



Universidad Internacional de La Rioja

Máster en Intervención Social en las Sociedades del Conocimiento

Salud intercultural: conflictos y oportunidades desde la perspectiva de los tsa'chila.

Trabajo Fin de Máster presentado por: Pablo René Boada Navarrete

Titulación: MASTER EN INTERVENCIÓN SOCIAL EN LAS SOCIEDADES DEL
CONOCIMIENTO

Directora: Dra. Aida López Serrano

CATEGORÍA TESAURO:

RESUMEN

Este trabajo explora las percepciones de la nacionalidad tsa'chila sobre la interculturalidad en salud. La interculturalidad es promovida en la Constitución ecuatoriana de 2008 en un avance notable de la política pública, como resultado, en buena medida, del reconocimiento de la diversidad de pueblos y nacionalidades del país y sus luchas históricas. En la práctica, hay una interculturalidad en salud cotidiana, sin embargo, este ejercicio se hace al margen de la regulación, existiendo un pluralismo médico informal. La nacionalidad indígena tsa'chila, de 2900 habitantes, ha gozado de una extendida reputación sobre su medicina tradicional, que actualmente experimenta los cambios de una modernidad no conocida antes. El enfoque metodológico de la investigación es cualitativo, aplicando la herramienta de entrevistas en profundidad a miembros de la nacionalidad como fuentes primarias. La interculturalidad sucede de manera espontánea entre los tsa'chila, sin embargo, los resultados de la integración de su medicina en el Sistema Público de Salud no se han concretado.

PALABRAS CLAVE

Interculturalidad, tsa'chila, salud, medicina tradicional, Ecuador.

ABSTRACT

This work explores the perceptions of tsa'chila people regarding health interculturalism. Interculturalism is promoted by Ecuadorian Constitution from 2008 in a notable advance of public policy, as a main result of recognition of people diversity in Ecuador as well as their activism. Health interculturalism happens in daily basis. However, those practices occur outside of regulation allowing an informal medical pluralism. The tsa'chila indigenous people, with about 2900 inhabitants, have had an extended reputation for their traditional medicine. It is currently experiencing the changes of a not known modernity. This research uses qualitative inquiry based on semi-structured interviews to tsa'chila people as primary sources. Interculturalism happens spontaneously among tsa'chila people, however, the integration of their medicine to the Public Healthcare System has not been achieved.

KEYWORDS

Interculturalism, tsa'chila, health, traditional medicine, Ecuador.

ÍNDICE

1. Introducción.....	4
2. Objetivos.....	8
3. Marco Teórico.....	9
3.1. Interculturalidad: definiciones en tensión y ausencia de definiciones.....	9
3.2. Interculturalidad: ¿entre quienes?.....	12
3.3. Marco legal y derechos de la interculturalidad.....	14
3.4. Pluralismo jurídico, pluralismo en salud.....	17
3.5. Salud y enfermedad.....	19
3.6. El Estado y las otras formas de hacer salud.....	22
4. Metodología.....	24
4.1. Diseño metodológico.....	24
4.2. Herramientas metodológicas.....	25
5. Análisis de resultados.....	28
5.1. Una semántica para referirse a los sanadores.....	28
5.2. Interculturalidad, fuentes y tecnologías de la información.....	29
5.3. Conocimiento de la interculturalidad como se plantea desde el Estado.....	31
5.4. Posibilidades de integración.....	34
5.5. Oportunidades y limitaciones de la medicina tradicional tsa'chila.....	39
5.6. Supervivencia de la medicina tradicional tsa'chila.....	41
5.7. La oferta de la medicina tradicional tsa'chila a inicios del siglo XXI.....	46
5.8. Viajes e intercambios.....	49
5.9. Abraham.....	50
6. Conclusiones.....	53
6.1. Interculturalidad en salud: la visión de la nacionalidad tsa'chila.....	53
6.2. La medicina tradicional tsa'chila y su práctica en el Estado intercultural.....	54
6.3. Fortalecimiento e Integración de la medicina tradicional tsa'chila al sistema público de salud.....	56
6.4. Limitaciones y futuras líneas de investigación.....	60
7. Referencias bibliográficas.....	62
Anexos.....	67
Guion de la entrevista en profundidad.....	67

1. Introducción

El uso del achiote (*bixa orellana*) para pintar los cabellos de los hombres tsa'chila, les valió el apelativo de “colorados” como etnónimo para identificarlos. El término se ha dejado de usar para dar lugar al término más adecuado de este pueblo: tsa'chila. El origen del uso del achiote (*mu* en tsa'fiki, la lengua de este pueblo) para pintar el pelo y el cuerpo es parte de una narración que cuenta de la llegada de una epidemia, seguramente viruela, que diezmó a su población. Tras la migración de este pueblo desde el norte (Gómez, 2015) y la revelación de los espíritus de usar el achiote para protegerse los miembros de este pueblo empezaron a teñir permanentemente su pelo y sus cuerpos. El achiote tiene propiedades medicinales: “cicatrizante, antiviral y anti-inflamatorio”, según la información recogida por Gómez (2015, p.12).

Los tsa'chila se adaptaron con éxito a la presión colonial y a las enfermedades. Esta nacionalidad se ubica en el pie de montaña occidental de los Andes y pudieron ubicarse desde el río Babahoyo en el sur hasta el río Esmeraldas en el norte, “en su momento de máximo esplendor”, según Ventura (1997, p.6). Esta región fue llamada el “país de los yumbos” y los pueblos que habitaron esta región fueron llamados indistintamente colorados y yumbos en los documentos coloniales. Su identificación como un pueblo diferenciado es tardía y, como señala Salomon (1997 p.13), podría tratarse de una “etnogénesis innovativa”. Aunque se trataría de un pueblo sin estructura estatal compleja, poseyeron una organización social lo suficientemente resiliente como para adaptarse a la colonización europea y el posterior avance de los colonos mestizos.

Ya en el siglo XX, los tsa'chila adquirieron renombre por su fama de sanadores, en especial por la figura de Abraham Calazacón, famoso chaman y gobernador de los este pueblo, quien recibió del gobierno ecuatoriano los títulos de propiedad de las tierras de esta nacionalidad. La reputación de los chamanes tsa'chila ha sido extendida, tal como lo recogen las investigaciones y testimonios sobre esta nacionalidad en el siglo XX y XXI. Se puede afirmar que mucha de su identidad está basada en su chamanismo y medicina tradicional.

Actualmente, esta nacionalidad se encuentra dividida en siete comunas que ocupan un espacio de unas ocho mil hectáreas – según el Gobernador Tsa'chila, Javier Aguavil¹ – en los alrededores de la ciudad de Santo Domingo, para sus aproximadamente 2956 habitantes (según el censo de 2010 realizado por el Instituto Ecuatoriano de Estadística y Censos²). La presión de la expansión agrícola ha provocado que hasta unas dos mil quinientas hectáreas

¹ Testimonio entregado en la entrevista para este trabajo.

² Los censos nacionales de población en Ecuador se realizan cada 10 años, de ahí que esta cifra pueda haber variado.

de sus territorios ya no les pertenezcan, según nos contó el Gobernador Aguavil en la entrevista. Una de las ocho comunas tsa'chila que recibieron la propiedad de sus tierras del gobierno ha desaparecido: Tahuasa. La lengua hablada por los miembros de esta nacionalidad es el tsa'fiki, de la familia del barbacoano, y se encuentra catalogada en riesgo de desaparecer (Moseley, ed., 2010).

En una vieja historia de los awá³ se cuenta que a veces al caminar en la selva la persona se puede enfermar por los espíritus del bosque, siendo el más peligroso el *Chutún*. Cuando un awá ha sido enfermado por el *Chutún*, solo un chamán puede curarlo, con procedimientos muy concretos que un médico de la ciudad no podría hacer (Moya, 1993). Al igual que los awá, otros miembros de las nacionalidades indígenas reconocen una serie de enfermedades que pueden ser tratadas solamente por sus sanadores, con sus técnicas tradicionales. Uno de los entrevistados para este trabajo afirmó que aún la primera opción ante la enfermedad para los tsa'chila sigue siendo su propia medicina tradicional ejercida a través de sus sanadores.

El dominio de las propiedades y usos de las plantas del pie de montaña les ha valido a los tsa'chila una reputación que rebasa incluso las fronteras del actual Ecuador. No obstante, el manejo de las plantas es solo un aspecto de los saberes que el chamán -pone en tsa'fiki- usa para efectuar los rituales de sanación. La complejidad de sus saberes curativos abarca muchos aspectos de la vida que necesita volver al equilibrio, pues este es uno de los principios que animan la concepción de la salud desde la visión de esta nacionalidad: el equilibrio, como lo han señalado reiteradamente las personas entrevistadas para este trabajo. Este aspecto es compartido por las culturas andinas de origen prehispánico.

Por su reputación como sanadores, muchos tsa'chila han salido de sus comunas para ofrecer sus saberes en consultorios, en los que son visitados por personas de todo el país y de fuera. Los visitantes buscan las respuestas que no han encontrado en la medicina alopática. No obstante, esta fama no ha permitido que su medicina tradicional se haya integrado al sistema público de salud.

Desde finales del siglo XX el Ecuador ha incorporado progresivamente la interculturalidad como parte de la política pública. El Plan Nacional del Buen Vivir 2013 – 2017 incluyó como una de sus políticas y lineamientos estratégicos el “promover la interculturalidad y la política cultural de manera transversal en todos los sectores” (Secretaría Nacional de Planificación y

³ Awá es una de las 14 nacionalidades indígenas de Ecuador, que vive en la costa norte del país, al igual que los tsa'chila y los chachis.

Desarrollo -SENPLADES- 2013, p.194). Esta medida implica la adopción de la medicina tradicional en el Sistema de Salud. Así mismo, esta política procura la aplicación de los derechos relacionados reflejados en la Constitución y la Ley Orgánica de Salud.

La interculturalidad como parte de la política pública tiene sus orígenes en el impulso de las organizaciones populares, especialmente indígenas, y su incorporación formal inició con la una reforma educativa del Estado (Walsh, 2012). El marco legal ha experimentado el avance de la interculturalidad como uno de los enfoques de la política pública, en un país culturalmente diverso.

Sin embargo, el ejercicio de la interculturalidad propuesta por el Estado, en la práctica, dista de ser parte de la cotidianidad. Esta realidad repercute no solo en el acceso a la salud de los miembros de las nacionalidades y pueblos del Ecuador a su medicina ancestral de manera formal, sino que relega saberes que tienden a desaparecer en el entorno globalizado de inicios del siglo XXI. Menéndez (1994), ha identificado la compleja relación entre la estratificación social y la subordinación ideológico – cultural presente en la relación entre los modelos médicos.

Cuando se aborda la interculturalidad en Ecuador es común pensar en una práctica orientada hacia los pueblos indígenas, percepción que fue también señalada por uno de los entrevistados para esta investigación. Así mismo, se tiende a pensar que la interculturalidad es un tema que tiene que ver principalmente con la ruralidad o con la relación del mundo rural con el urbano. Esta visión generaría una conceptualización de la interculturalidad como un elemento étnico-racial.

La población auto-identificada⁴ como indígena es mayoritaria en la sierra. A menudo los pueblos indígenas del pie de montaña occidental de los Andes no son considerados en la misma manera cuando se trata de investigaciones o propuestas relacionadas con la interculturalidad. Se percibe que las investigaciones y producción académica sobre los pueblos andinos de montaña es más abundante.

En un reciente estudio presentado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) de las Naciones Unidas (2016) señala que la desigualdad social patente en la región afecta aún más a las mujeres, los indígenas y los afrodescendientes. Esta realidad se expresa en múltiples exclusiones, desde el acceso a la seguridad social hasta una prevalencia mayo de la pobreza.

⁴ Actualmente, en el Censo de Población y Vivienda se incluye una pregunta sobre la autoidentificación de la persona con un grupo étnico. En el censo de 2010, un 7,56% de la población se autoidentificó con un pueblo o nacionalidad indígena en todo el país (INEC, 2010).

Este trabajo busca explorar percepciones sobre la interculturalidad en salud de la nacionalidad tsa'chila, especialmente desde las interacciones que surgen de la propuesta de la política pública. El interés exterior por la medicina tradicional, así como el aumento de turismo y una creciente atención por las tradiciones de los pueblos indígenas, proveniente en especial de las ciudades, ejerce presión sobre el ejercicio de esta medicina a inicios del siglo XXI. Desde las comunas, algunos tsa'chila observan y cuestionan estos cambios que modifican muchas de sus costumbres. En este trabajo analizaremos estos cambios y su relación con el ejercicio de la medicina tradicional de este pueblo en un entorno de interculturalidad. Así mismo, exploraremos la relación con el Estado y las posibilidades de integración de la medicina tradicional tsa'chila con el modelo biomédico.

Este trabajo espera contribuir a la comprensión de la interculturalidad como concepto relacional y provocar reflexiones tendientes a la visibilización y valoración de los *otros* saberes. El concepto de interculturalidad es amplio y es difícil mencionar una definición mayoritariamente consensuada. No obstante esta dificultad, encontramos útil para el propósito de este trabajo el recuperar lo señalado por Estermann (2016):

El diálogo intercultural se da entre personas y grupos que viven una cierta cultura, y no entre *Idealtypen* (tipos ideales) abstractos y museales, presentes sincrónicamente en una red, en la que el ser humano sólo tiene en sus manos los extremos de los hilos.

Referiremos a la interculturalidad en este trabajo principalmente como diálogo. Cuando se trate de las propuestas específicas de las instituciones, se hará referencia a la acepción o características de la interculturalidad desde esas mismas instituciones.

2. Objetivos

Frente a la interculturalidad promovida por la Constitución ecuatoriana, así como por la reivindicación de los saberes promovidos desde las organizaciones sociales indígenas, se hace necesario saber cuál es la percepción de los tsa'chila acerca de la interculturalidad en salud que propone el Estado ecuatoriano.

El objetivo general de la investigación es el de analizar las percepciones sobre la interculturalidad en el ámbito de la salud desde la perspectiva de los miembros de la nacionalidad⁵ tsa'chila.

Los objetivos específicos de la investigación son:

- Explorar el nivel de conocimiento de miembros de la nacionalidad tsa'chila sobre la interculturalidad en salud, a partir de lo que propone la política pública.
- Definir la situación de la medicina tradicional tsa'chila dentro del enfoque de interculturalidad que plantea el Estado ecuatoriano.
- Explorar las posibilidades de integración formal y fortalecimiento de las medicinas tradicionales tsa'chila, desde el análisis de las percepciones de esta nacionalidad.

⁵ En Ecuador, la Constitución distingue entre pueblos y nacionalidades. Es así que el colectivo afroecuatoriano se identifica como un pueblo, mientras la mayoría de los indígenas, como los tsa'chila, se definen como nacionalidades. La diferencia principal radica en que una nacionalidad posee un territorio determinado mientras que un pueblo no. La pertenencia o no a un pueblo o nacionalidad se da por la autoidentificación con los mismos.

3. Marco Teórico

3.1. Interculturalidad: definiciones en tensión y ausencia de definiciones

La interculturalidad es un término de uso común a inicios del siglo XXI. De ahí que definirla atraviesa un problema de polisemia que requiere una especificación del ámbito en que se usa y advertir, al menos de manera superficial, algunos de los conflictos que genera su definición y el uso del concepto. Puesto que este trabajo pretende un acercamiento al entendimiento y praxis intercultural de miembros de la nacionalidad tsa'chila, conviene hacer una aproximación amplia, que pueda facilitar un entendimiento que parte también desde la cotidianidad y no únicamente desde las ciencias sociales.

La interculturalidad constituye un ámbito de reflexión extenso y la orientación que se le puede dar a su estudio es también amplia y diversa. Una de sus definiciones en el mundo occidental nace de la relación entre los migrantes y los locales, especialmente en el contexto europeo. Desde los “Estudios étnicos”, los “Estudios Culturales”, pasando por los enfoques propios de disciplinas como la Sociología, la Antropología, la Psicología, el enfoque de su estudio es tan amplio como las preguntas y respuestas acerca de la convivencia propia de las sociedades complejas, que tiene un ambiente de alta exposición entre los diversos. En muchos casos esta necesidad de reflexión se vio avocada a entender las minorías, a integrar a los distintos – a menudo inmigrantes – en un contexto diferente y proclive a la confrontación. El multiculturalismo buscó de alguna manera integrar a “los otros” a través del aprendizaje y la adopción de la cultura y valores locales. El multiculturalismo se vio en algún momento como un movimiento social. Para ello:

...el multiculturalismo requerirá de una fase de construcción y estabilización de las identidades de los nuevos actores sociales cuyo surgimiento y consolidación alberga. Sin embargo, el afán de construir nuevas identidades delimitables es un “clásico” anhelo de la época moderna... (Dietz, 2001, p.26).

La necesidad de superar la idea de multiculturalismo por un concepto menos vertical y más integral se volvió una necesidad a fines del siglo XX. Tras un tránsito definido por Dietz (2001) como: movimiento social, institucionalización, academización y “domesticación” discursiva, el multiculturalismo dará lugar a algunas de las nociones de interculturalidad.

En el caso de Ecuador, el término empezó a ser usado en el entorno de las luchas por la reivindicación social, en busca de una educación incluyente para los pueblos indígenas. Como consecuencia de ello, a fines de los años ochenta la educación intercultural bilingüe entró a formar parte de la política pública, especialmente a través de escuelas interculturales bilingües, exitosas, principalmente, entre los pueblos indígenas de montaña. Este es un

hecho a considerarse con atención a la luz de la historia de colonialismo del país frente a la composición demográfica actual. Si bien en el Censo Nacional de 2010 un 7% de los ecuatorianos se autoidentificaron como indígenas, un 72% se autoidentificaron como mestizos (Instituto Ecuatoriano de Estadística y Censos -INEC-, 2010).

Estas luchas reivindicativas no buscaron solo cambiar la realidad social sino dar paso a una nueva realidad de convivencia. Como apunta Walsh (2012): “más que un simple concepto de interrelación, la interculturalidad señala y significa procesos de construcción de conocimientos “otros”; de una práctica política “otra”; de un poder social “otro”; y de una sociedad “otra”” (p.53-54).

La Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador (CONAIE) adoptó el principio de interculturalidad dentro de sus bases conceptuales e ideológicas, actualmente enunciado como: “Construir una sociedad intercultural; promover la participación mediante el establecimiento de una democracia participativa, con fines de alcanzar la descentralización del poder y los recursos económicos, la solidaridad y la equidad” (CONAIE, 2017).

