantón, aquellas que están afiliadas a la OCKIL.

Al entrevistar a Marcelo Alvarado, primer presidente de la OCKIL y reelecto, señala que la organización se constituyó legalmente en mayo de 2005 y desde entonces entre sus objetivos principales está el de *“fortalecer la organización desde las comunidades base”*.²⁷⁷

Señala que a raíz de la división político-territorial administrativa, al crearse la provincia de Orellana, vieron la necesidad de crear una organización de segundo grado, pues las comunidades cuando se dirigían a la organización de entonces, les decían, que ya no pertenecían a esa provincia. La OCKIL tiene su autonomía, pero que a su vez sigue siendo base filial de lo que derivó FONAKIN, es decir ahora CONAKINO.

Marcelo Alvarado al preguntarle sobre las áreas de trabajo de la OCKIL, respondió lo siguiente:

*Nosotros trabajamos el tema organizativo, el tema de salud, el tema educativo, de educación, en el tema de tierras y catástrofes y en el tema, sobre todo el tema de equidad de género, que ha sido una de las cosas importantes, en ese sentido, para trabajar en estos temas o proyectos, hemos armado grupos focales, por ejemplo hay una organización fuerte de educación, de un grupo de mujeres, hay una asociación de promotores de salud que están trabajando, igualmente hay un grupo de parteras que ahora están trabajando, ahora están tratando de educar a los jóvenes que son las comunidades bases y que estos a su vez vayan teniendo dentro de la organización sus pequeñas autonomías para que fortalezcan sus acciones.*²⁷⁸

Salud es un tema central en el trabajo de la organización, es un proyecto que recibe el nombre de Salud Integral. Con una perspectiva desde la salud familiar y comunitaria. Él encargado de este proyecto dentro de la OCKIL es Jaime Chiguangua, coordinador local de la organización. Comentó que dentro de este proyecto existen tres componentes: *“el primer componente que es la lucha contra las enfermedades infecciosas, el otro es el*

²⁷⁷ Entrevista realizada el 18 de junio de 2009, en la sede de la OCKIL.

²⁷⁸ *Ibidem.*

*sistema de salud comunitario, que son las brigadas integrales médicas y odontológicas y el tercero que es el componente organizativo”.*²⁷⁹

El primer y segundo componente los coordina RIOS con el apoyo de los grupos focales, por ejemplo en el primero dos mujeres de la Asociación Mujeres Líderes. El tercer componente es el que asume él, en este caso, el coordinador local. En este componente lo que se hace es “*coordinar y también socializar a las comunidades todas las actividades que se ejecuten en el proyecto, los tres componentes se presenta a cada tres meses hacia las comunidades, se les informa de las actividades a cumplir y también se planifica con las comunidades que actividades se van a realizar durante los tres meses*”.²⁸⁰

En el trabajo de campo no tuve oportunidad de asistir a reunión del tipo, que se refiere Jaime Chiguangua, es decir, con los representantes de las comunidades, para informar sobre las actividades y hacer la planificación nueva, y la rendición de cuentas. Trabajan con las comunidades que están afiliadas a la OCKIL. Marcelo Alvarado señaló que empezaron con 22 comunidades y en el momento que le realicé la entrevista ya había aumentado el número a 32 comunidades. Y que el sueño era todo el cantón, las 82 comunidades.²⁸¹

Considero que realmente el componente organizativo del proyecto de Salud Integral como en el resto de la organización es fundamental, por las reuniones que estuve presente. Marcelo Alvarado habla de “*empoderar a las comunidades*” y Jaime Chiguangua, es un líder de larga trayectoria, ambos coinciden en fortalecer la organización desde las comunidades base. Por ello, la necesidad que se constituyeran con personalidad jurídica los grupos focales, para que tengan autonomía y gestionen sus propios proyectos y recursos.

Red Internacional de Organizaciones de Salud (RIOS)

Anteriormente RIOS era la Cruz Roja Suiza. Desde que ocurrió el terremoto en 1987 acompañó a las organizaciones indígenas a través de recursos económicos, pero también en la parte técnica, el proyecto de Salud Integral, que consistía principalmente en llevar

²⁷⁹ Entrevista realizada el 16 de junio de 2009, en la sede de la OCKIL.

²⁸⁰ *Ibidem.*

²⁸¹ No hay consenso en el número total de comunidades que conforman el cantón. Pues, en documentos oficiales hablan de 77 comunidades y entre los representantes de la OCKIL y el propio RIOS existen discrepancias en cuanto al número.

servicios y atención médica a las comunidades del cantón. Construir infraestructura, es decir, ir conformando la creación de un modelo de salud para la Amazonía.

Cabe mencionar que ante el vacío dejado por el Estado en los distintos niveles, en la Amazonía ecuatoriana es muy marcada la presencia e influencia de organizaciones no gubernamentales. En este caso, las provenientes de Austria y Suiza. Así se encuentran: Cruz Roja Suiza, Hombres Católicos de Austria y Horizonte Tres Mil, también de Austria. Éstas son las más representativas dentro del cantón.

La Cruz Roja Suiza se convirtió en RIOS, cuando la Cruz Roja Ecuatoriana exigía que debía manejar directamente los recursos y luego distribuirlos para la ejecución de los proyectos. *“La metodología y estrategia implementada por RIOS consiste en responsabilizar a las organizaciones indígenas de: planificar, ejecutar, administrar, evaluar e informar; la coordinación con el sector salud de Estado: Ministerio de Salud, Direcciones Provinciales, Alcaldías y la coordinación con otras ONGs”*.²⁸²

Amilcar Albán, coordinador nacional de RIOS es una persona que cuenta con alto reconocimiento en la Amazonía y en todo lo relacionado a la salud. Es uno de los pioneros en trabajar con el movimiento indígena amazónico en cuestiones organizativas y de apoderamiento de las comunidades. Convencido que la interculturalidad debe ir de la mano de asegurar el acceso a una atención primaria en salud de calidad en la Amazonía. Para él, el componente organizativo es uno de los importantes dentro de RIOS, que trata sobre fortalecer la organización indígena.

David Alvarado, coordinador local de RIOS, juntamente con Natali López, coordinadora técnica de Salud Sexual y Reproductiva de RIOS, son un personal joven, que gozan de respeto y credibilidad en el cantón, ya sea por la propia organización indígena, por la Red de Salud Local (de la cual forman parte), por la dirección provincial de salud, por los líderes y por las personas que pude platicar en la cabecera cantonal.

DIAGRAMA 7

²⁸² Informe Anual de Gestión de Ríos 2008.



A manera de conclusión de la experiencia de salud comunitaria indígena e intercultural del caso de Loreto.

Como ya se ha dicho en el desarrollo del capítulo, la experiencia de salud emprendida por las organizaciones indígenas de la Amazonía ecuatoriana, devino en la constitución y consolidación de un Modelo de Atención de Salud de Loreto, que abarca la realidad local, con perspectiva intercultural, y con base familiar y comunitaria.