A partir del año 2006 y con la irrupción del movimiento que llevó a la presidencia a Rafael Correa, así como con la formulación y aprobación de la nueva Constitución del país en el año 2008, la interculturalidad entró a convertirse en uno de los enfoques y ejes principales de la política pública, especialmente en los ámbitos de educación, cultura, justicia y salud. Su uso intenso desde el discurso político ha supuesto una exposición y manejo del término que no necesariamente se ajusta a una definición, por ejemplo, como la que sugiere la misma política pública en sus documentos más técnicos.

Es así como el término empieza a aparecer aislado de las posturas que acompañaron las reivindicaciones sociales que impulsaron la interculturalidad: descolonialidad, cuestionamientos a las estructuras de poder, combate a la desigualdad social. De esta forma la interculturalidad emerge más bien como un *wishful thinking*, como lo señala Easterman (2009). Aun así, al comparar la Constitución actual con la de 1998, es posible ver avances en los planteamientos que proponen una sociedad intercultural desde la visión estatal.

Frente a una tendencia a proponer la interculturalidad desde la visión del Estado es importante recordar que en el caso ecuatoriano: “el uso del concepto de interculturalidad se inició en el seno del movimiento indígena como meta central de la lucha contra la hegemonía, colonial e imperial, dominante” (Walsh, 2012, p.24). Es decir, es posible que exista un proceso de “domesticación” del discurso de la interculturalidad, como el citado anteriormente de Dietz para el multiculturalismo.

Aunque la Constitución y el marco legal no definen la interculturalidad de manera directa, emplean de manera recurrente los términos, diálogo, interacción, respeto, para referirse a aquella. El marco legal y regulatorio hace énfasis en señalar que la interculturalidad es un enfoque que posibilita la aplicación y el ejercicio de derechos.

Una de las críticas que se pueden esgrimir como parte de la “domesticación” del discurso intercultural tiene que ver con el ejercicio político en el que se desenvuelve esta expansión en el uso del término interculturalidad que, como señala Unda (2017) estaría privilegiando los derechos materiales sobre los políticos. Esta división pone en duda la capacidad del Estado para promover la interculturalidad, no obstante una retórica que la pondría en el centro de muchas de las políticas relativas al Buen Vivir.

La implementación de las políticas de interculturalidad por parte del Estado no ha estado distante de las prácticas propias de la globalización, es decir, considerar la interacción entre grupos culturales diversos en un entorno pacífico y estático, partiendo de una definición homogénea de las diferentes culturas como miembros ajenos al Estado del que son parte:

Esta táctica de reconocer la diversidad incorporándola dentro del aparato estatal y, a la vez, promoviéndola como particularismos externos a lo nacional – estatal no está limitada al Ecuador; por el contrario es representativa de las nuevas formas de universalidad promovidas por el discurso y las políticas de la globalización neoliberal. (Walsh, 2012, p.30)

Como veremos, es necesario identificar el rol del Estado ecuatoriano como impulsor de la interculturalidad, pues permite ubicar las oportunidades que ofrece la política pública para el ejercicio de la interculturalidad, así como las ausencias de la política pública y las amenazas que supone para el futuro de muchas prácticas de los pueblos indígenas. El doble rol del Estado en muchos ámbitos, como la salud o la educación, al ser el rector de la política pública y al mismo tiempo el mayor oferente, crea zonas de ambigüedad para la interculturalidad. Cabe cuestionarnos, siguiendo a Walsh (2012) “el lugar desde donde se concibe y gestiona la interculturalidad”.

Para la reflexión que acompaña este trabajo se proponen cuatro *escenarios* en los que la interculturalidad emerge como uno de los conceptos centrales de la mejora de la calidad de vida y el ejercicio de los derechos sociales:

1. La época actual y la necesidad de convivencia. Si bien el mundo parece reclamar una convivencia intercultural, en el caso de Ecuador tiene además el peso de ser uno de los enfoques que permitiría, según la Constitución, las acciones afirmativas de los pueblos tradicionalmente marginados e invisibilizados, como los indígenas y afros. Cabe recordar que la desigualdad social en países como el Ecuador afecta aún más a los pueblos indígenas, afros y a las mujeres (CEPAL; 2016).

2. La historia de las luchas sociales de los pueblos indígenas en Ecuador. En 1990 se produjo en Ecuador un intenso levantamiento indígena que puede considerarse el hito de muchas luchas sociales cuyas discusiones y logros tienen aún vigencia. Dos años antes, se estableció la Educación Intercultural Bilingüe como parte del sistema educativo ecuatoriano. En 1992 el kichwa se incorporó como idioma “parte de la cultura nacional” en la Constitución del país.
3. La existencia de otras medicinas diferentes al modelo biomédico. Tanto desde la perspectiva de la vitalidad de las prácticas culturales como de la oferta en salud, el rol de las “otras medicinas” puede ser de gran importancia, tanto para la convivencia como para el acceso a la salud de los habitantes del país. Existe, en la práctica, un pluralismo médico. Aunque mucho del ejercicio de las medicinas tradicionales se haga al margen de las prácticas del modelo biomédico.
4. La interculturalidad como parte de la política pública actual. El Estado tiene la obligación de promover la interculturalidad. Si bien su visión y posición es aún hegemónica, la política pública tiene el potencial de abrir debates para permitir y potenciar la coexistencia de las medicinas diferentes. La necesidad de preservar saberes antiguos y las prácticas de las *otras medicinas* puede tener un impulso desde la política pública.

3.2. Interculturalidad: ¿entre quienes?

La diferenciación étnica o racial es parte de la herencia colonial. Así, la supremacía de lo blanco – europeo, la segregación y la aspiración del blanqueamiento, son legados de esta visión colonial. La historia del país está abultada de desencuentros en relación a la invisibilización, ocultamiento y marginación de las culturas indígenas y afroecuatorianas (De la Torre, 1996).

Aceptar la división de raza o étnica como base de la relación intercultural implicaría volver de una manera casi-ingenua a un concepto que sirvió de base para legitimar la dominación social colonial. Esta es una de las razones por la que autores como Walsh o Easterman propongan la descolonización del pensamiento intercultural. Easterman (2009) advierte la posibilidad de que la “inclusión” o el “diálogo” terminen enmascarando las desigualdades estructurales propias de las sociedades coloniales. Bajo esta perspectiva el cuestionamiento de la hegemonía de la cultura occidental, las relaciones de poder y las formas de dominación es esencial para dar un salto hacia un genuino pensamiento y práctica intercultural.

Si bien la dominación de las instituciones coloniales en la región de pie de montaña de los andes occidentales, región a la que pertenecen los tsa'chila, fue débil (Salomon, 1997), no estuvo del todo ausente. Así mismo, la configuración identitaria actual del pueblo tsa'chila, así como su asentamiento geográfico son tardíos. Vale la pena rescatar este detalle, pues el proceso de reivindicación política y lucha social es diferente al de los pueblos andinos de montaña, que es con el que se asocian muchas de las acciones afirmativas conquistadas por los pueblos indígenas dentro de la política pública.

La interculturalidad en el caso de la salud sería, en la práctica y desde la perspectiva de muchos ciudadanos, una decisión individual y una postura permanente por la que se optan entre diferentes soluciones médicas, de acuerdo a la creencia y el acceso. Es así como un habitante autoidentificado como mestizo en una ciudad como Santo Domingo de los Tsachilas puede optar un día por visitar al médico de un centro de salud y al siguiente acudir a una *limpia*⁶ realizada por un sanador indígena.

Sin embargo, el tránsito hacia una interculturalidad en salud que ocurra dentro de la esfera de lo público, con el apoyo y regulación del Estado, es un proceso pendiente. Una de las razones de esta ausencia de integración es, precisamente, el hecho de que el país arrastre algunos de sus complejos coloniales.

Pervive la noción homogeneizante de un país en el que han sido muchos y sostenidos los esfuerzos por 'blanquearlo'. Desde el aparato formal del sector salud, desde los servicios públicos aún persiste la mirada discriminatoria al 'otro', lo cual es fácilmente perceptible en la planificación, en el acceso y en la atención que se oferta. (Sola, 2010, p. 123)

Esta resistencia y perjuicio se puede explicar desde la complejidad del racismo y la exclusión que se mantienen en la actualidad. Si bien este análisis requiere de mayor profundidad y no es materia de este estudio, conviene referir al menos dos aspectos fundamentales para la comprensión de estos fenómenos.

En primer lugar, desde la vertiente histórica se sabe de la censura de las prácticas de curación indígenas aún en la primera época de la colonización por su fuerte conexión con sus creencias religiosas: la salud de los andinos estaba (y sigue estando) en estrecha relación con la armonía con su entorno. Si bien los extirpadores de idolatrías aceptaron el uso de algunas plantas y procedimientos (Fernández, 2012, p. 68), muchas prácticas fueron consideradas parte de la hechicería y fueron censuradas y asociadas al demonio.

⁶ El procedimiento de la limpia es uno de los más comunes en los andes. Consiste en la limpieza ritual del enfermo a través del uso de elementos como plantas, animales, huevos, entre otros, y que busca restablecer el equilibrio del afectado. El ritual de la limpia posee diferentes grados de complejidad, tanto por la gravedad del enfermo, como por el conocimiento del especialista que lo trata.

El uso de sustancias psicoactivas, así como las revelaciones de los chamanes andinos, han sido parte central de las terapias curativas tradicionales. El sueño, uno de los entornos habituales de revelación de los *pone tsa'chila*, fue aludido ampliamente por los sanadores indígenas andinos y así mismo advertido por los colonizadores. Fue así como estos procedimientos fueron proscritos y censurados. Muchos de los procedimientos que mejor se han mantenido son precisamente los de los lugares apartados o refugios, donde el extirpador de idolatrías tuvo mayor dificultad para acceder.

En segundo lugar, la existencia de un racismo estructural por el que la población local guarda estereotipos y prejuicios en contra de la población y el ancestro indígena, sigue permeando la cotidianidad del país, por lo que se puede asumir que afecta también a quienes forman parte de la estructura del estado. Una de las limitaciones actuales sería la incompatibilidad entre algunos de los postulados de la política pública y las mentalidades presentes entre la población.

3.3. Marco legal y derechos de la interculturalidad.

La Constitución propone la interculturalidad como un principio y enfoque bajo el que se guían algunos de los derechos amparados por esta. Así mismo, la interculturalidad es una de las características del Estado Constitucional de Derechos y Justicia proclamado en la Constitución. Como enunciado, su inclusión en la Constitución se hace eco de las reivindicaciones sociales que motivaron la incorporación de la interculturalidad en el debate público. Se puede considerar a éste el origen del uso del término en el marco legal actual:

...la interculturalidad intenta romper con la historia hegemónica de una cultura dominante y otras subordinadas y, de esa manera, reforzar las identidades tradicionalmente excluidas para construir, en la vida cotidiana, una convivencia de respeto y de legitimidad entre todos los grupos de la sociedad. (Castañeda, 2010, p.113)

Como se señaló antes, el rol de los movimientos indígenas en la consecución de derechos es un proceso de gran importancia en el desarrollo de los derechos sociales en el Ecuador. Desde la primera mitad del siglo XX hasta la creación de la Confederación de Nacionalidades Indígenas (CONAIE) en 1986, la trayectoria de luchas de estas organizaciones ha sustentado muchos de los logros actuales en materia de derechos relacionados a la interculturalidad.

Tanto la Constitución ecuatoriana de 1998, como la actual, aprobada en 2008, han dado cabida, aunque de maneras diferentes, a la interculturalidad. La de 1998 definía al Estado como pluricultural y multiétnico, definiciones que fueron ampliadas y superadas en la Constitución de 2008.

El Ecuador se concibe, de acuerdo a la Constitución actual, como un estado de derechos y justicia. La justicia indígena se encuentra reconocida por la Constitución y, de acuerdo al artículo 171, los pueblos indígenas pueden mantener formas organizativas y de jurisdicción de acuerdo a sus tradiciones y en su ámbito territorial. La aplicación y uso de las medicinas tradicionales gozan de prerrogativas similares, aunque el grado de integración ha sido diferente. La justicia indígena tiene el control y tutela de la Corte Constitucional, que se encarga de coordinar y vigilar la interacción entre ambos sistemas (decimos, en general, “los sistemas”, pero se trata de todos los sistemas de justicia de los pueblos y nacionalidades del país). En el caso de la salud, el Ministerio de Salud Pública ejerce la rectoría de la política pública en la materia, pero sus roles en relación a la coordinación, integración y conflictos entre la medicina tradicional y la alopática no han tenido la misma coordinación que se da entre la justicia indígena y la Corte Constitucional.

La Constitución del Ecuador en su artículo primero señala que: “el Ecuador es un Estado constitucional de derechos y justicia, social, democrático, soberano, independiente, unitario, intercultural, plurinacional y laico”. Como derechos de los pueblos indígenas, el numeral 12 del artículo 57 de la Constitución insta a:

Mantener, proteger y desarrollar los conocimientos colectivos; sus ciencias, tecnologías y saberes ancestrales; los recursos genéticos que contienen la diversidad biológica y la agrobiodiversidad; sus medicinas y prácticas de medicina tradicional, con inclusión del derecho a recuperar, promover y proteger los lugares rituales y sagrados, así como plantas, animales, minerales y ecosistemas dentro de sus territorios; y el conocimiento de los recursos y propiedades de la fauna y la flora.

Esta normativa, inédita en la historia del derecho del país, constituye un avance notorio sobre los derechos de los pueblos indígenas. Sin embargo, y como es común cuando la norma pretende modificar la realidad, el goce pleno de estos derechos es aún un proceso en marcha. Una serie de particularidades culturales deben aún considerarse para la integración y aplicación de las normativas constitucionales. Como sucede en el caso de la justicia indígena, muchos de los procedimientos de los saberes indígenas se transmiten de manera oral, aspecto que enfrenta a las prácticas de salud alopáticas con la necesidad de generar mecanismos de articulación y producción de información que sean sensibles a estas realidades.

La salud en la normativa actual, está considerada como uno de los derechos del buen vivir. La Constitución en su artículo 32 establece que uno de los enfoques para la prestación de servicios de salud es el de interculturalidad. En este caso, el enfoque de interculturalidad adopta dimensiones múltiples: relación entre individuos y pueblos, prestación de servicios, integración de sistemas. El sistema nacional de salud debe reconocer la diversidad social y

cultural, según el artículo 358 de la Constitución. Según este mismo artículo, el principio de interculturalidad constituye uno de los principios del sistema.

Siguiendo la jerarquía de la legislación ecuatoriana, la Ley Orgánica de Salud (LOS) expresa como uno de sus principios, junto a otros como la solidaridad y la integralidad, a la interculturalidad. Así mismo, el numeral “d” del artículo 7 señala como un derecho de las personas el “respeto a su dignidad, autonomía, privacidad e intimidad; a su cultura, sus prácticas y usos culturales; así como a sus derechos sexuales y reproductivos” (LOS). Más adelante, en el artículo 189 conmina a los integrantes del Sistema Nacional de Salud a incorporar el enfoque intercultural “en las políticas, planes, programas, proyectos y modelos de atención de salud, e integrarán los conocimientos de las medicinas tradicionales y alternativas en los procesos de enseñanza aprendizaje” (LOS).

El artículo 259 del mismo cuerpo legal va a definir las medicinas tradicionales:

Art. 259.- [...] Medicinas tradicionales.- Son el conjunto de conocimientos y prácticas ancestrales de las nacionalidades, pueblos, comunidades indígenas, mestizas y afro descendientes que a lo largo del tiempo han constituido un saber específico, mantenido y difundido en un contexto cultural, de interrelación de elementos naturales, éticos, espirituales, mentales, psicológicos y afectivos y que se explica y funciona en ese mismo universo cultural. Sus prácticas se corresponden con saberes, técnicas y procedimientos propios de su cosmovisión y son ejercidas por sanadores de las medicinas tradicionales, reconocidos por sus comunidades y registrados por la autoridad sanitaria nacional.

En el año 2012 el Ministerio de Salud aprobó y expidió el manual del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS). Este es un esfuerzo ambicioso y necesario para la implementación de los postulados constitucionales en materia de salud. Dentro de su marco conceptual y para la definición de salud este modelo se adhiere a la visión de la Organización Mundial de la Salud (OMS): “el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (MAIS, 2012, p.39).

El MAIS reconoce la diversidad de la población, así como la necesidad de responder a las necesidades de salud considerando esa diversidad étnica y cultural. Así:

“La incorporación de la interculturalidad implica fundamentalmente un posicionamiento ético y político de reconocimiento y respeto a la diversidad que permita una interacción horizontal y sinérgica, sustentada en el conocimiento, el diálogo y el irrestricto respeto a los derechos de las personas.” (MAIS, p.45)

La interculturalidad en salud permitiría, de acuerdo al MAIS, la interrelación entre culturas sanitarias distintas, con oferta distinta para usuarios distintos. El manual del MAIS no define la interculturalidad ni las condiciones en que esta se haría efectiva, sin embargo, la adopta como uno de sus enfoques principales de acción.

Finalmente, el derecho internacional también ha ofrecido acuerdos que impulsan el uso, defensa y preservación de las medicinas tradicionales indígenas. La Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas, adoptada por los países en el año 2007 y suscrita por Ecuador, en su Art. 24, N°1, señala:

Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud.

Tanto de los tratados internacionales como dentro de la jerarquía legal ecuatoriana existen los elementos para garantizar la oferta y desarrollo de las medicinas tradicionales y su interacción con el modelo biomédico. Sin embargo, en la práctica esta es una realidad que avanza con dificultad y plantea cuestionamientos sobre la efectividad de la política pública en relación a los derechos sociales, desde la perspectiva indígena.

3.4. Pluralismo jurídico, pluralismo en salud

En los albores del siglo XXI el pluralismo jurídico ha tenido grandes avances en el entorno latinoamericano. De acuerdo a éste, el derecho consuetudinario de los pueblos indígenas tiene un espacio en la legislación nacional y es el derecho próximo a los habitantes de territorios determinados, por ejemplo, el de los pueblos indígenas en sus comunas. Las fronteras de la justicia indígena se hallan en la Constitución y en los derechos humanos.

En el ámbito médico, en la práctica, existe un pluralismo médico por el que co-existen los modelos tradicionales junto a lo modelo biomédico impulsado desde el Estado. Muchas afecciones, tanto por la creencia como por la cercanía, son abordadas desde la medicina tradicional: desde curaciones de espanto hasta la atención de partos. Sin embargo, la mayoría de estas prácticas se hacen al margen de la regulación estatal.

Al contrastar la disponibilidad y supervivencia de las medicinas tradicionales con las condiciones utópicas propias de la filosofía intercultural, encontramos una contradicción que pondría en evidencia la desventaja en la que se hallan estas medicinas. Estas diferencias parten desde las condiciones en las que son ejecutadas y quiénes son sus ejecutantes: poblaciones indígenas, ámbito rural, personas de bajos ingresos, etc.

Así mismo, la falta de consensos en la definición de las otras medicinas, dada su diversidad, origen y complejidad, constituye también una barrera frente al avance de un esquema nacional de interacción y complemento de las medicinas diversas. Por ello, y pese a los esfuerzos realizados en los últimos años, la interculturalidad en salud no cuenta aún con bases teóricas

suficientes que permitan hacer una investigación, gestión y práctica intercultural. Es así que tanto la gestión, prestación de servicios, investigación y otros ámbitos de la salud, no han llegado a ser permeados plenamente de la interculturalidad.

En la investigación en salud existe un limitado desarrollo intercultural debido a la aplicación de un paradigma impositivo cuyos criterios históricamente han tratado de colonizar la mente de individuos que pertenecen a paradigmas distintos. Los procesos de investigación en el momento actual están vinculados con esferas de poder tanto en el sentido político como en el académico, ideológico, económico y oficial. (Ortega, 2010, p. 141)

El modelo biomédico occidental y las medicinas tradicionales poseen muchas diferencias tanto conceptuales como prácticas, que deben ser comprendidas si se busca su interacción. La aproximación que hace este modelo del individuo, la comunidad, la salud y la enfermedad, debería encontrar puntos de confluencia, dentro de los cuales se pueden establecer los ámbitos de cooperación y límites de las medicinas diferentes.

...las prácticas tradicionales centran su atención en las personas y su preocupación son los enfermos, ejerciéndose como señal de prácticas solidarias y comunitarias, mientras que, por su lado, la medicina occidental centra su atención en las enfermedades, siendo su principal preocupación su propia actuación, en medio de un desarrollo institucional jerárquico. (Sola, 2010, p.123)

Para comprender el pluralismo médico desde las ciencias sociales existen diferentes modelos que pueden usarse. Sin embargo, para abarcar la complejidad del pluralismo médico es necesario, como lo apunta Perdiguero (2006), "...que a nivel teórico se abandone la rigidez de los modelos de uso de servicios sanitarios que no consiguen entender la inextricable naturaleza social, cultural y biológica de la salud y la enfermedad" (p.42). Es preciso reivindicar que además de sus aportes concretos en la solución de enfermedades, las medicinas tradicionales aportan enfoques muy ricos para la comprensión de los elementos en juego en la oferta en salud: persona, comunidad, equilibrio, salud, etc.

Como señalamos anteriormente, se puede afirmar que existe un pluralismo médico fáctico, que no ha sido aún integrado plenamente en el sistema público de salud. El ejercicio de la medicina tradicional se sigue haciendo en condiciones de desventaja, pues no cuenta con las condiciones que promueve la regulación para el ejercicio de la medicina alopática. Tanto las diferencias intrínsecas de los modelos médicos, como factores externos (hegemonía, verticalidad) marcan una distancia entre los modelos. A esto se podría añadir los cambios vertiginosos que experimentan las medicinas tradicionales, tanto por el turismo, los nuevos intereses ancestralistas propios de la modernidad y el impacto de la globalización y las tecnologías de la información.

3.5. Salud y enfermedad

¿Cómo comprender el entramado de relaciones que existen entre individuo, sociedad, salud, estado y política? Un enfoque etnocultural permite un acercamiento, en una perspectiva amplia, a la complejidad de las relaciones implícitas entre sociedad, estado y salud. Siguiendo a Breihl (2010):

[...] lo etnocultural se construye en esa interfase entre lo biológico y lo social, entre la naturaleza y la sociedad, y participa en la generación de condiciones que llevan a ciertos modos de enfermar y de morir, así como a prácticas y actitudes ante la salud. (p.7)

Este enfoque permite un acercamiento amplio a la complejidad de los elementos en juego en la solución de enfermedades o consecución de la salud en un entorno cambiantes y culturalmente diverso. Aunque es una preocupación permanente entre los pueblos de todas las épocas de la humanidad, la concepción de salud es, también, diversa y cambiante. Se la puede asociar de manera sencilla – y casi ingenua – con la idea de bienestar. El carácter fuertemente simbólico del término *salud*, complejiza su definición.

Para las sociedades premodernas las medicinas y concepciones de enfermedad de cada comunidad o grupo cultural estaban adscritas a las narraciones que de ellas se hacían, con sus propios paradigmas de salud-enfermedad; por tanto, la afectación implicaba las relaciones simbólico-sociales del grupo (Duch, 2004, p.48). Para la medicina tradicional, concretamente para la de los pueblos andinos la base de la explicación de la enfermedad tiene que ver principalmente con un desajuste: con el entorno natural, con la comunidad, con uno mismo: “cuando el hombre y la mujer están en buena relación con todos los elementos de su entorno, sean estos naturales o humanos, dicha persona está sana y saludable.” (Yáñez, 2005, p.23)

De otro lado, la explicación de la enfermedad en el mundo industrializado ha tenido que ver principalmente con microbios, toxinas y malos funcionamientos internos (Morris, 1998, p.5). En un ambiente posmoderno la enfermedad es biocultural: “...en el sentido específico de que ahora conocemos de qué manera la biología humana se encuentra implicada en un incesante intercambio con las fuerzas de la cultura humana” (Morris, en: Duch, 2004, p.48).

La idea de medicina tradicional es amplia y resulta arriesgado hacer una sola acepción. En un país como Ecuador es importante hablar de medicinas tradicionales en plural, pues además de las que han desarrollado los pueblos y nacionalidades del país, existen los saberes de los blanco-mestizos, en los que se combinan las tradiciones curativas de vertiente diversa. Perdiguero (2006), realiza una aproximación valiosa a la idea de medicinas tradicionales:

Bajo estas etiquetas se consideran tanto formas de sanar milenarias con tradiciones doctrinales bien establecidas como modas dietéticas de efímera vida, pasando por otras muchas formas tradicionales de entender la salud y la enfermedad que sin tener un corpus

doctrinal tan rígido se encuentran totalmente arraigadas en las comunidades en las que cumplen su función. (p. 34)

Para los pueblos andinos, la concepción de salud y enfermedad mantiene una perspectiva amplia e incluyente, lo que facilitaría desde la visión tsa'chila, por ejemplo, la interacción entre las medicinas diversas en un entorno que podría llamarse de éxito intercultural. Se ha podido comprobar la apertura y naturalidad con los miembros de la comunidad incluyen procedimientos de la medicina alopática para solucionar los problemas que sus sanadores no pueden, Incluso los *pone* muestran total apertura para ser tratados por la medicina occidental en el tratamiento de las dolencias que ellos no pueden resolver.

En sentido integral, el pleno disfrute de la salud para los pueblos indígenas, además de los factores de orden médico (biológico), está relacionado con los factores contextuales que lo determinan: acceso a la tierra-territorio, a los recursos naturales, a un medio ambiente sano, condiciones de vivienda, nutrición y la armonía social que emana de la expresión irrestricta de su identidad cultural y su libre determinación en sus asuntos. Por ello, la salud indígena en su dimensión de salud colectiva está relacionada con los factores de orden ecológico, político, económico, cultural, social y espiritual. (Castañeda, 2010, p.98). Como señala Estermann (2016), la enfermedad y la salud para la cosmovisión andina no son fenómenos aislados ni únicamente antropológicos (p.251). De ahí que muchas de las técnicas de curación de los sabios y chamanes estén orientadas a reconectar al individuo con su comunidad, con su entorno. Los nexos de los desajustes, no son puramente causales, sino rituales y simbólicos (íbid).

En todos los ámbitos de la existencia, el principio de la complementariedad es una de las bases del pensamiento andino, (Estermann, 2016): "Ningún 'ente' y ninguna acción existe 'monádicamente', sino siempre en co-existencia con su complemento específico. Este complemento (*con + plenus*) es el elemento que recién 'hace pleno' o 'completo' al elemento correspondiente" (p.146). Esto aplica no solamente al interior de las creencias propias de la cosmovisión andina, sino también hacia afuera. Como se mencionó antes, los sanadores indígenas acuden con toda naturalidad a los tratamientos complementarios de otras medicinas cuando se enfrentan a los límites de sus propios saberes.

Si bien no existe una definición única de salud para los pueblos andinos, el habitante kichwa la define en estos términos:

La enfermedad en los Andes es el resultado de la falta de interrelacionalidad, porque si el runa [ser humano] como parte del mega-cuerpo llamado Pacha-Mama cumple con su misión y sus obligaciones de mantener este nexo de conversación y relación respetuosa con la madre naturaleza, siempre estará en posesión de la salud integral, pero si por el contrario, él se 'olvida' de su misión equilibradora, armonizadora y rompe con el nexo de comunicación con los demás seres, está provocando el apareamiento de las fuerzas

masculinas que provocan las enfermedades como una llamada de atención para que el runa vuelva a su estado de 'puente' entre las demás familias que componen el pariverso. (Cachiguango, 2010, p. 69)

No obstante, es importante recordar que los pueblos de pie de montaña, como los tsa'chila, mantuvieron una identidad propia frente a los de la sierra y Amazonia, sin llegar a tener conceptos que se opusieron de manera radical con los antes señalados. Ventura (2012) ofrece una aproximación a la definición tsa'chila de enfermedad:

...excepto en las enfermedades consideradas "de los blancos" (*feto kiyan*), la etiología de los males corporales rara vez se atribuye a un origen físico y su tratamiento rara vez se limita a remedios que actúen sólo en el cuerpo, y todavía menos en un cuerpo individual. [...] ... es útil señalar aquí que la enfermedad tiene un fuerte componente social y que su manifestación física en un cuerpo individual es sólo circunstancial. (p.123).

La enfermedad deviene en un complejo que abarca el desequilibrio en las dimensiones en las que el ser humano se halla inmerso: consigo mismo, su familia, su comunidad, su entorno natural y su relación con las entidades espirituales. Quién mejor puede devolver ese equilibrio es quien conoce los secretos de esas relaciones y como volverlas a ese estado: el chamán. Desde la perspectiva chamánica la enfermedad es un desajuste, como lo explica Duch (2002):

En el universo chamánico, que, por regla general, se fundamenta en la relación «microcosmos - macrocosmos», la enfermedad se considera, en primer lugar, como una profunda falta de armonía entre el individuo y el conjunto del cuerpo y, mucho más secundariamente, como una posible transgresión de la ordenación moral y cultural que impera en una determinada sociedad. Restablecer relaciones correctas entre el individuo, el cuerpo (la naturaleza) y los espíritus acostumbra a construir el centro capital de la praxis terapéutica de los chamanes. (p.327-328)

La decisión de curación en el sentido de elección, desde la perspectiva tsa'chila, se podría explicar a partir de la idea de los grupos de gestión terapéutica, en los que "estos grupos, y no tan solo el individuo serían verdaderamente los que irían tomando las decisiones en el proceso de búsqueda de la salud" (Perdiguero, 2006, p.40). Entre los tsa'chila, el sabio poseedor de los secretos del equilibrio, y canalizador de éste, es el chamán, llamado en lengua tsa'fiki: *pone*. El *pone* estudia y analiza cada caso para dilucidar el origen del desequilibrio y trabajar sobre este. Por medio de los rituales en los que sus saberes y el uso de las plantas tiene un papel preponderante el *pone* se encargará de dar *contra* a la enfermedad.

3.6. El Estado y las otras formas de hacer salud

La medicina a la que accedemos cotidianamente en el mundo occidental es la biomedicina o medicina científica. La respuesta de la biomedicina al proceso denominado por Menéndez (1994) salud / enfermedad / atención sería el modelo biomédico. Si bien nos referimos de manera unívoca al modelo biomédico como si se tratase de uno solo, éste tiene diversas formas: “if research has demonstrated anything it is the plurality of biomedicines” (Gordon, 2012, p.22).

El Estado ecuatoriano diseña su prestación en salud a partir del modelo biomédico. Éste puede definirse como un modelo hegemónico debido a su carácter tendiente a excluir a las otras medicinas, así como a una jerarquización basada en la autoridad científica. A su vez, éste se dividiría en tres modelos (Menéndez, 1992): individual privado, médico corporativo público y corporativo privado (p.102). Este autor caracteriza a los tres con estos rasgos estructurales comunes:

...biologismo, concepción teórica evolucionista-positivista, ahistoricidad, asocialidad, individualismo, eficacia pragmática, la salud como mercancía (en términos directos o indirectos), relación asimétrica en el vínculo médico-paciente, participación pasiva y subordinada de los “consumidores” en las acciones de salud, producción de acciones que tienden a excluir al consumidor del saber médico, legitimación jurídica y académica de las otras prácticas “curadoras”, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica [...] normatización de la salud/enfermedad en sentido medicalizador, tendencia al control social e ideológico, tendencia inductora al consumismo médico, tendencia al dominio de la cuantificación sobre la calidad... (Menéndez, Ibid)

Este modelo pone en evidencia las tensiones y obstáculos que se presentan en la interacción del modelo biomédico y la medicina tradicional. Si bien la Constitución y el Código de Salud promueven una interculturalidad en salud, la práctica de las medicinas tradicionales, leída desde la óptica de la biomedicina, tiende a subordinar estas prácticas.

Todos los curadores encargados de dar respuestas técnicas a los padecimientos, estén o no organizados corporativamente, generan actividades que inevitablemente se sociologizan y culturalizan, dado que se ejercen sobre sujetos y grupos sociales que no sólo dan significado técnico a sus problemas, sino sobre todo significados subjetivos y sociales. (Menéndez, 1994, p.72)

En el entramado de interpretaciones que se dan a las respuestas de la medicina tradicional, desde el modelo biomédico queda claro que las *otras medicinas* deben ser reguladas, como lo señala el Artículo 191 de la Ley Orgánica de Salud de Ecuador: “La autoridad sanitaria nacional implementará procesos de regulación y control, para evitar que las prácticas de las medicinas tradicionales atenten a la salud de las personas”.

La visión hegemónica del modelo biomédico se encuentra en tensión con las aspiraciones expresadas en la Constitución, el acceso a los derechos sociales y la construcción de un Estado intercultural. Breihl (2010) establece una crítica necesaria para la comprensión de la contradicción entre la incorporación de visiones y enfoques de interculturalidad y la limitada aplicación de la interculturalidad en la práctica cotidiana de la salud:

En salud, la visión hegemónica de la interculturalidad determina: la institucionalidad oficial acepta el "valor" de las terapias ancestrales, las asume, pero las inscribe y subordina a la lógica dominante que está muy influida por el modelo biomédico alopático. Y entonces vivimos la contradicción de que celebramos la incorporación de estas terapias alternativas, pero no nos percatamos de que su modo de incorporación las limita y desnaturaliza. La burocratización de los procesos, su institucionalización errada, han hecho que la llamada interculturalidad de la salud tenga un carácter polémico, conflictivo. (p.10)

El hecho de que las medicinas tradicionales se integren a la visión hegemónica de la salud desde el Estado no permitirá el pleno goce de los derechos que promueven la interculturalidad. Existen principios intrínsecos a cada modelo que deben ser conocidos a profundidad para que sus puntos de confluencia permitan un pluralismo médico sin la supremacía de un modelo sobre otro. Volvemos sobre los postulados de la interculturalidad cuya desconexión con la realidad atraviesa la desestructuración del modelo biomédico para garantizar un diálogo intercultural.

Pensar que la interculturalidad en salud proviene únicamente de la capacitación del personal sanitario en temas interculturales puede ser un error, pues esto no garantiza que los entornos en los que se planifica y gestiona la oferta en salud se modifiquen. Fernández (2010) lo explica:

El criterio básico de cualquier aproximación intercultural a la problemática de salud debe ir más allá de la simple 'competencia cultural' de los equipos médicos que trabajan en contextos indígenas; precisa formas de expresión de modelos de diálogo intercultural entre todos los implicados en el escenario de la salud. La biomedicina con sus claves y escenarios, las medicinas indígenas con las suyas. (p.28).

El desarrollo de la interculturalidad en salud implica un diálogo constante y la búsqueda de la comprensión de las necesidades de salud de la población. La filosofía intercultural ha desarrollado grandes aportes que deben ser adoptados y asimilados para moldear la política pública con un sentido abierto e incluyente hacia las otras medicinas.

4. Metodología

Se ha planteado un acercamiento exploratorio hacia la interculturalidad desde la visión de los tsa'chila. Es así que se ha encontrado que la metodología adecuada para alcanzar el objetivo de la investigación es cualitativa. En el contexto de las narrativas locales de los pueblos y nacionalidades indígenas, esta investigación se plantea también como una exploración de las mismas.

Conviene recordar que el pueblo tsa'chila tiene aproximadamente 2900 habitantes, asentados en su mayoría en la provincia de Santo Domingo de los Tsachilas. Esta nacionalidad se distribuye en 7 comunas: El Búa, Cóngoma, Chigüilpe, Los Naranjos, Otongo-Mapalí, Peripa y El Poste. Las comunas no se encuentran distribuidas en torno a un centro nuclear, sino más bien en la periferia de la ciudad de Santo Domingo, especialmente en dirección occidental, sur – occidental. En cada una de las comunas existen sanadores – *pone* –, algunos con mayor trayectoria y prestigio que otros. Además de las curaciones y limpiezas que realizan en sus comunidades, tanto a los locales como a los visitantes, los sanadores salen a las ciudades grandes a ofrecer sus servicios. Todas las familias poseen plantas medicinales en los alrededores de sus casas y en sus fincas. El uso de las hierbas y plantas medicinales es cotidiano para todos los tsa'chila.

4.1. Diseño metodológico

Se busca analizar las narrativas encontradas acerca de los objetivos de la investigación, a fin de que estas expliquen lo que podría ser una visión tsa'chila de la interculturalidad en salud. En tal sentido, esta investigación pretende hacer una exploración de narrativas siguiendo lo planteado por Berger y Luckman (2001).

La cultura tsa'chila mantiene y prolonga sus saberes de manera oral. Siendo así, los relatos sobre su medicina tradicional no son únicamente *acerca de*, sino también el conocimiento mismo. Esto se explicaría, como señala Ong (2012), por medio del rol de la palabra en la cultura oral: “For anyone who has a sense of what words are in a primary oral culture, or a culture not far removed from primary orality, it is not surprising that the Hebrew term *dabar* means ‘word’ and ‘event’” (p.32).

Por tanto, el enfoque principal de la exploración busca identificar y analizar las narrativas proporcionadas por los mismos tsa'chila, tanto en las fuentes recabadas directamente para este trabajo como las secundarias.

4.2. Herramientas metodológicas

Entrevistas en profundidad

Las herramientas principales a usarse en este trabajo son las entrevistas en profundidad, cuyo análisis aporta las principales respuestas a la propuesta de investigación, es decir, que la entrevista permita acceder a las narrativas en relación a la interculturalidad. Estas entrevistas son las fuentes primarias de la investigación y fueron realizadas por el autor de este trabajo, en el primer semestre del año 2017.