De este ‘modelo’ se partió para sistematizar tal experiencia y convertirla en materia de una política pública en salud y resultó coherente con las transformaciones que se venían planificando desde el Estado. De esta manera, en el marco de la reforma estructural de salud, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en aras de profundizar la “revolución en salud”, en la cual “la salud ya es de todos”, propuso basado en el modelo de Loreto, el Modelo de Atención Integral de Salud, con enfoque familiar y comunitario e intercultural, llamado MAIS.

Al mismo tiempo que formulaba un nuevo modelo de gestión (descentralización a través de la creación de un Consejo Nacional, Consejos Provinciales y Consejos Cantonales en Salud) y bajo un nueva organización territorial (en distritos que vendrían a ser

cada cantón o conjunto de varios cantones y delimitación más clara de las áreas de salud) planteó el MAIS como un modelo obligatorio para cada realidad local, en el cual la salud comunitaria tiene un enfoque central.²⁸³

De la misma manera, que la perspectiva de la interculturalidad en salud es central en estos MAIS, que se relaciona más con una *interculturalidad crítica*, cuyo enfoque en cuanto a la salud es más integral, abarca el acceso y calidad, y no se limita en la “folclorización” de los servicios públicos de salud. Por el contrario, el Modelo de Atención de Loreto se planteó desde el inicio como un proyecto de salud integral, que si un componente es el de fortalecer el su saber médico indígena, pero sobre todo, crear la infraestructura, así fuera itinerante, para llevar atención médica a las comunidades.

Este modelo logró incidir gracias al fortalecimiento de la organización indígena, que luego se organizó de manera local, para estar más cerca de la realidad de las comunidades que conforman el cantón. Aunque algunas de éstas se quejan que los líderes de la organización a veces olvidan a quienes los eligieron.

Sin embargo, sin justificar al liderazgo indígena en la Amazonía, considero que la situación geográfica del cantón es complicada y difícil y representa todo un reto a vencer para acompañar los procesos de las comunidades y estar en una permanente comunicación con las mismas. Y por supuesto, garantizar un acceso más frecuente (lo ideal sería permanente) a los servicios públicos de salud.

El éxito, si así pudiera llamarse, del modelo implementado también consiste en el incremento de la cobertura y lograr el acceso a los servicios públicos de salud en gran parte del cantón, con la incorporación de la perspectiva intercultural a través del fortalecimiento de salud indígena, pese a las limitaciones que se puedan señalar y que muchos de los actores entrevistados apuntaron. Retos que aún queda superar y que exigen cada vez más un compromiso de todos los que hacen vida en el cantón.

La presencia y actuación de variados actores en el Modelo de Atención de Salud de Loreto, es de resaltar, pues en el mismo convergen actores de distinta naturaleza y afirmar que la articulación de los mismos, constituye una de las fortalezas del propio modelo y

²⁸³ Esta es la propuesta del Ministerio de Salud Pública de Ecuador en 2012.

de lo que derivó en un trabajo en red. La creación de la Red de Salud Local, supone una de las fortalezas y conquistas del actual modelo de atención.

Esta es una red de servicios adecuada a la realidad local para abordar los problemas de accesibilidad y coordinación. De esta manera evitar duplicidad de actividades y racionalizar los recursos y el personal médico. En esta red están convergen: Estado (distintas instituciones)-Organización Indígena (y otras organizaciones de la sociedad y colectivos)-ONG.

Al analizar este modelo, considerando las inclemencias que impone la selva, el olvido del Estado, la alta presencia de ONG, la falta de credibilidad en la que cayó en los últimos años el movimiento indígena, surge la interrogante acerca de este Modelo de Atención en Salud de Loreto, familiar y comunitario e intercultural, ¿en qué se distingue básicamente de otros modelos de salud del resto del país?

Al respecto, responde Nancy Tito, coordinadora de la Subdirección del área de Salud de Loreto *lo empezamos a desarrollar con la organización, nosotros lo iniciamos con la gente, más no fue que nos impusieron y nos dijeron bueno, el modelo va a sí, tienen que hacerlo así, sino que el modelo nosotros ya lo veníamos trabajando y lo que hicimos fue como reajustarlo un poquito a lo que ya nos venían, a lo que ahora es el nuevo modelo bajo los objetivos y todo eso, nosotros trabajamos más con la organización OCKIL, que es la que más nos ha ayudado.*²⁸⁴

Corroborando lo que comentó Nancy Tito, expresó Yanina Crespo, obstetriz y encargada del área de obstetricia del Centro de Salud de Loreto, lo siguiente:

...esto es un trabajo que se desempeña con sus raíces en la organización, no sólo este trabajo de las parteras, sino todo este trabajo del sistema de salud de Loreto, porque así lo llamamos, se trabaja con ese enfoque intercultural, con ese enfoque comunitario, con ese enfoque familiar y ahora con ese enfoque integral que tiene el actual modelo de salud. Entonces, no es que recién, no es porque el ministerio esté implementando, ya mucho estaba dicho, este es un modelo que se ha tenido ya hace varios años junto con otros han sido tomados en cuenta para una, podría decir, para aportan a ésta actual

²⁸⁴ Entrevista realizada a Nancy Tito, coordinadora de la Subdirección del área de Salud, el 1 de junio de 2009.

*política de estado que importa o que implica o que quiere aplicar el ministerio de salud”.*²⁸⁵

Alberto Noa, presidente (e) del Consejo Cantonal de Salud de Loreto comentó:

Hoy tenemos implementado y ha sido un modelo acá el trabajo que se ha realizado desde hace años atrás, que el mismo gobierno nos ha recibido este tipo de trabajo, lo que se ha implementado y por último ya tenemos aprobado, y está dentro de la constitución vigente que el modelo de acá.

Fortalezas del Modelo:

- Énfasis en el poder organizativo de la nacionalidad Kichwa.
- Posibilidad de acuerdo entre los distintos actores involucrados.
- Continuidad y permanencia del personal de salud. Anteriormente el personal de salud era sólo el que venía a realizar su rural. Es decir, que el último año de tu formación universitaria es en donde prestas tus servicios en las instituciones del Estado, lo que dura un año: “o sea no había una estabilidad de personal y no se podía dar continuidad a los procesos iniciados, proyectos, enfoques de interculturalidad, brigadas, etcétera”.²⁸⁶
- Participación de representantes indígenas en poderes locales.