Las entrevistas se aplicaron a cinco miembros de las comunidades tsa'chila, entre ellos el actual Gobernador Javier Aguavil. Se buscó un equilibrio en cuanto a no centrar las entrevistas en una sola comuna. También, se ha contado al menos con la participación de una mujer en las entrevistas. Siendo la medicina tradicional, en sus diferentes niveles de aplicación, cercana y natural para esta nacionalidad, los entrevistados ofrecen sus posturas desde su propia experiencia. La investigación plantea recabar las narrativas y visiones de representantes tsa'chila acerca de la interculturalidad en salud.

Debido a la presencia y cercanía de la medicina tradicional en la cotidianidad, la mayoría de los miembros de esta nacionalidad poseen criterios consistentes sobre la misma. Los *pone* son generalmente varones y la estructura social está muy orientada al poder masculino. Se ha percibido un cierto grado de homogeneidad sobre la identidad cultural del contacto con la nacionalidad, así como de la revisión documental.

Las consideraciones para elegir a los entrevistados, así como para la elaboración de las preguntas fueron:

- Aunque los *pone* son los especialistas en la medicina tradicional tsa'chila, no ha sido posible acceder a entrevistar a varios de ellos. Dos conocidos *pone* fueron contactados y declinaron de participar en las entrevistas. Es conocido el celo de los *pone* y los tsa'chila acerca de sus saberes. Esto podría responder a la reputación de los sanadores y la medicina tradicional tsa'chila, cuya fama ha trascendido las fronteras de sus comunidades y la provincia donde se encuentran, así como a la necesidad de mantener un cierto secreto frente a sus saberes. Varios investigadores, periodistas y curiosos han acudido a los conocimientos tsa'chila, no solo como soluciones médicas, sino también como una fuente de saberes. La aproximación a los entrevistados se ha hecho aclarando de entrada el interés sobre sus experiencias y percepciones sobre la interculturalidad, como está planteada desde el Estado y la Constitución, antes que a un interés por obtener saberes médicos. Dentro de este contexto

las entrevistas se han realizado a un grupo heterogéneo, sin que los participantes sean necesariamente *pone*.

- Si bien los tsa'chila son en su mayoría bilingües, su lengua materna es el tsa'fiki. Para evitar las confusiones sobre las respuestas, se ha procurado hacerlas de manera simple y buscar la reiteración y aclaración de los temas confusos. Así mismo, se ha pedido permiso para registrar las entrevistas también en video y así poder realizar análisis del discurso, considerando el lenguaje no verbal, en especial para las respuestas oscuras o ambiguas.
- La cultura tsa'chila es protocolaria y tiende a evitar radicalmente el conflicto innecesario. De ahí que los temas que pudieron provocar tensión fueron abordados con la sensibilidad que requiere, precisamente, un diálogo intercultural.

La elaboración de las preguntas se basó en los objetivos de la investigación, trasladados a elementos del diálogo que conduzcan a categorizar las respuestas de acuerdo a estos objetivos. Es así que estas preguntas buscaron abarcar cuatro bloques de información que cubran los objetivos de la investigación. (Anexo I). En la tabla siguiente se plantean los ejes de estos bloques con las temáticas principales que los lleva a preguntas.

Tabla 1. Bloques de información y lineamientos para las preguntas.

Conocimiento de la interculturalidad desde la propuesta estatal	Posibilidades de integración	Oportunidades la medicina tradicional tsa'chila	Supervivencia de la medicina tradicional tsa'chila
Constitución	Apertura del Estado	Obstáculos	Aprendices
Código de Salud	Proyectos, Ferias	Interés	Mantención
Derechos	Oferta	Uso de la comunidad	Idioma
Apertura	Reputación, fama	Uso del público	
Ministerio de Salud			

Fuente: Elaboración propia

Los bloques de información categorizan las respuestas que dan lugar al análisis. Como es propio de la metodología cualitativa, se mantuvo la apertura para generar otras preguntas durante la entrevista, de acuerdo al enfoque, énfasis o información adicional proporcionada por los entrevistados. (Anexo I).

Las entrevistas se realizaron de manera individual, con excepción de una de ellas que se realizó a dos personas a la vez, debido a la situación en la que los entrevistados decidieron compartir sus opiniones. El registro se hizo en audio y tuvo como respaldo el registro en video, como se señaló antes.

Fuentes secundarias

Se ha incorporado el uso de fuentes secundarias como entrevistas realizadas a miembros representativos de la nacionalidad tsa'chila en medios de comunicación e internet, además de investigaciones sobre la nacionalidad tsa'chila hechas en el campo antropológico, social y etnohistórico. Estas fuentes proveen información complementaria a los bloques de información planteados desde el diseño de las entrevistas. Estos bloques han guiado la exploración de las fuentes secundarias.

Puesto que se da prioridad a los relatos de los mismos tsa'chila se ha dado mayor importancia a los testimonios proporcionados por ellos en medios de comunicación. Tras una búsqueda preliminar se propuso usar los siguientes:

Tabla 2. Selección de fuentes secundarias.

Medio	Criterios de selección	Fuentes usadas
Prensa	Trayectoria del medio, calidad del reportaje, entrevista, contrastado, actualidad, trayectoria del entrevistado (cuando es el caso).	El Comercio El Universo El Telégrafo
Video	Trayectoria del entrevistado, trayectoria del productor, relevancia de la información para la investigación.	YouTube InternetArchive
Investigaciones publicadas	Relevancia de la información para la investigación, actualidad.	Varias investigaciones sociales, antropológicas y etnohistóricas.

Fuente: Elaboración propia

Las entrevistas y testimonios recogidos de medios de comunicación fueron de años recientes, con excepción de uno, de los años 80 del siglo XX, debido a su valor testimonial. Sobre los documentos publicados (libros y artículos) se ha dado prioridad a su relevancia, siendo la mayoría de ellos publicados desde los años noventa del siglo XX hasta la actualidad.

5. Análisis de resultados

Las entrevistas en profundidad, así como la revisión de las fuentes secundarias han permitido obtener relatos que explican los objetivos planteados. Adicionalmente las fuentes han permitido identificar otros bloques de información que se muestran relevantes para el objetivo general de la investigación. Esta información adicional a la planteada desde los objetivos tiene que ver con la forma en la que la medicina tradicional tsa'chila se oferta en la actualidad, la importancia de los viajes e intercambios para los sanadores, así como la figura icónica de Abraham Calazacón, el más conocido de los sanadores tsa'chila.

Adicionalmente, hemos considerado pertinente dedicar dos apartados a temas que resultaron de una amplitud no esperada al realizar la investigación: los términos usados para referirse a los portadores especializados de la medicina tradicional, así como un apartado para las fuentes secundarias creadas en el entorno de las sociedades del conocimiento y la información.

5.1. Una semántica para referirse a los sanadores

Si bien los conocimientos generales de medicina tradicional tsa'chila son cercanos a todos los miembros de esta nacionalidad y son usados de manera cotidiana, se han identificado varios términos que hacen referencia a los portadores de los saberes más especializados. Es así que términos como *sanador*, *pone*, *vegetalista*, *sabio*, *chaman*, *curandero*, se usan indistintamente para señalar a los especialistas en saberes ancestrales de medicina tsa'chila. Así mismo, el “Reglamento para la práctica de la medicina ancestral Tsa'chila” se refiere a los portadores de los saberes médicos tradicionales como: *pone*, *hombres y mujeres de sabiduría*, *vegetalistas*, *herbolarios* y *naturalistas*, existiendo diferentes jerarquías para ellos de acuerdo a su nivel de formación y experiencia.

Para evitar confusiones y respetar las jerarquías de saberes que muchos tsa'chila defienden, haremos una distinción entre estos términos, de acuerdo a lo que hemos identificado en las entrevistas y el material investigado. En primer lugar, reservaremos el término *pone* para referirnos a los chamanes, es decir, los más altos poseedores de los conocimientos de la medicina tradicional tsa'chila. Aunque el término se usa indistintamente en la literatura para referirse a los *sabios* y *brujos*, (Costales y Costales, 2002), o *chamanes* (Ventura, 2012). Aquí lo usaremos principalmente como traducción de *chaman*, siguiendo, principalmente, la propuesta de esta última autora. Puesto que este último término posee también una marcada polisemia, tanto por la referencia religiosa, que ubica al *chaman* como un místico, “el gran

especialista del alma humana” (Eliade, 1976, p.25), así como por sus abundantes conocimientos sobre las plantas curativas y la salud desde la perspectiva propia de la cultura en la que ejerce, referiremos al chaman como un especialista de la medicina y religión tradicionales, pero también como “el punto de articulación de las identidades particulares, tanto en el seno de la sociedad como con el resto de las tradiciones con las cuales lleva a cabo los intercambios” (Ventura, 2012, p.31). Cabe señalar que el reconocimiento del *pone* vendría de su formación como de sus resultados, como lo señalaron quienes fueron entrevistados para este trabajo.

Términos como *sabio*, *herbolario* y *vegetalista* pueden describir al *pone*, aunque no necesariamente un *sabio*, *herbolario* o *vegetalista* es un *pone*. Es así que, siguiendo la jerarquía que los mismos tsa’chila sugieren, usaremos estos términos para quienes ofrecen sus saberes, sin haber recibido obligatoriamente la denominación de *pone* desde sus comunidades.

Con el término *sanadores* referiremos a todos quienes poseen saberes que permiten ofrecer soluciones relacionadas a la salud, indistintamente de su jerarquía. Aunque desde el mundo blanco-mestizo se usa también el término *curandero*, dejaremos éste fuera de las descripciones, por la connotación peyorativa que puede contener. Más adelante nos referiremos también a los estadios de formación que han sido parte de la discusión, como parte del “Reglamento para la práctica de la medicina ancestral Tsa’chila” que se impulsa desde la Gobernación Tsa’chila⁷.

5.2. Interculturalidad, fuentes y tecnologías de la información

La mayoría de la información disponible acerca de los tsa’chila ha sido escrita por personas que no pertenecen a la nacionalidad. Esa así que antropólogos, etnohistoriadores, periodistas han escrito sobre las tsa’chila desde su visión blanco mestiza. Sobre esto, Albertina Calazacón⁸ expresaba su desacuerdo con las historias que se cuentan sobre esta nacionalidad en un reportaje de prensa:

⁷ Como parte de la autonomía que poseen las nacionalidades indígenas de acuerdo a la Constitución, la nacionalidad tsa’chila tiene una gobernación que es su máximo organismo de liderazgo político y común para toda la nacionalidad. Actualmente el Gobernador de la nacionalidad se elige entre sus miembros por períodos de cuatro años (Chuji, 2013).

⁸ Albertina es nieta del conocido *pone* Abraham Calazacón y una líder destacada de la nacionalidad tsa’chila. Entre 2013 y 2017 se desempeñó como asambleísta alterna de la Asamblea Nacional del Ecuador.

Cree que gran parte de lo que se ha escrito sobre ellos no es verdad. La mujer está convencida de que la verdadera historia solo la conocen los ancianos y los sabios. Sin embargo, nunca se la contaron a nadie. (La Hora, 3 de julio de 2010).

Ella no es la única. En las entrevistas realizadas para esta investigación se señaló también este desacuerdo. Al abordar los documentos y contrastarlos con los testimonios recogidos para esta investigación, emergió una fuente amplia de declaraciones y opiniones sobre los tsa'chila: ellos mismo haciendo afirmaciones sobre los temas de su interés, muchos de los cuales se encuentran accesibles en Internet. Existe abundante información acerca de la nacionalidad tsa'chila: reportajes, entrevistas y documentales que cuentan sobre su cotidianidad, posición política, preocupaciones sobre la medicina ancestral, promoción turística, mitos e historias. Estas fuentes suponen un recurso valioso, de abordaje menos frecuente en las ciencias sociales, y que ofrece desafíos nuevos de cara a la fiabilidad y escrutinio de los mismos.

Al explorar el término “tsachila” en una plataforma como Youtube la búsqueda arroja 8720 resultados (en abril de 2017). Constituye un desafío el escrutinio de cuales pueden entregar información que permita avanzar en la investigación de temas específicos desde las ciencias sociales. Los filtros se pueden aplicar desde diferentes ángulos: si se trata de un medio o comunicador acreditado; el abordaje del tema; las técnicas usadas. Los criterios de evaluación no son excesivamente diferentes de los que se usan para evaluar un material que no posee el respaldo de una publicación o institución académica.

Es así que hemos podido identificar varios testimonios del pueblo tsa'chila que no solo aportan a las reflexiones de este trabajo, sino que también ofrecen puntos de vista significativos sobre los temas que aquí se abordan. Creemos además que esta posibilidad abona a la recopilación de testimonios de miembros de la nacionalidad hablando de su propia cultura.

La nacionalidad tsa'chila posee una atención amplia desde los medios de comunicación y la población blanco-mestiza. Esta atención ha sido aprovechada tanto para la promoción de su cultura desde el ámbito turístico como por ciertos sanadores que promocionan sus servicios desde Internet. La *exotización*, sin embargo, como un tratamiento externo superficial a esta cultura, es un riesgo latente, como lo ha sido para otras culturas poseedoras de saberes médicos ancestrales en el entorno posmoderno (Fernández, 2012).

5.3. Conocimiento de la interculturalidad como se plantea desde el Estado

Como se señaló antes, la idea de salud para los pueblos andinos parte de un principio de integralidad. Para los tsa'chila esta es una idea clave, que debe considerarse al emprender el diálogo intercultural desde la visión blanco-mestiza, como lo señaló Luis (nombre ficticio) en la entrevista: “para nosotros lo que es la salud y enfermedad es algo basado en la espiritualidad, basado en un desequilibrio entre el bien y el mal. Ahí es que nosotros, un indígena, un tsa'chila, se siente enfermo”.

Una de las percepciones más comunes sobre la interculturalidad en salud que propone el Estado identificada en el material estudiado tiene que ver con el parto. Los esfuerzos hechos por el Ministerio de Salud Pública para ofrecer un “parto culturalmente adecuado” parecen haber tenido frutos, al menos desde una perspectiva de comunicación, pues han consolidado una primera percepción sobre interculturalidad. Así lo comenta María (nombre ficticio) al referirse a esta propuesta de parto: “se ha dicho que tenemos el derecho de que también se haga como nosotros estamos o estaban acostumbrados a hacerlo acá en las comunidades”. La iniciativa de adecuación cultural de los partos se remonta al año 2002. En el año 2008, más de 80 establecimientos de salud en 12 provincias lo habían implementado (Hermida y otros, 2010, p.275). Sin embargo, desde una perspectiva más crítica, Luis comentó en la entrevista su desazón con la falta de especificidad cultural de esta iniciativa:

...toman un parto natural, una persona cualquiera puede ser, dar parado en el momento del parto. Muchas veces dicen eso es un parto intercultural. Por ejemplo, una experiencia [...] en la cual adecuaron en cierto lugar del área de partos: unos cabos, unas colchonetas y ya, declararon parto con pertinencia cultural.

Como señaló también Luis: lo importante es la ritualidad que rodea al nacimiento. La subjetividad que envuelve la experiencia de dar a luz sería una parte esencial de acuerdo a un enfoque intercultural. Así mismo, en los cuidados previos al parto, Ventura (2012) identificó que la mujer embarazada realizaba dos o tres visitas al *pone* con fines de purificación, para “evitar los malos espíritus que puedan entorpecer el desarrollo normal del niño” (p.102). En la mayoría de las experiencias del parto culturalmente adecuado se incluyó la capacitación a parteras y comadronas como parte de su implementación. Sin embargo, para los tsa'chila el aprendizaje de ayuda en el parto no se centra únicamente en la mujer y se basa principalmente en la experiencia (Íbid, p.102-103). Aunque el parto culturalmente adecuado es una de las intervenciones más conocidas de la interculturalidad en salud, ésta parece no haber sido la más cercana como experiencia en el caso de los tsa'chila, aunque si la más conocida.

Tanto la investigación como el diseño de acciones de interculturalidad en salud, se perciben como unilaterales y poco participativas. Así señaló José (nombre ficticio) en la entrevista:

A veces nos quieren hacer un lado. Digo así porque en salud intercultural quieren manejar, vienen otras personas, o sea personas ajenas de la nacionalidad, entonces quieren apoderarse de nuestro conocimiento. Igual, de las instituciones, vienen unos funcionarios que quieren apoderarse del conocimiento de los tsa'chila. Entonces, a veces nosotros no dejamos. Investigan todo y quedan ahí. Entonces, la investigación se llevan ellos y aprovechan y a nosotros [nos] dejan igual como estamos.

Con este tema coincide Luis, cuando apuntó que muchas de las acciones de interculturalidad se diseñan desde la posición de los funcionarios en las ciudades, sin tomar en cuenta la visión de la nacionalidad tsa'chila:

...ese fue un error que se ha visto: desde arriba no tienen ese conocimiento ancestral. Simplemente ellos creen “desde este punto de vista vamos hacer esto, vamos a enfocar ciertos temas” y nos envían todo un plan hecho desde arriba.

Si bien el derecho de consulta está garantizado en la Constitución, en la práctica mucho del ejercicio de planificación y ejecución de la política pública se hace desde una visión vertical, urbana y distante del enfoque de los actores y beneficiarios en el territorio. Sobre la “Humanización y Adecuación Cultural de la Atención del Parto”, señalaban Hermida y otros (2010) que este proceso, en ocasiones: “puso en evidencia las visiones etnocéntricas y hegemónicas generadas desde el sistema biomédico y su supuesta ‘superioridad’ sobre otros sistemas y concepciones de salud” (p.315). Esta realidad contrasta con la vitalidad de muchas de las prácticas de la medicina tradicional tsa'chila, que terminan ejerciéndose en la sombra o al margen de la política pública.

En cuanto al conocimiento del marco regulatorio que propone el Estado sobre la interculturalidad en el ámbito de la salud, la visión de muchos de los sabios y conocedores de la medicina ancestral es, en términos generales, distante de lo que promueve la Constitución y otras leyes, como lo señala Manuel Calazacón⁹, (Agencia Andes, 2016). Existen expectativas sobre el rol del Ministerio de Salud, como lo señala Juan (nombre ficticio): “sería bueno para mí charlas participativas o fortalecer [la medicina tsa'chila]. Eso es importante. Yo si quiero que hagan más talleres los gobiernos para los sanadores. Eso necesitamos más nosotros”.

Javier Aguavil, gobernador en el periodo 2014 – 2018 de la nacionalidad tsa'chila, nos compartió en la entrevista que el conocimiento sobre la interculturalidad que propone la Constitución y la política pública: “al interior de las comunidades, a lo menos de nuestras personas mayores, es muy poco y si hablamos de los jóvenes, aún podríamos decir que no

⁹ Manuel Calazacón es un conocido *pone* tsa'chila y exgobernador de la nacionalidad.

tienen todo el conocimiento”. Es así que el conocimiento de la interculturalidad en salud estaría restringido a un grupo de líderes y personas expuestas a la interacción con las instituciones del Estado.