Limitaciones del Modelo:

- Problemas con el idioma kichwa, que el personal de salud debe hablarlo o al menos comprenderlo. Y no sólo el personal de salud, sino todos los que estén viviendo allí y trabajando en el proyecto. Así comentó David Alvarado, agregando que “es necesario incorporar talleres o asignaturas en los pensum de estudio de medicina”.
- Dirigentes indígenas asumen muchas responsabilidades y compromisos y se debe priorizar, así señaló David Alvarado.
- Tendencia a la división de las organizaciones indígenas kichwas.
- No cuenta con un financiamiento propio, depende de las ONG para los proyectos.
- Ausencia de mecanismos de autofinanciamiento.

²⁸⁵ Entrevista realizada a Yanina Crespo, obstetrix y encargada del área de obstetricia del Centro de Salud de Loreto, el 2 de junio de 2009.

²⁸⁶ *Ibidem.*

- Falta de capacitación de líderes e incremento de participación femenina
- Mejores estrategias de comunicación y coordinación con los promotores de salud.
- Falta de un sistema de información consolidado, con indicadores de distintos tipos.
- No apoderamiento ni convencimiento del personal de salud nuevo.
- Falta de seguimiento a las fichas familiares (expresó Yanina Crespo).

Conclusiones

1. Estado, indígenas y dominación

Esta tesis partió de una mirada telescópica a una mirada microscópica. La realidad es compleja y multidimensional y exige una imperiosa necesidad de observar lo estructural a través de lo local, de reflexionar teóricamente a partir de las prácticas y los hechos. Dada esta opción metodológica, este trabajo buscó contrastar lo que los sujetos colectivos: instituciones y organizaciones dicen, con lo que en realidad hacen. Es en este sentido, la salud intercultural un campo privilegiado en el que se permite apreciar estas contradicciones.

Marcados por ambiciosas definiciones, los proyectos de salud intercultural pretenden cambios sustantivos en los servicios que ofrece el Estado a las comunidades indígenas que al final no logran una materialización por las marcadas tendencias burocráticas insertas en las dinámicas estatales. Ahora bien, como nuestros casos lo demuestran, las alternativas se multiplican cuando nacen de la necesidad y la acción popular que demanda cobertura estatal, que cuando son resultado de la idea iluminada de un funcionario que pretende “bajarla” a lo local sin un conocimiento pleno de los interesados.

A través de la investigación encontramos que los problemas de implementación de un verdadero sistema de salud intercultural entraña no sólo un conflicto de diferencia cultural sino un fenómeno de asimetría de poder. La diferencia cultural de los indígenas y el Estado es fundacional en América Latina. El Estado fue y es una herramienta fundamental de colonialismo, sea en su fase represiva o en su fase “civilizadora” el Estado colonial se impuso con el objetivo de dominar a los pueblos indígenas y el Estado moderno los ha mantenido excluidos del todo.

Las recientes tendencias de “popularizar” a los Estados latinoamericanos se insertan en una perspectiva de dominación de larga, que imposibilita vencer la tendencia. Es en este sentido que la interculturalidad expresada en políticas públicas lucha con una entidad que concentra poder y se lo impone a los pueblos desde su formación original. Esta es la razón fundamental por la que la implementación de estas políticas deben ser analizadas

desde un enfoque relacional, identificado las tensiones, divergencias y posibles acuerdos, a sabiendas que la asimetría de poder y la disputa de intereses juegan un papel central.

Es necesario repensar la interculturalidad en salud. Nombrar los procesos y los cambios son importantes, pero no son suficientes. No se trata de políticas y programas con banderas de moda, “políticamente correctas”, pues ese sería caer en el propagandismo más burdo, los membretes sin contenido son una característica de ciertos Estados que pretenden mantener la dominación con membretes populistas, lo que en el fondo refleja la misma compulsión opresiva de los Estados autoritarios que marcan la historia de la región.

Los países de América Latina con las duras realidades que muestran los indicadores sociales (cuando los hay) y más en salud, no pueden seguir permitiéndose este tipo de estrategias. Más cuando se trata de pueblos y nacionalidades indígenas que han sido históricamente sujetos de desigualdades sociales, económicas, políticas y culturales.

Es un ejercicio que tiene que realizarse de forma permanente y continua. Es por ello, que esta tesis partió del reconocimiento que se hace de este derecho en las constituciones políticas de Venezuela y Ecuador. Se propuso mirar a través de dos experiencias indígenas concretas, los procesos imbricados en cuanto al proceso de salud-enfermedad-atención e identificar si éstas han incorporado alguna perspectiva de interculturalidad, tal como lo establece la legislación de ambos países y en cierto sentido, como lo demandan los movimientos indígenas a nivel continental. Por último, ubicamos la perspectiva que ha privado y las consecuencias que se han generado a partir de la implementación de estas políticas en dos espacios muy concretos de ambos países.

2. El diseño institucional de las políticas de salud intercultural

Por una parte, la discusión se basó en analizar hasta qué punto los Estados de Venezuela y Ecuador incorporan la interculturalidad en sus diseños institucionales y avanzan hacia la construcción de un estado plurinacional²⁸⁷ que reconoce a los grupos culturalmente diferentes, que habitan en los territorios y que transita a cimentar las bases de un nuevo proyecto político con una mejor distribución de poder y abierto a la pluralidad de sistemas económicos, y cuáles serían los presupuestos y ejes de estos proyectos en cada país.

²⁸⁷ En la Constitución política venezolana no se refiere específicamente a un ‘estado plurinacional’, pero lo que quiero es precisamente señalar que Venezuela está compuesta de una sociedad culturalmente heterogénea, y cuyas estructuras estatales deben apuntar a eso, a construir una igualdad en todos los sentidos, tomando la diversidad cultural presente, sin que sea exclusivamente en miras de criterios numéricos.

Desde esta perspectiva, un estado plurinacional involucra necesariamente una sociedad plural conformada por diversos pueblos que han mantenido una identidad y una historia que los hace percibirse diferentes, pero que también les otorga visiones del mundo en parte contrastantes y por ende prácticas e instituciones alternativas a las dinámicas de las culturas dominantes y su forma de reproducción capitalista.

Esto que pudiera resultar obvio, implica transformaciones profundas en las distintas estructuras del Estado tradicional que como hemos señalado fue diseñado primero para dominar y después para aniquilar toda esta diversidad. Significa que el poder político, los recursos y la capacidad de enarbolar proyectos, debe ser distribuido entre los distintos grupos que hacen vida dentro de ese Estado y que puede llegar a ser detentado por estos grupos históricamente excluidos de tal ejercicio. Paradójicamente, estos pueblos tuvieron que negociar con el Estado para que los reconociera, ese mismo que los oprimió, despojó e invisibilizó.

Es por ello, que insisto en la necesidad de una reflexión política sobre los desafíos teóricos y prácticos de la incorporación de los pueblos indígenas, hasta ahora restringidos de participación plena dentro de la vida nacional al Estado y a su política pública. Tomando en cuenta que el reconocimiento a la diferencia está saturado de conflictos y tensiones, y que los ensayos en un país y otro, dista de catalogarse como “exitosos”. Surge la interrogante ¿cómo se afrontarían las dificultades políticas, institucionales, económicas y culturales? en las democracias actuales.