Nicanor Calazacón¹⁰ (Muñoz, 2009) expresa una necesidad compartida también por otros tsa’chila: la importancia de tener una asociación reconocida por el Ministerio de Salud Pública para el ejercicio de la medicina tradicional. Manuel Calazacón (Agencia Andes, 2016) coincide en que la práctica de la medicina tradicional, partiendo desde su estudio, debería ser regulada. Los sanadores tsa’chila entrevistados y de quienes se han tenido declaraciones parecen estar unánimemente de acuerdo en la necesidad de aplicar sus saberes a tenor de la legislación e incluso con el apoyo y regulación del Estado. Podríamos afirmar que existe un anhelo por un pluralismo médico que no ocurra al margen de la institucionalidad.

La Gobernación ha elaborado el “Reglamento para la práctica de la medicina ancestral Tsa’chila” que busca abarcar a todos los miembros de la nacionalidad portadores de los saberes de esta medicina. Este reglamento busca estandarizar algunos de los procedimientos que se ofrecen a los usuarios de esta medicina, así como identifica a los sanadores calificados, de acuerdo a lo que nos contó Javier Aguavil, gobernador de la nacionalidad, en la entrevista para esta investigación. Este reglamento ha sido emitido por la nacionalidad tsa’chila dentro de las facultades que da la Constitución de ejercer el derecho indígena al interior de las comunidades y con sus miembros, conforme nos explicó Javier Aguavil en la entrevista. Aunque el reglamento no es parte del marco regulatorio nacional en salud, si cumple una función informativa y su versión actual (mayo de 2017) se encuentra publicada en el sitio de internet del Ministerio de Salud Pública¹¹.

Este reglamento busca insertar las prácticas de la medicina tradicional en un contexto amplio, identificando a sus portadores, evitando la usurpación de sus saberes y los posibles cobros excesivos. En un esfuerzo de más de diez años, según lo relatado por Javier Aguavil, de reuniones y discusiones, de ha elaborado esta regulación que puede ser un instrumento para la interacción de los sistemas médicos diversos.

¹⁰ Nicanor Calazacón fue gobernador de la nacionalidad tsa’chila y es hijo del conocido, ya fallecido, *pone*: Abraham Calazacón.

¹¹ El reglamento se puede ver en este vínculo:

http://instituciones.msp.gob.ec/dps/santo_domingo/images/stories/reglamento_prctica_medicina_ancestral.pdf

5.4. Posibilidades de integración

En el 2016, en la Primera Cumbre Regional de Medicina Ancestral, Espiritualidad e Interculturalidad, realizada en la Amazonia ecuatoriana, sanadores y poseedores de los conocimientos de la medicina ancestral compartieron sus saberes e inquietudes sobre la práctica de las medicinas tradicionales. Franklin Columba, *yachak* (sabio sanador de la sierra) y organizador del evento expresaba la necesidad de: “un consejo nacional de hombres y mujeres de sabiduría conocedores de estas medicinas, principalmente para que este consejo proponga acciones e iniciativas para realzar y revalorizar la medicina ancestral de modo que estos conocimientos no se pierdan” (El Telégrafo, 19 de abril de 2016).

Una de las inquietudes surgidas en esta Cumbre tuvo que ver con la regulación. Puesto que la transmisión de los conocimientos de la medicina tradicional se hace de manera oral, existen muchos autoproclamados sanadores que estarían afuera de los estándares que otros portadores de estos conocimientos cuestionarían.

Desarrollar un marco legal nacional que regule los saberes médicos ancestrales supondría un desafío interdisciplinar de gran complejidad. En primer lugar, deberían identificarse las vías de transmisión del conocimiento de las medicinas ancestrales, muchas de las que ocurren dentro de marcos epistemológicos y pedagógicos ajenos a la visión estatal. En segundo lugar y considerando que existen varias nacionalidades indígenas en el país, será un desafío la forma en que la legislación pueda resolver el control de las prácticas médicas diversas.

Existen muchos detalles como la retribución, las relaciones contractuales y la responsabilidad de los procedimientos, que requieren una larga reflexión y el desarrollo de propuestas que hagan efectiva su inclusión en el sistema público. Si bien existen ejemplos nacidos del pluralismo jurídico de los que se puede aprender, contar efectivamente con una legislación que regule la medicina ancestral puede ser un reto que requiera esfuerzos previos de comprensión de los pueblos que producen los saberes médicos tradicionales. Existen iniciativas al interior de las nacionalidades, como la propuesta del reglamento para la medicina tradicional tsa'chila, que pueden nutrir ampliamente este debate.

Javier Aguavil se refirió en la entrevista al desafío de la regulación, a partir de la iniciativa del reglamento para el ejercicio de la medicina ancestral al interior de la nacionalidad:

...se hizo necesario realizar esta normativa para la nacionalidad tsachila y que sea certificada desde la comunidad, sea certificada por el presidente, sea certificada en la gobernación: quien ejerce y quien tenga responsabilidad al momento de ejercer la medicina ancestral.

Desde esta perspectiva, sería una necesidad evidente la regulación como uno de los mecanismos de interacción e integración. Esta integración reconocería los riesgos inherentes en relación a la práctica de la medicina ancestral, así como los límites de la misma. En la entrevista Javier complementó, refiriéndose como ejemplo al uso de las plantas:

...el ayahuasca, conocido en la Amazonía, aquí nosotros le conocemos como *nepi* al brebaje. No podemos darle esta toma a una persona que sufre de la presión o que está con el tema del corazón, sufriendo del corazón, no podemos darle, diagnosticarle porque haríamos mal a esta persona.

No obstante, la orientación integradora que muestran tanto los dirigentes como practicantes de la medicina tradicional tsa'chila contrasta con la naturaleza hegemónica del modelo biomédico. De ahí que otro de los desafíos consista en cuestionar la verticalidad con que el modelo biomédico subordina a las otras medicinas. La visión hegemónica de un modelo sobre los demás debe ser desestructurada para llegar a una integración plena de las medicinas diversas, como los señala Perdiguero (2006):

Se hace necesario 'descentrar' el papel totalizador que a veces se asigna al sistema y a los servicios sanitarios formales y contextualizar su papel en el marco de otras posibilidades que la población ha venido utilizando y utiliza para mejorar y conservar su salud y para enfrentarse a la enfermedad y a la muerte. Este 'descentramiento', necesario en todas las sociedades es todavía más imprescindible allí donde la presencia de la existencia de varias culturas es más obvia. (p.37)

Desde la perspectiva del Estado los esfuerzos de integración han sido aún aislados e inconsistentes. Javier Aguavil mencionaba la ausencia de un "verdadero fortalecimiento" para la medicina tradicional desde el Estado. Desde la perspectiva de los portadores de la medicina tradicional y de los usuarios de las otras medicinas, el pluralismo médico es una realidad que funciona y se mueve al margen del sistema público. Aunque el marco legal favorecería el ejercicio e interacción de la medicina tradicional con el modelo biomédico, la cotidianidad de la praxis sanitaria a nivel nacional está aún distante de convertir la oportunidad del marco regulatorio en un ejercicio efectivo y pleno de interculturalidad en salud.

Es común escuchar a los sanadores sobre su respeto a la medicina alopática occidental. Tanto en los materiales revisados para este trabajo como en las conversaciones y entrevistas para el mismo no se ha encontrado actitudes de conflicto con otras medicinas. Esta visión holística e integradora que, como se indicó antes, se explica desde una comprensión del principio de complementariedad propio de las culturas andinas, otorga una ventaja al sanador tsa'chila: le permite insertarse como un oferente de soluciones donde se le requiere y puede proveerlas, sin entrar en conflicto con las soluciones ya existentes. Así mismo, esta actitud de apertura,

vista desde la perspectiva del paciente, otorga una confianza y cercanía importantes para la recuperación de la salud.

Como parte de esta visión integradora, a inicios del siglo XXI muchos sanadores han desarrollado formas de mitigar los efectos secundarios que causan ciertos medicamentos prescritos desde la medicina occidental. Así, para los dolores de estómago causados por algunos medicamentos se prescribe acompañarlos de bebidas o infusiones que harán de la ingesta menos desagradable, conforme nos contó José en la entrevista. La confluencia en la ingesta de medicinas de dos vertientes distintas sucede con toda naturalidad.

Cuando los límites de la medicina tsa'chila se presentan, el sanador sugiere otras opciones. Juan ejemplificó en la entrevista el procedimiento de curación en estos casos:

...epidemias, infección, fiebre y vómito, dolor de huesos, virus ataca. Como un mosquito [...]. Toca darle unos baños una bebida una limpia [con] eso nosotros ya podemos sanarle. A veces la persona no se cura, toca llevarle al centro de salud.

Cuando el *pone* no encuentra posible solucionar el problema del paciente con sus saberes le comunicará esto y sugerirá que debe buscar otra solución. Manuel Calazacón (Jhonson, 2016) lo explica: “examinamos a un paciente, si estoy en capacidad de curar, yo le atajo, pongo la mano en el paciente, hago tratamiento. Pero si el paciente ya está pasado de curar, yo no puedo hacer compromiso de curar”. El “Reglamento para la práctica de la medicina ancestral Tsa'chila” en su artículo 9, numeral “f”, señala como una de las obligaciones de los practicantes de la medicina ancestral: “Practicar la medicina ancestral, sin poner en riesgo la salud de la población sea esta de la etnia, o ajena a la nacionalidad” (Gobernación Tsa'chila, 2016).

Dentro de la misma medicina tradicional la integración con otras vertientes ha sido permanente y fructífera. Como se señaló antes, los intercambios han sido constantes. Lo señala Ventura en su investigación (2012): “...las relaciones con la sierra son muy frecuentes y hemos visto que la mayoría de los chamanes han realizado un viaje a la región de Otavalo con fines de aprendizaje y “limpieza”” (p.184).

Los tsa'chila hablan con familiaridad de los otavaleños. Actualmente ellos son los proveedores de las faldas masculinas y femeninas, antiguamente realizadas en telar por los mismos tsa'chila. Con ellos se han producido también intercambios de saberes, como en el caso del chamán Isidro durante su período de formación:

Isidro, a su vez, prosiguió su búsqueda de fuentes de poder con cortas estadías en casa de otros *pone*, tsachila primero, después en el exterior, igualmente con chamanes del Putumayo y otros de Carabuela, en la región de Otavalo. Completó su enseñanza con un

chamán chachi y un curandero negro de Batallón Montúfar, en la provincia de Esmeraldas. (Ventura, 2012, p.183).

Esta apertura al intercambio, acompañada de la antigua y extendida reputación de los sanadores tsa'chila les ha ganado una visibilidad amplia. A partir de esta fama, muchos sanadores han dejado las comunidades para ofrecer sus saberes en clínicas en lugares más cercanos a la ciudad de Santo Domingo. Una de las preocupaciones de la sobreexposición de los sanadores tsa'chila es que los pacientes no cumplan sus expectativas, es decir que no vean resueltos sus problemas y esto afecte la reputación de su medicina tradicional, como lo contó Luis:

Como dicen: “yo sano de todo”, pero no es verdad. Hay ciertos límites. [...] Los *pone*, los que ejercen la medicina ancestral como *pone*, no vamos a curar ciertas enfermedades. ¿Por qué le digo? Porque hay enfermedades nuevas, desconocidas para los *pone*.

Este aspecto es compartido por María:

Solamente llegan a una limpieza, a un baño, a una bebida que no te va hacer como tanto bien. Y entonces ya se quedó ahí. Entonces hay muchas personas que vienen con esa fe, con ese entusiasmo de que me voy a sanar yendo allá y se quedó ahí y nunca se sanó. Entonces esa misma persona dice eso no hace bien; eso no me curó.

Si bien existen asociaciones que agrupan a los sanadores y vegetalistas tsa'chilas, estas no cuentan con la participación de todas las comunas. Estas asociaciones serían los espacios idóneos para la promoción y preservación de los saberes médicos tradicionales, así como plataformas de visibilización y negociación política. Éstas pueden también sistematizar de sus experiencias y generar un insumo valioso para la construcción de la política pública en salud intercultural.

Con el apoyo estatal, han existido varias iniciativas para incorporar las medicinas tradicionales de manera formal, como la de adecuar varios centros de salud para realizar el parto culturalmente apropiado (Coéllar, 2010, p.116), al que nos hemos referido antes. Reseñaremos dos ejemplos adicionales.

La *patrimonialización* de los saberes tradicionales

El primer ejemplo que citaremos sobre las intenciones del Estado de integrar las medicinas tradicionales es la propuesta de: “...generar oficialmente una declaratoria a la sabiduría (conocimientos, prácticas, parafernalias y sitios sagrados) de pueblos y nacionalidades indígenas, afrodescendientes y montubios como patrimonios naturales y culturales vivientes...” (Calderón, 2010, p.54). Esta iniciativa debió realizarse desde el ya extinto

Ministerio Coordinador del Patrimonio y volvió a ser mencionada en la primera Cumbre Regional de Medicina Ancestral, celebrada en Ecuador en agosto de 2016. Si bien existen muchos partidarios de la *patrimonialización* de los saberes y las “declaratorias de patrimonio” han sido muy extendidas en Ecuador en épocas recientes¹², con la finalidad de preservar y promover las singularidades naturales y culturales (tanto materiales como inmateriales), las críticas son, también, abundantes.

Sobre la declaración de patrimonio inmaterial de la UNESCO de la cosmovisión andina de los kallawayas, un caso de *patrimonialización* que implica conocimientos médicos tradicionales, señala Fernández, 2012:

En lugar de fomentar una aspiración universal por el reconocimiento de la cultura y medicina kallawayas, el efecto ha sido el contrario generando dispersas iniciativas a lo largo del valle de Chrazani para asumir el carácter verdadero e intrínseco de lo “kallawayas” en cada comunidad, aldea o estancia, proliferando las iniciativas separadoras en lugar de integradoras... p.334.

Las declaratorias de patrimonio pueden promover beneficios como legalidad visibilidad, intercambio. Sin embargo, los problemas que acarrear son también inminentes. Las declaratorias de patrimonio no garantizan necesariamente ni los apoyos económicos ni las integraciones, especialmente si existen estructuras que limitan el desarrollo de otras medicinas.

El Gobernador de la nacionalidad Tsa’chila nos contó en la entrevista que está próxima la declaratoria de patrimonio inmaterial desde el Municipio de Santo Domingo (2017) y se aspira a ingresar en la lista del Patrimonio Inmaterial de la UNESCO hasta 2020. Algunos miembros de la nacionalidad se han quejado, sin embargo, de la falta de socialización de la propuesta (Espinosa, 2017).

La Cumbre Regional de Medicina Ancestral

La segunda iniciativa que merece ser mencionada es la primera “Cumbre Regional de Medicina Ancestral”. Esta se desarrolló en 2016 y fue una iniciativa de la fundación Taytas y Mamas Yachaks del Ecuador (Futmye), en colaboración con la Confederación Nacional de organizaciones Campesinas, Indígenas y Negras (Fenocin). Contó un amplio apoyo del gobierno y, como parte de éste, del Ministerio de Salud. Los objetivos políticos del encuentro fueron muy marcados. Uno de ellos fue el de promover una propuesta de “Ley orgánica de medicinas ancestrales e interculturalidad” (El Comercio, 9 de agosto de 2016). Asistentes

¹² De acuerdo al Sistema de Información del Patrimonio Cultural Ecuatoriano (SIPCE), el Instituto Nacional de Patrimonio Cultural tiene registrados, en su categoría de Medicina Tradicional, 368 patrimonios (INPC, 2017).

como Manuel Calazacón (Agencia Andes, 2016), señalaron el valor de estos encuentros y la importancia de que sean regulares. Este tipo de iniciativas tiene gran potencial si se conectan con la construcción de la política pública, pues permitirían su construcción desde los actores de la misma.

La naturalidad con la que los tsa'chila integran los saberes médicos de vertientes diversas contrasta con los obstáculos que provienen desde la biomedicina. Si bien existe apertura desde el Estado, especialmente si se la compara históricamente, la realidad estructural del modelo biomédico, así como las barreras relacionadas a la desigualdad social y la discriminación, generan desafíos que merecen un abordaje que debería ser, también, complejo.

5.5. Oportunidades y limitaciones de la medicina tradicional tsa'chila

Las principales barreras para la integración de la medicina tradicional tsa'chila con el sistema de salud, que posibilite un diálogo intercultural formal con el modelo biomédico, provienen de la estructura misma del modelo hegemónico, como hemos advertido antes. Queremos identificar también algunas de las limitaciones actuales de esta medicina tradicional, que provendrían de sus mismas prácticas, cuando se exponen ante un entorno y un modelo desfavorable para las medicinas tradicionales.

José señaló en la entrevista que uno de los obstáculos para el ejercicio de la medicina tradicional hacia afuera es la división que existe entre las diferentes asociaciones de sanadores. Este obstáculo fue corroborado por José en la entrevista cuando señaló que existen aún sentimientos “divisionistas” entre algunos miembros de la nacionalidad. Si bien la gobernación lleva adelante iniciativas como el “Reglamento para la práctica de la medicina ancestral Tsa'chila”, existe aún división sobre la obligatoriedad para todos los miembros de la nacionalidad como lo señaló Luis en la entrevista. Una representación conjunta de las asociaciones de sanadores no ha sido posible y esto limita también la capacidad de negociación conjunta de la nacionalidad, de cara al ejercicio de la interculturalidad en salud de manera formal con el Estado.

La comprensión de la medicina tradicional tsa'chila

Como parte del diálogo intercultural, la comprensión de la cosmovisión desde la que opera la medicina tradicional es esencial para no caer en exotismos o actitudes que puedan catalogar a esos *otros saberes* de supersticiones o, peor aún, tratar de interpretarlos desde la racionalidad de la biomedicina. Javier Aguavil es consciente de esta realidad y advirtió en la entrevista las dudas que surgen sobre la medicina tradicional: “hay temas [...] en el amor, en la suerte, que se genera el componente de varias plantas, que pareciera ser mentira o algo incrédulo, como que no funcionará, pero poseen grandes bondades”. Existen una serie de elementos de los saberes médicos de los tsa'chila que vuelve su comprensión exigente, en cuanto a procurar entender la matriz epistémica desde que se han gestado esos conocimientos. Aquí citaremos un par de ejemplos que han emergido de las investigaciones realizadas.