Transformar al propio Estado mediante la negociación de espacios para la diversidad, implica que los pueblos y nacionalidades indígenas sean sujetos con capacidad de agencia, de presentar propuestas, de discutir y responder al Estado con sus contrapropuestas, en el que se constituyen sujetos políticamente apoderados, que exigen y demandan a un Estado el que pueda garantizar a las comunidades los derechos económicos, sociales, culturales, y por supuesto dentro de éstos el derecho a una salud integral, de calidad con pertinencia cultural.

Considero que éste es uno de los alcances que se puede validamente sostener a partir del reconocimiento constitucional de los pueblos y comunidades indígenas. En el caso venezolano el cambio es patente, ya que hasta entonces no existían, para el Estado, los pueblos indígenas como sujetos de derechos específicos, ni tampoco como sujetos histó-

ricos. Entonces, al existir este reconocimiento jurídico, considero que los términos del debate sobre el tratamiento que hacen de la diversidad los Estados se sitúa en otro nivel.

En el caso ecuatoriano, es diferente. La constitución de 1998 ya lo había hecho. La constitución de 2008 recogió algunos de los postulados de las reformas de los años 90 que reconocía e incluía las prácticas y saberes de los pueblos indígenas. También defendió las concepciones sobre la interculturalidad en la salud de las nacionalidades indígenas. Cabe mencionar que el movimiento indígena ecuatoriano es posiblemente el más vigoroso y en su momento fue el más organizado de América Latina, el antecedente más importante de esta organización es la marcha nacional de 1990 del Movimiento Indígena Nacional, agrupado en la CONAIE que visibilizó políticamente a los pueblos indígenas junto con la exigibilidad de sus derechos.

Ahora bien, más allá de las representaciones épicas que se hacen de la movilización indígena, es necesario documentar cuáles son las transformaciones reales que están generando los cambios estructurales generados por ellos. Por ello, lo que esta investigación ha intentado es realizar una documentación de las políticas públicas dirigidas al desarrollo de los derechos constitucionales de los pueblos indígenas, para realizar balances sobre cuánto se ha avanzado o no en la implementación de acciones que concreten este reconocimiento, particularmente del derecho a la salud.

Esa evaluación ayudaría a ir más allá de las grandes narrativas que han desarrollado estos procesos políticos de transformación del Estado nacional para visualizar los logros y detectar las limitaciones de las acciones y programas enmarcados en las distintas políticas públicas aplicadas por aquellas instituciones gubernamentales con competencia en materia indígena. Me parece que al final, después de constatar las buenas intenciones con las que se ha reconfigurado el poder político en países como Venezuela y Ecuador, y encontrar que las posibilidades emancipatorias de los pueblos indígenas son tan escasas, incluso en estos casos, nos queda la pregunta sobre la viabilidad de nuevas formas de vida dentro de esta organización que hemos llamado Estado nacional moderno, o si es momento de repensar sus fundamentos filosóficos tan asociados a la mentalidad expansionista y depredadora del capitalismo europeo y al colonialismo ¿es posible la emancipación de los pueblos dentro de los Estados nacionales?

Por otro lado, ese análisis nos ayuda a precisar si desde el diseño de las políticas públicas están participando los pueblos y nacionalidades indígenas o son sujetos de las acciones que se desprenden de tales políticas. De esta manera, a lo largo de todo el proceso de implementación y evaluación de la política pública, la participación no sólo es un concepto necesario, sino una obligación que las instituciones gubernamentales y no-gubernamentales deben realizar si esperan mediana eficacia en sus acciones, lo que esta investigación evidencia es que los *cómos* no están dados. Para generar una participación consistente de los pueblos y nacionalidades indígenas es necesario hacerlo desde el respeto a sus expresiones culturales y sus propias instituciones.

Es fundamental observar con detenimiento si éste ha sido un proceso en conjunto con los propios sujetos (pueblos, nacionalidades y comunidades) o, por el contrario, ha seguido siendo un proceso unidireccional desde el Estado. Del mismo modo, esta discusión, va a servir de enlace para inscribirla en una más amplia, en la que se vislumbran los desafíos que aún tienen por delante muchos de los Estados en América Latina en torno a la interculturalidad en salud en relación a los pueblos indígenas.

La salud como derecho bajo una perspectiva intercultural, supone políticas de salud no monoculturales, un reto muy importante para la medicina, pero particularmente para los funcionarios públicos que orientan estos procesos. Los desarrollos de la medicina occidental se convierten en la cara más amable y deseable del colonialismo donde estamos esperando la fuerza del capitalismo o la acción benefactora del estado para cuidar de nuestros cuerpos y su funcionamiento. Así lo refleja esta investigación que muestra las pretensiones de sustituir un modelo por otro, ahora “intercultural”, pero igualmente estandarizante y por tanto irrespetuoso y agresivo hacia la diversidad, que no reconoce las asimetrías de poder.

No puede existir un modelo de salud intercultural único, pues se estaría yendo en contra precisamente de lo que se cuestiona. La política pública de salud de un determinado país debe responder e incorporar los saberes y formas de atención en torno a la salud y la enfermedad y las prácticas de curación de los distintos grupos y colectividades que habitan en el territorio. Lo que puede ser replicable son algunos de los supuestos de una experiencia determinada, como vimos en el caso de la Amazonía ecuatoriana.

Para el objetivo de este trabajo fue muy importante identificar los aspectos interculturales de las políticas de salud pública que se implementen con el propósito de tratar la diferencia cultural. Esta identificación genera conocimiento útil para mejorar dichas políticas observando el contraste entre su diseño en el papel y las prácticas que ocurren en la realidad.

Los casos aquí documentados claramente nos reflejan que una política pública que efectivamente cumpla con el objetivo de prestar servicios de salud de calidad y alimentar o mantener las prácticas culturales y políticas diferenciadas requiere del involucramiento en términos de más allá del respeto e igualdad, de los pueblos y nacionalidades indígenas que se beneficiarán de dichos servicios.

Esto implica que cada país tendría que contar con múltiples experiencias de salud intercultural, como la generada por el pueblo de Loreto, en la Amazonía Ecuatoriana. Claro que las manifestaciones interculturales de salud dependerán de los grupos culturales que existan en el país, en un sistema de intercambio en donde unos ayudarán a otros a encontrar sus respuestas. De los diversos grupos que ocupan el territorio y están integrados a los sistemas públicos sanitarios nacionales, todos deben tener la obligación de aportar sus características culturales a través de sus instituciones políticas y éstas aportaciones se deben imprimir al diseño e implementación de la política de salud, sin que por ello pierdan su respectiva autonomía, aún por supuesto compartiendo atribuciones con el Estado.