La postura más bien solitaria de los *pone*, así como el celo por sus saberes, constituyen actitudes que orientan el ejercicio de la medicina, especialmente de los *pone* más reconocidos, hacia una posición discreta. José nos contó en la entrevista su predilección por una postura menos pública. Aunque no se declara *pone*, conoce de las plantas y sus poderes. Sin embargo, prefiere la discreción. El secreto y la discreción son esenciales para un *pone*, más aún cuando se trata de sus relaciones con los espíritus. Esta característica no es exclusiva de los *pone*, si no de los tsa'chila en general, aunque más marcada en los chamanes, como ha sido expuesto por investigadores como Ventura (2012). Personas como Luis ven una contradicción entre la exposición de los saberes de la medicina tradicional en un entorno urbano frente al hacerlo en los lugares que han sido escogidos en las comunidades: “es un choque que existe [entre] la ciudad y vivir en nuestra propia naturaleza y nuestros propios lugares sagrados”. Javier Aguavil advirtió en la entrevista sobre esta característica de la medicina tradicional:

El tema de la medicina ancestral es sagrada [...] porque tiene su propio espacio. Tiene su propio espacio que es donde está en su consultorio, con sus herramientas, con sus piedras, podríamos decir, materiales de sanación, de poderes que están en un espacio y que se necesita dar la mesada. La mesada: estamos hablando de las oraciones de la naturaleza, de la espiritualidad, de todo aquello es en un lugar. Más no coger y ahora lo que se realiza son limpiezas en un espacio institucional, en un espacio abierto. No, eso no es la medicina ancestral. Eso lleva en sí un secreto, en su propio espacio.

La comprensión de los procedimientos de los sanadores, así como de los males abordados, es, a menudo, difícil de asir para alguien no tsa'chila. Estermann (2016) al referirse al procedimiento de cura para el mal de espanto o *mancharisqa/mulla* señala:

Como la enfermedad es un trastorno de la integralidad psico-físico-socio-cósmica, también el ritual curativo tiene que emplear la totalidad de las maneras respectivas para restablecer

la relacionalidad íntegra: formas, colores, voces, símbolos, gestos, movimientos, lugares. Todo esto solo es 'comprensible' con el trasfondo de una lógica muy distinta de la que emplea la medicina occidental. (p.256)

Otra de las lógicas diferentes en la medicina tradicional tiene que ver con el encuentro de dos procedimientos contrarios en el mismo escenario. No es raro encontrar a dos sanadores, trabajando para la misma situación, pero esperando resultados diferentes. Lo explica Juan: “una persona que también tiene problemas, allá en otro curandero, ahí también está trabajando la misma y ahí sigue. Y eso es muy difícil para pelearle. Me toca pelear con los otros curanderos, los otros sabios”. Esta realidad está narrada también en una historia oral tsa’chila, “Los rayos de los shamanes” recogida por Moya (1993): “Los shamanes estaban discutiendo y sus rayos también. Siguieron disputándose acaloradamente hasta que sus rayos cayeron sobre los tsáchilas” (p.203).

La *contra*, la disputa simbólica entre dos sanadores, es una idea muy importante del chamanismo de este pueblo. De igual forma, el papel del secreto para llevar la *contra* con éxito es muy importante, así se puede asegurar llevar el procedimiento hasta buen fin. Esto ha sido también documentado por Ventura (2012): “cuando un maleficio era lanzado por un *pone* por instigación de un enemigo (*patala*), la víctima sentía el dolor recorrer su cuerpo y tenía que acudir a casa de un *pone* de confianza para contrarrestarlo” (p.215). Parte de la sanación contra el maleficio, implicará que otro *pone* trabaje en hacer la *contra* al daño que se pretende desde el otro sanador. Si bien la práctica de la *contra* ha estado siempre presente en la medicina tradicional tsa’chila y no ha amenazado su existencia, si constituye una de las características más difíciles de comprender desde la perspectiva occidental.

Al ser la naturaleza de muchas enfermedades simbólica, el *pone* estaría buscando la restitución de ese equilibrio, también simbólico, por medio de rituales específicos, que en ocasiones se contraponen a las operaciones de otro *pone*. La idea de liberarse de maleficios o males lanzados por otra persona no es exclusiva de la cosmovisión tsa’chila. En periódicos y en Internet es sencillo ubicar anuncios de curanderos que ofertan tanto la realización de maleficios como la solución a estos.

5.6. Supervivencia de la medicina tradicional tsa’chila

El uso de la medicina tradicional desde los mismos miembros de la comunidad sigue siendo muy activo, según nos contó Juan en la entrevista. La reputación del *pone* aumenta conforme éste resuelve los problemas para los que es buscado. La cercanía geográfica, así como la posibilidad económica, reforzarían a la medicina tradicional como la primera opción para los

tsa'chila, además de sus conocidos resultados y la profunda imbricación con sus creencias. Luis complementó este aspecto en la entrevista: “esa siempre ha sido nuestra primera opción, hasta ahora actualmente. Eso no se ha perdido: esa forma de acudir a un sanador primero. Cuando nosotros enfermamos siempre vamos hacer una sanación espiritual”. José corroboró este aspecto, también en la entrevista, señalando que los usuarios dentro de las comunidades siguen siendo los mismos. El uso de la medicina tradicional tsa'chila sigue siendo muy fuerte entre los miembros de la nacionalidad.

Javier Aguavil señaló en la entrevista que la declaratoria de patrimonio puede ser valiosa para la preservación de los saberes y la cultura tsa'chila. Él señala que la necesidad de preservar el territorio, el idioma y los saberes de la medicina tradicional van de la mano.

De cara al futuro se desprenden dos inquietudes que pueden acarrear gran impacto en el futuro de esta medicina tradicional: la formación de los nuevos *pone* y el impacto del estilo de vida actual en la cultura tsa'chila.

La formación de los nuevos pone

El Gobernador Javier Aguavil señaló que “son muy pocas las personas [...] que están formándose para este tema de la medicina ancestral”. Juan nos comentó en la entrevista que, si bien hay jóvenes interesados en aprender la medicina ancestral, no es fácil acceder a la formación por parte de un sabio renombrado. La dificultad para adquirir los saberes del chamán es común a muchas de las tradiciones médicas y sería también una de las razones por las que los aprendices no sean abundantes. En el caso de los tsa'chila, apunta Ventura (2012): “las tensiones y dificultades del ejercicio chamánico están directamente relacionadas con la “sobriedad” de la vida que tiene que llevar un aprendiz, así como con la discreción que deberá desde entonces rodear su existencia”.

Luis compartió en la entrevista su opinión sobre el hecho de que algunos de los sabios pierdan la vida y al no haber dejado respaldos escritos, estos desaparecerán:

Estamos perdiendo nuestros abuelos ya. Hay pocos abuelos que tienen esos conocimientos. De verdad que esos son los *pone* efectivos, buenos. Muchos ya se van falleciendo y con todo eso cuando fallecen llevan toda esa sabiduría. Entonces ¿quién nos va a enseñar ahora? Estamos perdiendo nuestros abuelos. Ellos nunca plasmaron, nunca escribieron un libro de sus conocimientos. Ahora ¿cómo vamos a aprender? Porque antes la transmisión era de padre a hijo, verbalmente. Nunca era por escrito.

La preocupación de Luis no es menor, pues en una cultura oral la preservación de conocimientos se hace de la misma manera: oralmente. Los complejos procedimientos y conocimientos desarrollados por la cultura tsa'chila y su medicina tradicional se han

transmitido a través de las generaciones desde sus mitos, canciones, relatos e historias. La amenaza a la transmisión oral de conocimientos es también una amenaza al conocimiento en sí mismo, incluso si se propendiese la escritura de tales conocimientos. Los patrones que genera la cosmovisión de un pueblo para la activación de los saberes, se estructuran de manera compleja, interrelacionada y en base a fórmulas y apoyos nemotécnicos desarrollados a través de las generaciones:

In an oral culture, to think through something in nonformulaic, non-patterned, non-mnemonic terms, even if it were possible, would be a waste of time, for such thought, once worked through, could never be recovered with any effectiveness, as it could be with the aid of writing. It would not be abiding knowledge but simple a passing thought, however complex. Heavy patterning and communal fixed formulas in oral cultures serve some of the purposes of writing in chirographic cultures, but in doing so they of course determine the kind of thinking that can be done, the way experience is intellectually organized. In an oral culture, experience is intellectualized mnemonically. (Ong, 2012, p.35-36)

El salto de una cultura oral a una escrita puede suponer la desaparición de muchos de los saberes tradicionales, más aún si este proceso no incluye el uso del idioma nativo en el que fueron desarrollados esos conocimientos, así como el distanciamiento de muchas de las costumbres como parte de la llegada de una modernidad homogeneizante.

La formación de nuevos *pone* es uno de los retos que enfrenta la supervivencia de la medicina tradicional. Los portadores de estos saberes, que se transmiten en un entorno de aprendizaje personal y discreto, enfrentan los cambios culturales que afectan a toda la nacionalidad tsa'chila.

Toda medicina ancestral posee sus secretos y el respeto hacia ellos es muy importante, como lo señaló Calazacón (Agencia Andes, 2016). El secreto es valorado no solo entre miembros de la misma nacionalidad, pero especialmente entre los *pone*. Así lo relata Ventura (2012):

...el secreto (*patuna*) es una constante de la actividad chamánica, ya afecte a la relación entre el chamán y el mundo de los espíritus, al marco mismo de las prácticas, o a las relaciones con los pacientes y sus recorridos terapéuticos. La discreción, que rodea las relaciones privadas de todos los Tsachila hacia las entidades sobrenaturales, tiene que ser llevada al extremo por estos gestores por excelencia de la cosmología, pues su situación privilegiada se puede volver contra ellos cuando no se respeta esta reserva. El aprendizaje mismo debe ser llevado discretamente, toda ostentación del saber adquirido es considerada negativa por los chamanes. (p.197)

Surge entonces una paradoja propia del chamanismo que atraviesa la existencia y supervivencia de la medicina tradicional: la necesidad de preservar el secreto frente a la apertura por dar a conocer los saberes ancestrales a los aprendices escogidos. Los conocimientos del *pone* se revelarán al neófito a través de un proceso que se ha repetido con éxito durante mucho tiempo. Sin embargo, frente a la necesidad de preservar la medicina

tradicional, pueden surgir nuevas formas de intentar acceder a los secretos del *pone tsa'chila*, sin que esto necesariamente vaya a suceder.

El aprendizaje de la medicina tradicional tiene requerimientos muy exigentes. En la entrevista personal, Juan afirmó: “es mucho sacrificio, por eso jóvenes les gusta ahora este mundo”. La formación demanda de tiempo y sacrificios, es así que el estilo de vida actual bogaría en sentido contrario al de la formación que requiere el aprendiz para convertirse en *pone*. El riguroso y largo proceso que implica la formación del *pone*, así como los cambios culturales representan una de las amenazas para la supervivencia de los saberes más especializados de la medicina tradicional. Frente a ello, el reglamento para el ejercicio de la medicina tradicional que ha elaborado esta nacionalidad propondría categorizar los estadios del aprendizaje, así como las prácticas que se pueden ofertar desde los sanadores. Luis nos comentó en la entrevista algunas generalidades de esta categorización:

...desde los 10 hasta los 18 años nosotros hemos incluido *ponemi* o aprendizaje: el aprendiz del *pone*. El cual no puede hacer curaciones, no puede hacer ceremonias de *nepi* con ayahuasca, solamente es como un alumno. Desde los 18 hasta los 30 años hemos incluido como *fulushimin* la cual quiere decir qué puede hacer curaciones con plantas medicinales, pero no puede hacer una ceremonia de ayahuasca o de *nepi*. [...] Y desde los 30 años para arriba ya son considerados *pone*, pero para eso tiene que pasar todos los procesos anteriores, la persona tiene que pasar por todos los tres procesos para ser considerado un *pone*.

Con esta división de los estadios de formación se buscaría visibilizar y de alguna forma estandarizar el proceso de preparación del *pone*, no solo al interior de la nacionalidad, sino también para que se reconozca externamente. Sin embargo, constituye una gran inquietud si existirán jóvenes interesados en seguir el proceso desde el inicio.

El impacto del estilo de vida actual sobre la cultura tsa'chila

El impacto del estilo de vida actual: urbano, orientado a la tecnología y al consumo, que privilegia la educación como un valor entre los jóvenes, ha desatado cambios significativos en las costumbres de los tsa'chila. El impacto de la tecnología fue referido por Juan en la entrevista: “...a los jóvenes les gusta ahora este mundo. Quieren hacerse a la tecnología pues muchas cosas hay ahí para divertir”. Así mismo, María compartió en la entrevista:

...muchos jóvenes están como en otro ambiente, ellos no hacen conciencia aún de dónde están todavía, ellos creen que todo es [...] el estudio, los juegos y todas esas cosas. Ellos sienten que todos, todo el tiempo, están ocupados allá. Como que no ven que aquí adentro de la comunidad hay cosas bonitas también para aprender. Ellos creen que el teléfono, la televisión, la computadora les ocupa todo el tiempo, entonces son como jóvenes sin tiempo de poder aprender acá dentro las cosas que hay.

Esta realidad fue señalada por el Gobernador en la entrevista, al referirse a las nuevas generaciones:

...ellos ya nos están interesando y ahorita es del tema tecnológico y muchas de las veces lo que estamos solamente en las redes, en el Facebook y ya muy poco nos estamos dedicando de nuestros saberes dentro de las comunidades.

El impacto de una modernidad no conocida entre los tsa'chila está afectando también la supervivencia del idioma tsa'fiki. María compartió en la entrevista su visión sobre la pérdida del tsa'fiki:

...hay muchas plantas que sólo las conocemos por el nombre en tsa'fiki. Hay muchas plantas, frutas o comidas que han sabido comer [...] solamente hay los nombres en tsa'fiki que los conocemos, no hay en español. Entonces si no saben hablar el tsa'fiki, si no conocen, si no saben hablar, no van a poder conocer. Porque después de que ya pierden el idioma es muy difícil de que lo vuelvan a recuperar.

Luis comentó en la entrevista que encuentra una debilidad en que algunas familias no hablen con sus hijos en tsa'fiki: "...el verdadero idioma que nosotros podemos transmitir es nosotros, o sea depende de nosotros, de la familia. Yo puedo educar a mi hijo para que hable tsa'fiki y es una obligación que hable tsa'fiki". De acuerdo al Atlas de las lenguas del mundo en peligro (Moseley (ed.), 2010) el tsa'fiki es una de las lenguas catalogadas en peligro de desaparecer en Ecuador. Según esta misma fuente, para el año 2005 se calculaban al menos 2500 hablantes de esta lengua.

Falsos sanadores

La reputación de la medicina tradicional de los tsa'chila ha despertado el interés de muchos impostores que han pretendido ofrecer servicios pretendiendo ser miembros de esta nacionalidad y poseedores de sus saberes. Esta apropiación de la reputación de esta medicina por parte de personas carentes de los conocimientos de los *pone*, principalmente para generar ingresos económicos, acarrea un desprestigio de la medicina tradicional de este pueblo, como nos indicó el gobernador Javier Aguavil en la entrevista. Los impostores se aprovechan del interés por la medicina tradicional en otras regiones del país. En la entrevista, Luis nos compartió el caso de alguien que, haciéndose pasar por hijo de Abraham Calazacón, ofrecía curaciones, sin ser siquiera miembro de la nacionalidad, en varios lugares de Ecuador. Desde hace varios años los líderes tsa'chila han buscado formas de regular la oferta de la medicina tradicional y frenar a los que ellos mismo llaman *chimbadores* o *chimberos*. El "Reglamento para la práctica de la medicina ancestral Tsa'chila" tiene como uno de sus propósitos generar formas de mitigar esta situación. En su artículo 9, literal "f", al referirse a

las obligaciones de los hombres y mujeres de sabiduría señala: “Ejercer la medicina ancestral, sin intermediarios, chimberos, gente de dudosa reputación y de malos antecedentes”.

De igual forma, el artículo 25 del mismo reglamento señala con claridad el procedimiento en caso de que se identifiquen extraños practicando la medicina ancestral tsa’chila:

La Nacionalidad se reserva el derecho de juzgar de acuerdo con su propia legislación, sin perjuicio de iniciar acciones legales ante la justicia ordinaria a las personas que sin ser de la nacionalidad usurpen sus nombres, apellidos o cualidades para utilizarlos comercialmente, o utilicen rituales, elementos, instrumentos y conocimientos ancestral, conducentes de modo inequívoco a engañar a la población en general, haciendo creer que son poseedores de la medicina y conocimientos ancestrales de los Tsa’chila...

Uno de los resultados que se esperan de la divulgación de este reglamento es el visibilizar la práctica de la medicina tradicional tsa’chila, dentro de los cánones planteados por el mismo, a fin de que otras personas e instituciones promuevan el conocimiento y uso de una medicina tradicional practicada por los mismos miembros de la nacionalidad, dejando de lado a quienes se apropian de sus prácticas y no solo causan perjuicio a los pacientes, sino a la reputación de la medicina tradicional misma.

Para evitar un fatalismo sobre las amenazas que enfrentan los saberes de la medicina tradicional tsa’chila, es necesario mencionar la capacidad de adaptación y el fuerte sentido de identidad cultural de esta nacionalidad. Durante la época colonial, su capacidad de resiliencia y adaptación jugó un papel fundamental para la mantención de su cultura. El relato del origen de la tintura roja en el pelo de los varones, como parte de la supervivencia de los tsa’chila a una epidemia, es también un elemento muy arraigado de su identidad. Así mismo, instituciones internas de sus saberes, así como el rol de los chamanes al interior de las comunas, constituyen fortalezas sobre las que la esencia de la medicina tradicional se encuentra resguardada.

5.7. La oferta de la medicina tradicional tsa’chila a inicios del siglo XXI

La mesa del sanador tsa’chila tiene piedras, velas, pócimas, calaveras, plantas, botellas, crucifijos, campanas y eventualmente figuras de deidades de otros credos, entre otros objetos. Estos se usan durante los rituales de sanación. La mesa de trabajo de cada *pone* es distinta. La aproximación a la idea de salud desde la visión de este pueblo es incluyente: al contrario de querer delimitar las fronteras de las creencias, incorpora aquellas manifestaciones que pueden expresar una idea de salud amplia y holística, que tiene a la comunidad, la naturaleza

y a los elementos en el centro de la búsqueda del equilibrio que se pretende desde esta medicina. Como se mencionó antes, este es uno de los principios que anima la interacción de esta medicina tradicional con otras tradiciones curativas. No por ello el chamanismo de los tsa'chila es simple o improvisado. Posee una complejidad con mucha frecuencia difícil de asir para el pensamiento occidental, biomédico, ciudadano.