3. Agenda política global

Las políticas de salud tienden a ser homogéneas y poco consultadas porque devienen por la imposición de la agenda política global que define parámetros estándar para todos los Estados del mundo, especialmente los de aquellos países endeudados con las corporaciones financieras internacionales y poco poder de decisión en la arena global. No obstante, este proceso es complejo y la incidencia de especialistas internacionales, pero sobre todo de movimientos sociales, el indígena en este caso, y organizaciones de la sociedad civil con incidencia en el plano internacional han impulsado una agenda donde la “diversidad cultural y étnica” ahora “importa” y el acomodo de la misma dentro de los Estados nacionales también.

El apoderamiento de las organizaciones y los movimientos indígenas no es progresivo y lineal. El reconocimiento de derechos y los planteamientos de los organismos financieros internacionales llevan sí una concesión a sus demandas, pero también la intención de controlar a los pueblos, “domesticar” su insurgencia y seguir teniendo acceso a sus recursos.

En tal sentido, podemos hablar de diversos tipos de globalización. La importancia de los casos que estudiamos es que se enmarcan en la propuesta de proyectos neo-nacionalistas de izquierda, también llamados “gobiernos progresistas” que en teoría se abren mucho más que los países del consenso de Washington a responder a las demandas sentidas de las poblaciones vulnerables y afectadas por los cambios estructurales del neoliberalismo. No obstante, tanto en Venezuela como en Ecuador los pueblos y nacionalidades indígenas siguen teniendo los peores indicadores en salud, pero también es verdad que el caso de Loreto, Ecuador, es más exitoso porque se construye de abajo hacia arriba, desde las propias bases, que son los sujetos agentes que conocen su realidad.

Si ni los proyectos nacionalistas de Venezuela y Ecuador rompen con las inercias del sistema global que precariza las condiciones de vida de los indígenas, debemos preguntarnos por la capacidad del Estado, *per se*, para garantizar el derecho a la salud intercultural que como hemos visto, ha reconocido. Si el Estado no podrá garantizar este derecho, la pregunta es qué conjunto de factores y procesos pueden abrir la puerta a un sistema público de salud que fortalezca el poder local de las comunidades indígenas; tal como esta investigación señala la respuesta está tanto en la participación comunitaria, es decir, el activismo indígena, como en su capacidad de ligarse con discursos y agentes “globales” que portan referentes éticos que han alcanzado consensos internacionales.

Desde un ángulo analítico, la globalización implica que el contenido de todo el mundo se va adhiriendo cada vez más a conjuntos de valores, leyes y formas de ver la sociedad de manera compartida a escala mundial. Muchas de estas visiones se impulsan desde centros de poder como son bancos, gobierno y universidades del primer mundo constituyendo un nuevo colonialismo.

Estos procesos van generando una uniformidad o una ilusión de uniformidad que no siempre es real, no obstante aunque no se logra tal estandarización los efectos de tenerla como un horizonte deseable genera situaciones distorsionantes a nivel local. Este aspec-

to de la globalización es especialmente visible en las leyes internacionales, los medios de comunicación masivos, las políticas públicas, entre otros.

No obstante este impulso tiene una reacción necesaria, y es que los contenidos globales se localizan y se transforman en tales espacios. Este segundo movimiento es la causa por la que a pesar de los intentos el ideal de la estandarización está muy lejos de ser una realidad, ni siquiera un proyecto viable y es así que emerge el ideal de la diversidad. La globalización en tal sentido implica también el deseo de conocer prácticas curativas de la India, de Sudán, de Chipre y por supuesto de los pueblos indígenas de las Américas.

Elementos que tradicionalmente eran parte de culturas específicas atadas a lugares específicos se van popularizando y extendiendo, mezclándose en el proceso con los elementos de otras partes para formular conjuntos nuevos. Ese es el espacio que la globalización abre a la salud intercultural. No es el Estado en su definición el centro de este proceso, sino la vitalidad de lo local colocada en los flujos globales. En tal sentido el Estado no es el lugar donde se define la política, sino la arena donde diferentes actores disputan para colocar sus contenidos.

El Estado no es un espacio sustantivo incluso en Venezuela y Ecuador, sino un canal vacío que a veces se parcializa sobre ciertos intereses para definir cuál de estas fuerzas centrípetas y centrífugas logra colocar sus contenidos. En tal sentido la globalización sí uniformiza y crea visiones fuertes de la realidad, pero al mismo tiempo genera visiones alternativas de los mismos objetos, visiones compartidas y extendidas por el globo entero. En este caso, la salud intercultural tiene líneas fuertes sobre visiones del cuerpo, la salud y la enfermedad, pero también genera espacios para las visiones alternativas y mágicas del conocimiento indígena.

Un tercer aspecto de este movimiento de cambio contemporáneo, es que aún colocando contenidos locales en el mundo global, en este caso elementos de la salud indígena —el uso de la ayahuasca por grupos *new age* es un buen ejemplo— la globalización de los saberes locales implica radicales transformaciones en las formas de vida específicas de cada zona y con ella pierden parte de su identidad y aceptan elementos que les son ajenos, reconstruyéndose así cotidianamente sus formas de comprensión tradicional.

Los estudio de casos de esta investigación muestran otra vez que la vitalidad de la comunidad ecuatoriana, permite un mayor control de estos inevitables cambios a la di-

mensión local, mientras que en Venezuela se nota un avasallamiento de la cultura tradicional por el fuerte movimiento internacional que encarnan las instituciones del Estado no exentas del racismo y la colonialidad que históricamente han encarnado los Estados latinoamericanos.

Como vemos, en cierto sentido depende de las comunidades y de sus procesos socio-históricos que acepten o no, toda intervención que les llega del exterior. De su fuerza y vitalidad, o de su reconstitución, depende que lo local también se “localice” más, en respuesta a las influencias globales. En este sentido, en Loreto y muchas otras comunidades latinoamericanas vemos el resurgimiento y rescate de prácticas que la historia y el colonialismo habían erosionado.

Con esta perspectiva podemos ver con ánimo el surgimiento de movimientos en defensa de elementos específicos de las identidades locales, la salud en este caso, pero por supuesto ligado a otros aspectos de la vida y la cultura tradicional local. Tales movimientos buscan confrontar las ideas dominantes de la globalización anteponiendo la cultura, la historia y las prácticas ancestrales de sus localidades defendiéndolo como algo más propio y adecuado a sus problemas, como algo autóctono, específico y motivo de orgullo, dinámica que genera fuerza, creatividad e impulso. Este proceso no sólo implica rescate de lo pasado, sino reinención y nuevos diseños de lo propio a la luz de lo externo.

4. El pueblo Wayuu de Cojoro y la nacionalidad Kichwa de Loreto. Un salto pequeño para la salud, un gran salto para la humanidad

Por supuesto mi deuda principal al realizar esta investigación es con el pueblo y nacionalidad indígena de Cojoro y Loreto. La vivencia que me permitieron, su cercanía y calidez es la experiencia humana más importante que me deja esta investigación y la deuda mayor que busco saldar con este texto. Ambos casos representan culturas ancestrales en un momento muy nuevo de alto desarrollo de la ciencia médica, sus enfermedades y carencias no ocultan su salud interna, sus prácticas siempre renovadas y la esperanza de la persistencia no sólo se refleje en mejores condiciones para ellas y ellos, sino que sean la posibilidad que nuestras sociedades modernas urbanas, tan enfermas y enfermantes en el plano físico, emocional y espiritual, encuentren alternativas en la sabiduría de estos pueblos.

La comunidad fronteriza de Cojoro como señalamos ha tenido una innegable importancia estratégica para Venezuela en su constitución como país y en la definición de sus límites territoriales, aunque marca también la división de un pueblo con cultura compartida ancestral. A pesar de las tensiones políticas entre Venezuela y Colombia, este tiempo puede avisar una nueva oportunidad de unión y resurgimiento del pueblo Wayuu de Cojoro como puerta de identidad y que no reconoce esa frontera que impuso el Estado.

Los intentos recientes de incorporación de Cojoro a los procesos políticos venezolanos, a partir del gobierno del presidente Hugo Chávez han permitido una mayor articulación con el Estado y con lo nacional, en un momento donde lo local-global redefinen a los Estados. Quizá en adelante la batalla importante del chavismo no se dará en la disputa por lo nacional, sino en la constatación de su impacto en las comunidades locales y cómo estos espacios puedan insertar sus dinámicas propias en el contexto global, independientemente de que el chavismo conserve la presidencia de la república. Esto es lo que se ha llamado el poder comunal con un Estado comunal.

Los esfuerzos del pueblo de Cojoro, para acceder y adaptar los programas gubernamentales a su cultura e instituciones, muestran que no es el Estado, quien los salvará, sino su propia capacidad de incorporar los apoyos gubernamentales a sus propios planes y proyectos culturales. En este esfuerzo se pueden amparar en la Constitución venezolana y la legislación internacional, así como en su articulación con el resto del pueblo Wayuu de Venezuela y Colombia y su fortalecimiento de las redes internacionales que abanderan causas afines.

En tal sentido, el fracaso reiterado de las políticas públicas implementadas en la región se debe a una ausencia total de consulta a la población acerca de los planes y programas que se pensaban ejecutar en la zona y por no tomar en cuenta la especificidad sociocultural de los habitantes. No obstante, los propios clanes Wayuu y sus confrontaciones internas generan los vacíos de poder local que aprovechan partidos políticos, empresas y otros agentes externos. Si los líderes locales no logran leer la gran oportunidad que representa el debilitamiento de “lo nacional” como instancia de sometimiento y control, perecerán en la incertidumbre que avisa Venezuela.

La posibilidad de sustraerse del conflicto nacional para anclar su proyecto local tiene amplias posibilidades dado que como pudimos mostrar, las fronteras no representan res-

tricciones para su desenvolvimiento histórico. El tránsito de un lado a otro de la frontera es la mejor herramienta que los Wayuu tienen para consolidar los procesos institucionales autónomos que les da su condición indígena. Estos esfuerzos se vienen vislumbrando y ampliando como lo prueba la constitución del consejo comunal compartido con la comunidad de Malimaykiruu.

Por su parte, el cantón kichwa amazónico de Loreto, ya está dando prueba de su autonomía y de la fortaleza que su proceso local tiene en el contexto de la globalización. Quizá también su distancia histórica con el Estado ecuatoriano permite que sus dinámicas sigan basadas en su conocimiento ancestral y sus tradiciones, tendiendo una fuerte cultura médica hoy expresada en su penetración de espacios públicos y la construcción de jardines etnobotánicos, libros de herbolaria tradicional y creación de nuevas prácticas y espacios curativos.

La estética de este proceso se radicaliza al realizarse no sólo de manera cerrada o excluyente de una comunidad o de una identidad, sino en el marco de un espacio multicultural y multilingüe, donde conviven cuatro nacionalidades indígenas: Shuar, Achuar, Waoranis y Kichwas amazónicos.

Loreto es una expresión muy local del poderoso y vigoroso movimiento indígena ecuatoriano, que si bien no fue una opción como gobierno nacional, porque por definición ésta no era su vocación, sí representa una alternativa viva para sus nacionalidades hoy reconocidas y protegidas por la Constitución, aunque quizá no por el Estado, entendido como gobierno.

Este movimiento ha recuperado su historia, a través del documento *Nacionalidad Kichwa de la Amazonía*, que refleja la importancia de su historia en la conformación de su pueblo. De ahí que un pueblo de entre “60 mil y 100 mil personas”, encuentran orgullo de su identidad, se expanden y se organizadas en alrededor de 438 comunidades, generando acciones colectivas que dan vida y esperanza a su gente.

La recuperación de los “ayllu” como base de la organización supera las dualidades del individualismo ciudadano, pero genera novedosos espacios para los individuos y sus inquietudes. De la unión de ayllus se conforman los clanes territoriales. *“Tradicionalmente la base de los clanes era la descendencia de un antepasado totémico, generalmente un animal sagrado como el puma o el jaguar y se encontraban adscritos a un*

tronco de parentesco fuertemente unido en relación con sus shamanes fundadores; hoy, esos lazos de parentesco se identifican con un apellido".²⁸⁸

Señalan que por influencia de los colonos (los que no son indígenas) y la presión de los misioneros, adoptaron la ganadería como estrategia para articulación a la economía de mercado. Por lo tanto, *"la selva se ha transformado en grandes haciendas ganaderas lo que provoca deforestación intensiva, degradación ecológica, reducción del territorio, alteración de sus actividades tradicionales de subsistencia, transformación de la estructura organizativa de los muntum y cambios en su identidad y cultura"*.²⁸⁹

El éxito de sus procesos de salud refleja lo que es sus palabras es la maduración de *"la conciencia de la necesidad de luchar por la reafirmación y revitalización de su identidad y cultura, abriendo un proceso de etnogénesis que los ha llevado a reivindicar su derecho a autoreconocerse como Nacionalidad Kichwa de la Amazonía"*.²⁹⁰

Ambos pueblos están vivos y entran en una nueva época de la humanidad dotados de historias y herramientas para crecer física, emocional y espiritualmente y representan una esperanza de vida ante la humanidad entera y sus fuertes procesos de consumo y destrucción que nublan el horizonte de las futuras generaciones.

²⁸⁸ Documento de la OCKIL, *Nacionalidad Kichwa de la Amazonía*. No posee datos de edición. Sólo al final dice que es una "Ficha revisada en el Taller Regional de la Amazonía". p.4.

²⁸⁹ *Idem.* p.9.