Desde la ciudad de Santo Domingo hacia Guayaquil, la ciudad más grande del Ecuador, existen 284 kilómetros. Esta transitada vía refleja, a la salida de Santo Domingo, el crecimiento explosivo y caótico de la ciudad. En los primeros kilómetros de esta vía, llamada la vía a Quevedo, se asientan desde hace más de 40 años (Espinosa, 2016) varios sanadores tsa'chila. El mal estado de las carreteras hacia sus comunas, así como la necesidad de ofrecer sus servicios a los pacientes en un lugar accesible, motivó que varios sanadores y vegetalistas de esta nacionalidad hayan elegido este transitado lugar. Los 20 sanadores que se ubican en este sector reflejan una de las principales maneras en que se oferta la medicina tradicional en los albores del siglo XXI. Sin embargo, y aunque existen dos asociaciones de sabios y vegetalistas de esta nacionalidad, sus actividades discurren al margen de la práctica de la medicina promovida desde el Estado.

La exposición de los sanadores de la vía a Quevedo ha expuesto el debate interno de la nacionalidad sobre temas álgidos en la práctica de la medicina tradicional: cobros, conocimientos, secretos. José apunta la diferencia entre los niveles de conocimientos que poseen los tsa'chila y la legitimidad que poseerían algunos sanadores:

...hay personas que conocen un poco de las plantas que hay al filo de la casa y esas personas no son muy preparadas para estas cosas, para poder ofrecer a otras personas que vienen. Entonces eso también nos ha afectado mucho a nosotros y a otros chamanes, *pones*, que sí saben realmente. Ellos quieren hacer solamente para negocio. No los sanan.

De las siete comunas tsa'chila no todas están integradas en las asociaciones y en esta oferta intensa que se hace en la vía a Quevedo. Debido a la presión que han experimentado las comunas por el crecimiento de la ciudad y sus costumbres ajenas a la cultura de este pueblo, la realidad de cada una de ellas es diferente en cuanto a la preservación de las costumbres ancestrales (Ventura, 2012, p.20). La exposición de sus *pone* hacia las personas ajenas a la comunidad es también diferente: mientras existen quienes se mantienen en sus comunas, otros han optado por salir y ofrecer sus servicios en los consultorios de la vía.

El asentamiento de los sanadores en la vía a Quevedo ha causado tensiones entre las comunidades y los dirigentes, tanto por los cobros que se hacen, como por la auto-denominación de algunos sanadores. El reglamento impulsado por la Gobernación busca disminuir las tensiones generadas por un crecimiento en la oferta de la medicina tradicional,

así como mantener unos niveles de formación para los sanadores y garantizar ciertos resultados ante los pacientes que les visitan.

Uno de los temas más complejos del debate sobre la oferta de la medicina tradicional tiene que ver con la retribución. El reglamento de la nacionalidad tsa'chila para el ejercicio de los sanadores estaría generando propuestas acerca de los límites de los cobros. Sobre los sanadores de la vía a Quevedo, Luis señala que el reglamento no tendría desavenencias en que ellos reciban un pago, pero sí sobre el cobro exagerado. Él, al igual que José, coinciden en que la práctica antigua de los *pone* era la de recibir una retribución voluntaria, la mayoría de las veces en especies. Esta habría sido una de las características distintivas de los *pone* por mucho tiempo y que aún es practicada por algunos: recibir en reciprocidad lo que el enfermo o su familia ofreciesen. La reciprocidad, como principio esencial de las culturas andinas, tenía un rol preponderante en la retribución al *pone*. Ésta bien podría ser en carne de monte¹³, plátanos, yuca, lo que fuere.

Otra característica relevante del ejercicio de la medicina tradicional tiene que ver con la relación entre el *pone* y las plantas de la selva, del *monte*. Cada chaman conoce el monte y tiene su reserva de plantas. María señaló en la entrevista que le parece inconcebible que el sanador no tenga su propia reserva de plantas en la montaña, asunto que no es posible cuando los consultorios están fuera de la comunidad. Aunque algunos de los sanadores ubicados en la vía a Quevedo tendrían espacios para la siembra de plantas, también estarían recibiendo las hierbas recolectadas en la selva por parte de otros tsa'chila, como también lo comentó María en la entrevista. El “Reglamento para la práctica de la medicina ancestral Tsa'chila” en su artículo 9, numeral “j”, al referirse a las obligaciones de los “hombres y mujeres de sabiduría: “Mantener al menos dos hectáreas como reserva para la siembra de plantas medicinales y espacio de prácticas ancestrales”.

Algunos de los sanadores de la vía a Quevedo ofrecen sus servicios a través de internet y de las redes sociales. La mayoría de quienes buscan respuestas en la medicina tradicional de este pueblo y que no son parte de la nacionalidad acuden a este lugar. A pesar de ello, aún existen otros sanadores que siguen ofreciendo sus saberes en sus mismas comunidades y que siguen manteniendo, incluso, el pago por retribución en especie de acuerdo a la voluntad del paciente. La primera opción para los tsa'chila frente a la enfermedad sigue siendo la búsqueda del *pone*. Sin embargo, María marca una diferencia con los consultorios ubicados en la vía: “...allá ofrecen otro tipo de medicina. [...] es otro tipo de limpiezas. Hay bebidas que dan, pero ya no es las que hay acá”.

¹³ La carne de monte se refiere a la carne de caza, por ejemplo, de armadillo.

5.8. Viajes e intercambios

Al dialogar con los miembros de esta nacionalidad se puede percibir fácilmente que para la cultura tsa'chila el intercambio de saberes y el diálogo epistémico se da espontáneamente. El “intercambio interétnico” ha sido documentado por investigadores como Ventura (2012) y los casos actuales son relatados de manera cercana por los miembros de este pueblo. De ahí que la interculturalidad entendida como diálogo devenga naturalmente entre los miembros de esta nacionalidad.

Los tsa'chila poseen una apertura al intercambio, principalmente a través del chamanismo, aspecto que ha sido también recogido por la literatura sobre esta nacionalidad. Se puede afirmar que de muchas formas la institución del chamanismo juega un rol fundamental en la estructura social, no solo por las funciones que desempeña, sino también por su rol articulador de las relaciones sociales, como lo ha señalado ampliamente Ventura (2012). Uno de los roles del *pone* es el de articular los intercambios.

Esta apertura permanente al intercambio se ha reflejado desde tiempos coloniales y en la actualidad en los viajes para ofrecer sus saberes. A su vez, existe la percepción de un aumento en la recepción de visitantes. Actualmente, existen varias iniciativas de turismo cultural en las comunidades, que incorporan demostraciones de la medicina ancestral, así como la oferta de sus saberes médicos¹⁴.

Cuando Juan es requerido por sus conocimientos de medicina tradicional, emprende viajes a otros lugares en Ecuador: “...yo salgo a Manabí, a veces a Cuenca, así mismo a Ambato, Cayambe, Quito, de aquí de Santo Domingo mismo”. Además de la medicina tradicional, los tsa'chila llaman siempre la atención por la particularidad de pintarse el cabello de rojo y por sus vistosos trajes. Su reputación afuera de las comunas se da tanto por la antigua fama de los sanadores como por un creciente interés por lo exótico, una sensibilidad posmoderna que busca objetos de consumo en lo ancestral.

Esta tensión hace que mucha de la oferta y exposición de los sanadores tsa'chila deba navegar entre el interés del público. José recuerda una presentación hecha en un mercado indígena en la sierra, en la que más de cincuenta personas hacían fila para recibir una *limpia*

¹⁴ Una de estas iniciativas es la Empresa Comunitaria Tolon Pelé, de la comunidad de Chigüilpe. Esta agrupación recibe permanentemente visitantes y ofrece sus servicios desde redes sociales: www.facebook.com/tsachilatolonpele

a la manera tsa'chila. Claramente en este ejemplo el interés del público estaba arraigado en la reputación de la medicina tradicional.

La interculturalidad vista desde la exposición e intercambio con extranjeros es un ámbito en crecimiento. Como la mayoría de pueblos indígenas de Ecuador, los tsa'chila reciben a voluntarios y estudiantes extranjeros. Organizaciones locales e internacionales¹⁵ ofrecen a los voluntarios extranjeros experiencias en las comunidades de esta nacionalidad. La apertura de este pueblo para con los foráneos es natural. Sin embargo, no siempre fue así. En la conversación informal, los mayores aún recuerdan cuando sus padres les alertaban de tener cuidado de los *feto* (blanco/mestizos) y de huir de ellos si se encontraban alguno.

5.9. Abraham

En la periferia de la ciudad, en la carretera que la conecta con Quito, se divisa un anuncio enorme de una bebida envasada. La imagen muestra un recipiente con la bebida y su marca; a su lado se ve el rostro de un hombre tsa'chila, de rasgos fuertes, cabello pintado de rojo. Aunque en la cotidianidad los dos elementos principales de esta publicidad no tienen nada que ver, el uso de elementos de la cultura tsa'chila se repite por doquier: estamos en la ciudad de Santo Domingo.

La ciudad de Santo Domingo de los Tsachilas tiene una población de 270.875 habitantes (INEC, 2010). Su crecimiento es uno de los más vertiginosos del país: hasta mediados del siglo XX no era considerada una ciudad y recién eligió a su primer alcalde en 1978. La ciudad posee una identidad relacionada a los tsa'chila en la forma en la que se presenta hacia afuera: negocios, campañas de turismo y convivencia, publicidad, uso el idioma tsa'fiki e imágenes de personas de esta nacionalidad. Estos usos han causado malestar en algunos miembros de la nacionalidad, pues no se corresponden con una inclusión concreta hacia ellos sino de un aprovechamiento puramente utilitario.

Una de las avenidas más transitadas de la ciudad lleva el nombre del chamán, ya legendario, Abraham Calazacón. Entre las referencias que se hacen a la nacionalidad tsa'chila en la ciudad, se trata de un caso especial, pues Abraham es quizá el sanador – chamán más recordado del país. Dos aspectos de la fuerte presencia de este chamán llaman la atención: primero el hecho de que un país con una historia de exclusión y racismo muy arraigados lo

¹⁵ Entre ellas se cuentan Yanapuma y Thinking Beyond Borders. Las comunidades indígenas ecuatorianas tienen solicitudes constantes para recibir voluntarios, siendo la oferta de temporadas de voluntariado y estudios en el extranjero, una actividad de gran crecimiento en países como los estados Unidos (Lasker, 2016, p.2).

tenga como uno de los símbolos de la ciudad; y, segundo, el hecho de que un país y una ciudad mayoritariamente católicos, le hayan hecho un lugar prominente en su memoria a un sanador que, hasta hace solo unas décadas, habría sido abiertamente proscrito por sus prácticas. Este no es un caso común en otras ciudades ecuatorianas.

Para comprender la visión de los tsa'chila sobre la interculturalidad es preciso comprender la reputación y presencia de su medicina tradicional y la figura de su legendario líder Abraham Calazacón. José nos comentó sobre Abraham en la entrevista:

La fama de él ha sido por lo que ha sido primeramente un chamán, un *pone* grande. Entonces después que se hizo él gobernador, qué hizo adjudicar a las siete comunidades, entonces en ese momento se fue haciendo famoso el finado Abraham. [...] ...era famoso, gran chamán. Pero si curaba de verdad. Entonces después tenía pacientes en gran cantidad, que él no dormía, por recibir a los usuarios.

El chamanismo tsa'chila tiene una fama muy extendida en Ecuador. Personas de todo el país y de fuera visitan constantemente a sus sanadores en busca de soluciones a sus males. Esta es una característica que puede provenir, al menos, desde épocas coloniales. Debido a su constante intercambio con la sierra, a través del comercio de productos, la oferta de plantas y curaciones, desde aquella época la fama de los sanadores fue especial.

Es así como se devela una característica muy marcada de la nacionalidad tsa'chila: una identidad fuertemente referenciada al chamanismo, a la medicina tradicional, a un conocimiento exhaustivo de las plantas curativas, conceptos todos que se funden en una rica cosmovisión. Es importante considerar que el chamán es al mismo tiempo un líder de su pueblo. Siendo la práctica de la medicina tradicional cotidiana, los dos roles suelen ir de la mano. Sin embargo, el chamán es un personaje que no participa de la misma cotidianidad que sus pares, manteniéndose a la vez como una figura de relación social (Ventura, 2012, p.197). Esta aparente contradicción refuerza el carisma con el que los chamanes son vistos en su comunidad y fuera de ella.

El chamanismo como rasgo identitario ha permitido a esta nacionalidad mantener sus saberes médicos y ofertarlos constantemente, no solo a los miembros de la nacionalidad, sino también a quienes saben de su eficacia. Esto refuerza el rol del *pone* como líder de su comunidad y como representante de los intercambios hacia afuera de ella. Desde tiempos coloniales se sabe que, para los yumbos, y por ende los tsa'chilas, el liderazgo está asociado a los poderes chamánicos (Salomon, 1997, p.105).

El caso de Abraham es un caso excepcional y de gran impacto en el siglo XX en el Ecuador. Un chamán poderoso y respetado que se convierte en gobernador de su pueblo y que alcanza una reputación en ambos roles y que rebasa las fronteras de su pueblo. Varios tsa'chila afirman que no ha existido después un gobernador como él. Este líder es parte de un linaje

con características similares: su padre, Alejandro, fue un chamán reconocido y el primer gobernador elegido tsa'chila. El hijo de Abraham, Nicanor, ha seguido la misma tradición, llegando a ser incluso concejal de la ciudad de Santo Domingo.

Abraham Calazacón recibió a mediados del siglo XX las escrituras de las tierras entregadas por el Estado a su nacionalidad. Se trató de 20.000 hectáreas de las que actualmente, según Nicanor Calazacón (Muñoz, 2009), los tsa'chila poseen un poco más de 10.000. La legalización de la entrega de tierras por parte del Estado a la nacionalidad fue un hito en su historia, en su relación con el Estado y el resto de los ecuatorianos. Avances como la escolarización y la construcción de caminos se propiciaron desde entonces.

En palabras de Nicanor (Muñoz, 2009) uno de los mayores legados del líder histórico de los tsa'chila fue la importancia que le daba a la identidad de la nacionalidad y a la necesidad de que perdure. Esta afirmación es compartida por otros líderes y miembros de la nacionalidad. La percepción sobre Abraham es la de un líder que incorpora los elementos del hombre sabio, experto en la medicina tradicional, y el líder político, capaz de representar a su nacionalidad ante el Estado y otros pueblos, así como de defender su territorio sin ambages. Abraham fue gobernador de esta nacionalidad por 33 años. Más tarde su hijo Nicanor lo fue por 20 años. Actualmente los tsa'chila celebran elecciones para elegir a su gobernador cada cuatro años.

Luis recordó a Abraham, el líder político, en la entrevista:

...fue el último gran gobernador que existió dentro de la nacionalidad tsa'chila. Era un hombre bastante respetado por las autoridades, por su conocimiento, por su forma de ser él. Sobre todo, por ser un gobernador respetado. Es el único que ha hecho influir bastante dentro de la nacionalidad...

En un ambiente diverso y con un racismo institucionalizado, Abraham instó a su pueblo, empezando con su familia, a mantener sus costumbres, vestimenta e idioma, como lo contó Nicanor Calazacón (Muñoz, 2009). Incluso sin haber sido alfabetizado en castellano, sus saberes y posturas fueron parte de un cambio de época para la nacionalidad tsa'chila. De muchas formas, Abraham parece haber vuelto visible a su nacionalidad en el Ecuador.

6. Conclusiones

6.1. Interculturalidad en salud: la visión de la nacionalidad tsa'chila

Frente al objetivo de la investigación que buscó “explorar el nivel de conocimiento de miembros de la nacionalidad tsa'chila sobre la interculturalidad en salud, a partir de lo que propone la política pública” se puede afirmar que existe un mayor conocimiento de lo planteado por la política pública en aquellos miembros de la nacionalidad más expuestos a la interacción con la institucionalidad estatal. Sin embargo, y ateniéndonos a una acepción de la interculturalidad como diálogo, ésta deviene como una interacción y práctica cotidiana, como un concepto relacional que se practica de manera natural desde los tsa'chila.

Al intentar definir la interculturalidad, ésta se muestra como un concepto de gran amplitud, en especial cuando se confronta desde sus interlocutores más visibles: los actores políticos, los funcionarios, los líderes comunitarios, los voceros de las asociaciones civiles. Debido a la posición de quienes postulan definiciones, así como de las relaciones entre ellos, llegar a una definición mayoritariamente aceptada de interculturalidad no parece posible. En esta dirección señalaba Menéndez (2006):

Este concepto se caracteriza por su aparente simplicidad, pero en la medida que se lo utiliza y profundiza surgen diferentes acepciones a veces complementarias, pero frecuentemente contradictorias. Esto se refleja en la imposibilidad -por lo menos hasta ahora- de establecer una definición aceptada por los que utilizan este concepto. (p.51).

Como señalaba Luis en la entrevista, la interculturalidad debe entenderse como diálogo, pero no desde la verticalidad de la relación hacia los pueblos indígenas, que tiende a verlos como subordinados. De ahí que el aporte de la filosofía intercultural sea de utilidad para promover un *deber ser* de la interculturalidad, que cuestione las barreras que impiden que lo que se plantea desde la Constitución y la política pública sea cercano a la mayoría de los habitantes del país.

A pesar de la ausencia de definiciones desde el Estado sobre la interculturalidad, el uso de términos como diálogo y respeto son mencionados recurrentemente para sus aproximaciones. El diálogo intercultural encuentra límites frente a las condiciones que impiden el desarrollo pleno de condiciones de equidad para la población del país.

“Lo que a primera vista parece una victoria de la apropiación popular del discurso “intercultural” y “descolonizador” puede resultar, desde un enfoque emancipador y crítico, un “secuestro” etnocéntrico, posmoderno y un tanto romántico, de una herramienta de interpretación sociopolítica y cultural.” Easterman (2009, p.51)

El marco regulatorio es altamente favorable a la interculturalidad en salud y el pluralismo médico. Sin embargo, existen factores estructurales y de pensamiento que no han sido

superados para dar paso al efectivo goce de los derechos que favorecen la interculturalidad en salud.

En términos generales, los miembros de la nacionalidad tsa'chila comprenden la propuesta intercultural proveniente desde el Estado. Paradójicamente, parte de esta comprensión viene de la evidencia de que los postulados de la política pública son distantes de la práctica intercultural que se esperaría de la oferta pública de la salud.

Desde la perspectiva tsa'chila se mira la también a la interculturalidad como una capacidad de adaptación que se ejerce con naturalidad al interactuar con, por ejemplo, la cultura de la ciudad. Javier Aguavil lo explicó:

...nosotros nos hemos acoplado muy fácilmente en el tema de la interculturalidad. Digamos, la comida la vestimenta, de lo que no es nuestro, nos acoplamos. Pero decimos de las personas que no son de la nacionalidad, muy difícil aún hay una integración de la cultura nuestra.