²⁹⁰ *Idem.* p.7.

Bibliografía

Acosta, Alberto y Martínez, Esperanza (compiladores), (2009), *Plurinacionalidad. Democracia en la diversidad*. Editorial Universidad Bolivariana, Santiago

Aguirre Beltrán, Gonzalo (1994). *Programas de Salud en La Situación Intercultural*. Obra Antropológica V. Universidad Veracruzana, Instituto Nacional Indigenista, Gobierno del Estado de Veracruz, Fondo de Cultura Económica, México.

Albán, Amilcar (2008). "Sistema de salud de la población kichwa de la Amazonía ecuatoriana. El Caso de los kichwa de Napo o Naporunas". En: Memorias del Primer Congreso de Salud Intercultural en Ecuador, Coca, Orellana.

Albó, Xavier (2004). "Interculturalidad y Salud" en Fernández Juárez, Gerardo (coord.) *Salud e Interculturalidad en América Latina Perspectivas antropológicas*, Ediciones Abya-Yala, Quito, Ecuador.

Alderete, Ethel (Wara) (2004). *Salud y Pueblos Indígenas*. Ediciones Abya-Yala. Quito, Ecuador.

Bello, Luis Jesús (1996). "La reforma constitucional venezolana y los derechos de los pueblos indígenas", En Enrique Sánchez (comp.). *Derechos de los pueblos indígenas en las constituciones de América Latina*. Disloque Editores, Santafé de Bogotá, pp. 219-235.

Bello, Luis Jesús (2005). *Derechos de los pueblos indígenas en el nuevo ordenamiento jurídico venezolano*. Grupo Internacional de Trabajo sobre Asuntos Indígenas. Venezuela.

Biord, Horacio (2008). *Kuawäi*. Revista del Departamento Hombre y Ambiente, Volumen 1, N° 2, Julio-Diciembre, Ciudad Guayana, Venezuela.

Blanco Gil, José y López Arellano, Oliva (2007). Condiciones de vida, salud y territorio: un campo temático en (re)construcción. p. 106. En Jarrillo Soto, Edgar C. y Guinsberg, Enrique. *Temas y desafíos en Salud Colectiva*. Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina.

Bustamante, Teodoro *et al* (1993). Retos de la Amazonía. ILDIS, Abya Yala, Quito, Ecuador.

Burgos Villasmil, J. (1966). *Estudio Jurídico sobre Comunidades Indígenas*, Boletín de la Biblioteca de los Tribunales del Distrito Federal, N° 16, Fundación Rojas Astudillo, Caracas.

Campos-Navarro, Roberto (2004). “Experiencias sobre Salud Intercultural en América Latina” en Fernández Juárez, Gerardo (coord.) *Salud e Interculturalidad en América Latina Perspectivas antropológicas*. Ediciones Abya Yala, Quito, Ecuador.

Clarac, Jacqueline (2003) “Derechos de los pueblos indígenas” en *Boletín antropológico*. Año XXI, No. 59 Sep/Dic. Universidad de los Andes. Venezuela

----- (2001) “Análisis de las actitudes de políticos criollos e indígenas en Venezuela”. *Boletín Antropológico*, Año 20, Vol. III, No. 53. Sept-Dic. Universidad de los Andes, Venezuela.

Colmenares, Ricardo (2001). *Los derechos de los pueblos indígenas*. Editorial jurídica venezolana, Caracas.

----- (2000). "Constitucionalismo y derechos de los pueblos indígenas en Venezuela", Maracaibo, Universidad de Zulia, Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas, Instituto de Filosofía del Derecho Dr. J. M. Delgado Ocando, Sección de Antropología Jurídica. Maracaibo.

Coppens, Walter (2008). *Los Aborígenes de Venezuela*. Volumen 2. Monte Ávila Editores Latinoamericana. Caracas, Venezuela.

Cuyul, Andrés (2012). “Salud intercultural y patrimonialización de la salud mapuche en Chile” En: *Historia, colonialismo y resistencia en el país mapuche*. Ediciones Comunidad de Historia Mapuche, Temuco.

Dagnino, Evelina, Alberto J. Olvera y Aldo Panfichi (coord.) (2006) *La disputa por la construcción democrática en América Latina*. Fondo de Cultura Económica, CIESAS, Universidad Veracruzana, México.

Díaz-Polanco, Héctor (2006). *Elogio de la diversidad: globalización, multiculturalismo y etnofagia*. Siglo XXI. México.

Documento de la OCKIL, *Nacionalidad Kichwa de la Amazonía*. No posee datos de edición. Sólo al final dice que es una “Ficha revisada en el Taller Regional de la Amazonía”.

Escárzaga, Fabiola (2005). *Agotamiento del ciclo multicultural en México y América Latina*. (Fotocopia) pp.28-29.

Escuela de Gobierno y Políticas Públicas, Fundación Konrad Adenauer (2007). *Políticas Públicas para Pueblos Indígenas en el Ecuador del siglo XXI*. Memorias del Seminario Nacional, Quito, Ecuador.

Fernández Juárez, Gerardo (ed.) (2010). *Salud, Interculturalidad, Derechos. Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay-Buen Vivir*. Ministerio de Salud Pública, Quito, Ecuador.

----- (coord.) (2009) *Salud e interculturalidad en América Latina IV. Prácticas quirúrgicas y pueblos originarios*. Ediciones Abya Yala, Quito, Ecuador.

----- (coord.) (2006). *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Ediciones Abya Yala, Quito, Ecuador.

----- (coord.) (2004). *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas*. Ediciones Abya Yala, Quito, Ecuador.

Hernández Álvarez, Mario (2011). “Desigualdad, inequidad e injusticia en el debate actual en salud: posiciones e implicaciones”. En: Eibenschutz, Catalina, Silvia Tamez y Rafael González. *¿Determinación social o determinantes sociales de la salud?* UAM, México, pp.169-194.

Ibarra Illánz, Alicia (1987). *Población Indígena y Desarrollo Amazónico*. Ediciones Abya Yala, Ecuador.

Isunza Vera, Ernesto (2001) *Las tramas del alba. Una visión de las luchas por el reconocimiento en el México contemporáneo (1969-1993)*, CIESAS-Miguel Ángel Porrúa, México.

Jarillo Soto, Edgar C. y Guinsberg, Enrique (2007). *Temas y Desafíos en Salud Colectiva*. Lugar Editorial, Buenos Aires.

Kleinman, A. (1978). "Concepts and model for the comparison of medical systems as Cultural Systems". *Social Science and Medicine*.

Kymlicka, Will (2003). *La política vernácula. Nacionalismo, multiculturalismo y ciudadanía*. Paidós, Barcelona, España.

----- (1996). *Ciudadanía multicultural*. Paidós, Barcelona, España.

Kuppe, René (2003). *Reflections on the rights of Indigenous peoples in the new Venezuelan constitution and the establishment of a participatory, pluri-ethnic and multicultural society*, en Kuppe y Potz edits.: *Law and Anthropology. International Yearbook for Legal Anthropology*, Vol. 12, 2003 [en prensa], La Haya, Martinus Nijhoff Publishers.

----- (2001). *Indianische Rechte und Partizipation im Rahmen der Verwirklichung eines plurikulturellen und multiethnischen Staates*. Berlín, Indiana, núm. 17/18 (2000/2001), pp. 105-133.

Laurell, Asa Cristina (1982). *La Salud-Enfermedad como proceso social*. Cuadernos Médico Sociales N° 19, Buenos Aires.

López Arellano, Oliva. *Desigualdad, pobreza, inequidad y exclusión. Diferencias conceptuales e implicaciones para las políticas públicas*. Universidad Autónoma Metropolitana, México. Es un texto que fue presentado en una conferencia, pero no aparece el nombre de la misma ni el año.

López Moreno, Sergio y Puentes Rosas, Esteban (ed.) (2012). *Observatorio de la salud pública en México 2010*. UAM-Xochimilco, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, México.

López, Sergio, Consuelo Chapela, Gilberto Hernández, Alejandro Cerda y Manuel Ouatón (2011). *Concepciones sobre la salud, la enfermedad y el cuerpo durante los siglos*

XIX y XX. En Chapela Mendoza, Ma. del Consuelo y Contreras Garfias, Ma. Elena (coord.) *La salud en México. Pensar el futuro de México*. UAM, México.

Menéndez, Eduardo (2009). *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Lugar Editorial, Buenos Aires.

----- (2006). "Interculturalidad, Diferencias y Antropología *At Home* Algunas cuestiones metodológicas" en Fernández Juárez, Gerardo (coord.) *Salud e Interculturalidad en América Latina Antropología de la Salud y crítica Intercultural*, Ediciones Abya-Yala, Quito, Ecuador.

----- (1990). *Antropología Médica. Orientaciones, Desigualdades y Transacciones*. CIESAS, Cuadernos de la Casa Chata, México.

----- (1983). Modelo Hegemónico, Modelo Alternativo Subordinado, Modelo de Autoatención. Caracteres estructurales. Tomado de *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México (Cuadernos de la Casa chata, 86).

Montiel Fernández, Nemesio (1992). *Movimiento Indígena en Venezuela*. Ediciones de la Secretaría de la Cultura, Maracaibo.

Ouriques Ferreira, Luciane (2013). *Medicinas Indígenas e as Políticas da Tradição: entre discursos oficiais e vozes indígenas*. Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

Observatorio Comunitario por el Derecho a la Salud. *Informe sobre el derecho a la salud en Venezuela 2007. Situación del Derecho a la Atención Sanitaria*. Editorial Convierte, Caracas, Venezuela.

Paz R, Carmen Laura (2007). *Sistema explicativo del proceso salud-enfermedad en niños wayuu. Propuestas para la promoción de salud desde la interculturalidad*. Universidad del Zulia, Vice Rectorado Académico, Maracaibo, Venezuela.

Perrin, Michael (1992). *Los practicantes del sueño El chamanismo Wayuu*. Monte Ávila Editores Latinoamericana, Caracas.

----- (1980), *El camino de los indios muertos: mitos y símbolos Guajiros*. Monte Ávila Editores, Venezuela.

Ramírez Hita, Susana (2011). *Salud Intercultural: Crítica y problematización a partir del contexto boliviano*. ISEAT, La Paz.

Recalde, Eulalia Flor (2005). “Una mirada sobre el movimiento indígena ecuatoriano”. En: Escárzaga, Fabiola y Gutiérrez, Raquel. *Movimiento indígena en América Latina: resistencia y proyecto alternativo*. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Distrito Federal y Casa Juan Pablos.

Sánchez, Enrique (comp.) (1996). *Derechos de los pueblos indígenas en las constituciones de América Latina*. Disloque Editores, Santa Fe de Bogotá.

Sesia, Paola (ed.) (1992). *Medicina tradicional, herbolaria y salud comunitaria en Oaxaca*. CIESAS, Gobierno del Estado de Oaxaca, México.

Tapia, Luis (2006). *La invención del núcleo común*. Editorial La muela del diablo, La Paz, Bolivia

Taylor, Charles (2001). *El multiculturalismo y la “la política del reconocimiento”*. Fondo de Cultura Económica, México.

Tillett, Aimé (2011). “La implementación del derecho a la salud integral de los pueblos indígenas y el reconocimiento de la medicina tradicional”. En: Bello, Luis Jesús (2011). *El Estado ante la Sociedad Multiétnica y Pluricultural: Políticas Públicas y Derechos de los Pueblos Indígenas en Venezuela (1999-2010)*. Grupo de Trabajo Socioambiental de la Amazonia (Wataniba) y Grupo Internacional de Trabajo sobre Pueblos Indígenas

Villoro, Luis (1998). *Estado plural, pluralidad de culturas*. Paidós, Universidad Autónoma de México.

Walsh, Catherine (2010). *Interculturalidad crítica y educación intercultural en Viaña, Jorge, et al. Construyendo Interculturalidad Crítica*. Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello. La Paz, Bolivia

Walzer, Michael (2006). *Tratado sobre la Tolerancia*. Paidós, México.

Leyes consultadas:

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999). Gaceta Oficial N° 5.453 Extraordinario, del viernes 24 de marzo de 2000.

Constitución política de Ecuador (2008).

Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes (1989).

Declaración de las Naciones Unidas de los Derechos de los Pueblos Indígenas (2007).

Ley de los Consejos Comunales (2006). Gaceta Oficial Extraordinario N° 5.806.

Ley de Demarcación de Pueblos y Territorios Indígenas, publicada en Gaceta Oficial el 12 de enero de 2002.

Ley Orgánica de Pueblos y Comunidades Indígenas (2005), Venezuela.

Ley del Sistema Nacional de Salud (2002), Ecuador.

Mapas:

Mapa 1. Venezuela Indígena. (Freire, Germán y Tillet Aimé (ed.) (2008). *Salud Indígena en Venezuela*. Editorial Exlibris, Caracas, Venezuela).

Mapa 2. Estado Zulia. (psuvdelpueblo.webcindario.com --página web--).

Mapa 3. La Guajira. (Travesías de Joütai y Juyá: Mapa Travesías --página web--).

Mapa 4. Cojoro (por sus propios habitantes).

Mapa 5. Ecuador Indígena. (<http://www.codenpe.gob.ec/>)

Mapa 6. Amazonía Ecuatoriana. (ecuadorjungle.com --página web--).

Mapa 7. Provincia de Orellana. (viajandox.com --página web Turismo Orellana--).

Mapa 8. Cantón Loreto. (entregado por la OCKIL y RIOS).