La tendencia a mirar la interculturalidad como una categoría que se practica desde los mestizos hacia los pueblos indígenas supondría un esfuerzo de adaptación que no sería tal para los miembros de las nacionalidades indígenas, sino más bien para los mestizos. Como lo explica el Gobernador de esta nacionalidad, la adaptación desde las nacionalidades es fluida, no así la de los mestizos hacia la cultura indígena. Como se ha evidenciado en las entrevistas y la revisión documental para esta investigación, la interculturalidad, entendida como diálogo, adaptación e intercambio, deviene como un elemento que puede considerarse identitario de los tsa'chila.

6.2. La medicina tradicional tsa'chila y su práctica en el Estado intercultural

Frente al objetivo de la investigación planteado como: “definir la situación de la medicina tradicional tsa'chila dentro del enfoque de interculturalidad que plantea el Estado ecuatoriano” se puede afirmar, en términos generales, que el Estado subordina las medicinas tradicionales para dar supremacía al modelo biomédico. Una visión hegemónica de la interculturalidad crea escenarios excluyentes para el ejercicio de la medicina tradicional y cuando pretende incluirlos, estos se subordinan a las prácticas del modelo biomédico. Esto podría explicarse, tanto por razones estructurales asociadas al modelo biomédico mismo, como por la conveniencia que implica impulsar únicamente un modelo.

Luis explicó este aspecto en la entrevista como la ausencia de una visión desde abajo, desde la población, para la creación de la política pública. Aunque la Constitución y la política pública favorecen la interculturalidad en salud, la práctica de la medicina tradicional se hace aún al

margen de esta regulación. Aun cuando existen esfuerzos desde la Gobernación tsa'chila, como el reglamento para la práctica de la medicina tradicional, la hegemonía del modelo biomédico, sumado a otros factores estructurales, como los problemas de exclusión social de los pueblos indígenas, explicarían el trato subalterno que recibe la medicina tradicional dentro del modelo impulsado desde el Estado.

El modelo biomédico no abre espacios a las otras medicinas de manera espontánea, al contrario, actúa con criterios excluyentes al medicalizar esas otras visiones (Menéndez, 1992). La concepción misma de la idea de salud – enfermedad, así como el modelo de atención y abordaje del paciente del modelo hegemónico se encuentra en las antípodas de muchas de las características de la medicina tradicional. Como lo señala Estermann (2016) al referirse a la medicina andina: “no es ‘técnica’ ni causal, sino ‘ritual’ y simbólica; el logro se basa en una eficacia simbólica” (p.253). Esto fue ampliado por Luis en la entrevista:

...nuestra medicina es bastante sagrada, nuestra forma de curar, nuestra forma de sanación es bastante sagrado. [...] nuestra medicina siempre ha sido tipo oculto, siempre la forma de sanar era dentro de los lugares sagrados. Si nosotros salimos afuera y ejercemos la medicina ancestral, como que se rompe esa existencia entre la naturaleza y el hombre. Porque para sanar un *pone* siempre tenía que recurrir con los Espíritus. Conversar con los Espíritus. Entonces siempre teníamos que tener una relación la naturaleza y los sanadores.

La relación entre la medicina tradicional y el modelo hegemónico no ha sido, sin embargo, estática. Las medicinas tradicionales se han ido adaptando a los cambios del modelo hegemónico y de la cultura tsa'chila misma. Los sanadores ofertando sus saberes en la vía a Quevedo serían también una expresión de ello.

Las limitaciones de la regulación ponen en evidencia las tensiones entre la medicina tradicional y el Estado intercultural. Entre ellas, la ausencia de mecanismos adecuados para el ejercicio formal de las medicinas tradicionales como parte del Sistema Público de Salud. Queda claro también, que la normativa no termina de desestructurar patrones arraigados que operan en el ejercicio concreto de la salud, cuando se tiende a subordinar las prácticas no científicas por considerarlas inferiores.

Además de las limitaciones propias del modelo que impulsa el Estado, no se puede obviar la realidad social de un país diverso y, sin embargo, con serios problemas de exclusión social hacia los pueblos indígenas. Así mismo, existe una limitada comprensión de la cosmovisión desde los blanco-mestizos sobre la medicina tradicional. Se trata de un problema vasto, cuya complejidad adquiere dimensiones muy concretas. Aquí señalaremos tres:

- Un racismo que considera inferiores los saberes tradicionales. Existen abundantes estudios que abordan esta realidad al señalar, por ejemplo, al racismo como uno de

los determinantes sociales de la salud de los pueblos indígenas (Organización Panamericana de la Salud, 2009).

- Un acceso menor a los sistemas de salud desde las poblaciones indígenas. Existe información que demuestra que aún “los indicadores de morbilidad continúan siendo más desfavorables entre los pueblos indígenas que en el resto de la población, evidenciando un daño acumulativo y más intenso entre los primeros” (CEPAL, 2014, p.340).
- La asociación histórica de la medicina ancestral con valores no cristianos. Se puede afirmar que durante siglos la medicina tradicional fue proscrita por considerársela relacionada a los cultos religiosos nativos. Aunque el uso de las plantas fue aprovechado por blancos y mestizos, la concepción de salud, los rituales y procedimientos de la medicina tradicional fueron relegados e incluso perseguidos. Como consecuencia de ella muchas prácticas desaparecieron o se sincretizaron con las creencias católicas, a fin de asegurar su supervivencia (Fernández, 2012).

6.3. Fortalecimiento e Integración de la medicina tradicional tsa'chila al sistema público de salud.

Uno de los objetivos de la investigación fue el de: “explorar las posibilidades de integración formal y fortalecimiento de las medicinas tradicionales tsa'chila, desde el análisis de las percepciones de esta nacionalidad”. Sobre este objetivo hemos encontrados tres aspectos que responden a esta inquietud. El primero es el alto nivel de integración que existe de la medicina tsa'chila en la cotidianidad del tratamiento a la enfermedad. El segundo es el impulso que ha recibido el “Reglamento para la práctica de la medicina ancestral Tsa'chila” como un mecanismo de formalización e integración de la medicina tradicional con el Sistema Público de Salud. Y el tercero tiene que ver con los intentos prácticos y las reflexiones que han entregado los entrevistados sobre la integración de la medicina tradicional en el Sistema Público de Salud. Estos tres aspectos se entrecruzan y permiten aproximarnos con claridad a la realidad de la integración de los modelos médicos.

La integración entre las diferentes medicinas desde la perspectiva tsa'chila no solo que es posible, sino que surge de manera espontánea. Así mismo, para muchos de los habitantes del país que han sido usuarios de esta medicina tradicional, la interacción entre las medicinas es un asunto cotidiano. En la práctica, para muchos ecuatorianos el pluralismo médico es una realidad que, aunque funcione al margen del sistema médico estatal, se vive en la cotidianidad.

Podemos afirmar que, para los tsa'chila, entrevistados y de quienes se ha tomado declaraciones públicas, la visión de integración con la medicina occidental es muy clara y parte de una sensibilidad y respeto hacia la medicina propia. A la vez que se busca encauzar los problemas que no tienen respuesta en su medicina tradicional hacia la biomedicina, se mantiene un cierto celo por preservar la reputación de la medicina tradicional, en especial desde quienes se mantienen en las comunidades.

En la práctica se da una interculturalidad en salud con elecciones e intercambios permanentes entre los modelos médicos. La oferta de la medicina tradicional tsa'chila es intensa y goza de amplia aceptación, no solo entre los miembros de la nacionalidad, sino también entre los ecuatorianos. Un pluralismo médico estaría funcionando de manera fluida y cotidiana desde la experiencia tsa'chila. Cabe preguntarse cuantas de estas prácticas son sostenibles frente a los escasos nuevos sanadores tradicionales que se forman, la dominación hegemónica del modelo biomédico y los mecanismos de integración y complementariedad del Estado para las medicinas tradicionales. Iniciativas como el “Reglamento para la práctica de la medicina ancestral Tsa'chila” constituyen esfuerzos notables por integrar la práctica de la medicina tradicional con el modelo biomédico. Aún la oferta de los saberes médicos tsa'chilas ocurre al margen del modelo biomédico que regula el Estado. Pese a los avances en materia de derechos y al posicionamiento de la interculturalidad en la Constitución, aún los adelantos concretos del ejercicio de la salud intercultural son limitados. Para la integración de las medicinas tradicionales existen múltiples obstáculos, que, como hemos explicado antes, se muestran imbricados a los problemas de exclusión social hacia los pueblos indígenas, como a la orientación que adopta el Estado frente al modelo biomédico.

Luis compartió acerca de la discusión para establecer un modelo de atención conjunta. La iniciativa se topó con una barrera inicial que no pudo ser superada: la ausencia de normativa que permita la integración si la atención de la medicina tradicional quisiese ofrecerse dentro de las instalaciones de un centro de salud o establecimiento del Estado. Los problemas empezaban con el pago. Puesto que el Sistema de Salud plantea la salud como un derecho al que debe accederse de manera gratuita (Ley Orgánica de Salud, Art. 7,b), el cobro o retribución que debería recibir el sanador desde el paciente no podría realizarse. Si el Sistema de Salud quisiera contratar a un profesional para ser remunerado y que ofrezca así de manera gratuita sus servicios, este profesional debería ser contratado siguiendo los procesos establecidos por el marco regulatorio, entre ellos la acreditación de su formación. El artículo 193 de la Ley Orgánica de Salud señala que:

Son profesiones de la salud aquellas cuya formación universitaria de tercer o cuarto nivel está dirigida específica y fundamentalmente a dotar a los profesionales de conocimientos,

técnicas y prácticas, relacionadas con la salud individual y colectiva y al control de sus factores condicionantes.

La misma ley no hace referencia a los sanadores de las medicinas tradicionales, sin embargo, si hace mención sobre la regulación y control de las mismas (Art. 191). Muchos de los sanadores, en especial los mayores, no poseen educación formal. Sus saberes se transmiten de manera oral y la legitimidad se construye a través de la formación personal y el ejercicio. El marco regulatorio requeriría de una normativa especial que permitiese el ejercicio de los profesionales de esta medicina, bajo el conocimiento de que sus saberes no se avalan de la misma forma que los profesionales de la biomedicina. El reglamento que regula la medicina tradicional pretenden aportar a la regulación de quienes se presentan como sanadores, por medio de avales que sean estándares para sus portadores.

Otra alternativa es la generación de modelos público – privados o público – comunitarios, en los que los profesionales no están contratados directamente por el Sistema Público, pero pueden ser referidos en ambas direcciones, desde la medicina tradicional o la alopática, de acuerdo a la necesidad del paciente. Una iniciativa que merece ser considerada para reflexionar sobre las formas de diseñar un modelo de atención intercultural es Jambi Huasi, un centro que ofrece servicios de medicina tradicional desde 1984 en la ciudad de Otavalo y que fue referido por Luis en la entrevista como uno de los ejemplos que podrían usarse para diseñar una experiencia concreta de interculturalidad en salud. En este centro interactúan tanto la medicina tradicional como la alopática. Entre sus servicios están la recuperación de lesiones y el parto intercultural:

...basado en la atención del alumbramiento en posición vertical-horizontal. Pakaricjik Mama, que en español significa partera, es la encargada de brindar la atención en el parto y posparto. Además, lleva a cabo el proceso conocido como ‘encaderamiento’, en el cual se recomienda consumir plantas en infusiones o colocarse los denominados emplastos. Al mismo tiempo, se apoya con baños de plantas calientes para recuperar las energías que se consumen durante el parto. (Cisneros, 2015).

En la actualidad no existen modelos en los que se aplique con éxito una interacción entre la medicina tradicional tsa’chila y la oferta pública en salud, pese al uso extendido de la población de esta medicina.

Como señalamos al referir el “parto culturalmente adecuado” existen acciones concretas que pueden entrar en conflicto con las formas de ejercer la medicina tradicional: los tiempos, espacios y resoluciones de las *otras medicinas* no se ajustan necesariamente al modelo biomédico. Una interacción efectiva requeriría procesos en los que los modelos médicos diferentes sean respetados en su naturaleza diferente.

Frente a las dificultades concretas para la integración, el concepto de adecuación cultural es uno de los que se ha aplicado para dar los primeros pasos en esa dirección: “sin cambiar el modelo cambiamos solo algunas partes del protocolo” (Uriburu, 2006, p.178). Como señalaba Luis en la entrevista, algunas de las acciones para generar práctica o entornos culturalmente adecuados no son necesariamente interculturales. De ahí que una integración intercultural deba cuestionar las barreras estructurales que impiden la integración. Es necesario abrir espacios donde las relaciones propias de la medicina tradicional pueden suceder de acuerdo a la cosmovisión de los portadores de los saberes curativos y con la menor inferencia del modelo biomédico.

La nacionalidad tsa'chila enfrenta desafíos intensos frente a la mantención de sus rasgos culturales: retroceso en el aprendizaje del idioma, irrupción de una modernidad no conocida, presión del crecimiento urbano y agrícola, contaminación. Los cambios que enfrenta esta nacionalidad demarcan las amenazas para la supervivencia de sus saberes. A partir de las conversaciones y lecturas con miembros de la nacionalidad hemos identificado algunas amenazas para su saber médico. Aquí nos referiremos a cuatro señaladas recurrentemente en las fuentes de la investigación:

- El avance de una modernidad no conocida antes que tiene al uso de la tecnología, la vida urbana y el turismo como sus principales expresiones. A estos cambios se adhieren los jóvenes tsa'chila con el consecuente distanciamiento de algunas de sus señas de identidad, como por ejemplo el idioma.
- El retroceso en el aprendizaje del tsa'fiki. Como parte de un problema complejo, en el que la familia tiene un rol preponderante, las nuevas generaciones no estarían aprendiendo el tsa'fiki con la misma intensidad que sus mayores. Esto ha provocado que el idioma aparezca como una de las lenguas en riesgo de desaparecer en el país.
- El surgimiento de curanderos no calificados de acuerdo a la tradición tsa'chila, como consecuencia de la fama de algunos de los *pone* de esta nacionalidad. La práctica de estos curanderos va en detrimento de la reputación legendaria de los *pone*. Los desacuerdos internos acerca de la calidad de los saberes que se ofertan para quienes no son miembros de esta nacionalidad, despierta también cuestionamientos. Estos desencuentros esperan ser superados con el reglamento que regula la medicina tradicional de esta nacionalidad.
- La amenaza a sus bosques, la presión de la frontera agrícola. Siendo la materia prima de muchas de las curaciones tsa'chila las plantas, la presión sobre los bosques es un asunto de preocupación. Frente a esto varios *pone* y sus asociaciones han desarrollado viveros para

la conservación de varias de las plantas usadas en las curaciones. La contaminación de los ríos se presenta también como una amenaza en esta dirección (Guerrero, 2016).

A pesar de la visibilidad de los elementos de esta nacionalidad generada por una identidad apuntalada desde las instituciones de Santo Domingo, la integración concreta de esta nacionalidad con la provincia y la ciudad es aún marginal. La apropiación y uso de términos e imágenes tsa'chila ha causado malestar en algunos miembros de esta nacionalidad, sin que esto haya provocado aún debates sobre el uso ético de elementos culturales étnicos o, incluso, la propiedad intelectual que podría subyacer en estos usos, como lo han señalado algunos de los entrevistados.

A pesar de los desafíos encontrados frente a la supervivencia de la cultura tsa'chila, al revisar los procesos históricos de los que existen registros, esta nacionalidad ha demostrado una capacidad de resiliencia y adaptación que ha permitido a sus miembros la supervivencia hasta alcanzar logros notables como el acceso a la tierra, logro pionero en este sentido. El relato por el que los hombres tsa'chila comenzaron a pintar su pelo de rojo, en el que los *pone* recibieron una revelación de los espíritus de usar el achiote para librarse de una epidemia que estaba acabando con la población, representa, también, un relato fundacional sobre la mantención de su cultura.

6.4. Limitaciones y futuras líneas de investigación

Durante el trabajo de investigación se ha mantenido una apertura hacia otros temas relacionados que debieran investigarse complementariamente en el futuro. Uno de los principales obstáculos para el desarrollo de esta investigación ha sido el poder acceder a *pone* renombrados. Se realizaron varios intentos por entrevistar al menos a dos de ellos, sin embargo, estas entrevistas no pudieron concretarse. Una de las explicaciones esgrimidas fue la constante solicitud que reciben, principalmente de estudiantes universitarios, para realizar trabajos de investigación. Una de las respuestas que recibimos, y que merece una reflexión posterior más amplia, es el retorno de estas investigaciones hacia los tsa'chila. La falta de socialización de estas investigaciones ha fomentado una sensación de utilitarismo desde los *investigadores* de la cultura de este pueblo, que, sin embargo de la colaboración recibida, no han sido recíprocos al devolver los resultados de sus indagaciones.

Sobre la actitud misma de los *pone* frente al interés en sus saberes, tras las investigaciones se ha concluido que más allá de tratarse de una posición arbitraria, la práctica misma del

chamanismo crea un entorno de celo y discreción que es común a los practicantes de esta tradición y que parece acentuarse con el tiempo. Sin embargo, este aspecto no deja de contrastar con la afabilidad y apertura que tienden a mostrar los tsa'chila.

Tras el desarrollo de esta investigación han surgido temas que merecen ser investigados frente a la necesidad de una comprensión más profunda de la realidad intercultural tsa'chila. Entre otros se han identificado:

- La influencia de las condiciones socioeconómicas en relación a la práctica y usos de la medicina intercultural tsa'chila;
- Las experiencias de racismo y exclusión desde la experiencia tsa'chila;
- Las prácticas de dominación y subordinación que se perpetúan en los haceres de las instituciones gubernamentales;
- La investigación de las culturas indígenas desde una cosmovisión externa y sus limitaciones para profundizar en la comprensión de conceptos fuertemente enraizados en la cultura y el idioma.

Sobre este último tema, se ha identificado un malestar presentado por varios tsa'chila al referir la incompletura de las investigaciones que se hacen con sus testimonios, pero sin comprender su cosmovisión. Se hace necesario reflexionar sobre metodologías que puedan arrojar investigaciones que partan desde una visión, quizá, más biográfica de los temas.

La comprensión de la cosmovisión tsa'chila y su inserción y adaptación en el entorno urbano, blanco – mestizo, representa también un ámbito amplio de investigación. La riqueza de esta cultura, cuyas narrativas se han mantenido principalmente de manera oral, es aún conocida de manera superficial por quienes no son miembros de la nacionalidad. Esperamos poder contribuir en el futuro al desarrollo de estos temas a través de la investigación y reflexión de los temas que no han sido abordados en la actual investigación.

7. Referencias bibliográficas

- Berger, P. y Luckman, T. (2001). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bericat Alastuey, E. (2003). Fragmentos de la realidad social posmoderna. *Reis*, nº 102, 9-46. Recuperado de: http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_102_031167995793345.pdf
- Breilh, Jaime. (2010) "Lo etnocultural en la determinación de la salud: entrevista con Jaime Breilh (realizada por Ylonka Tillería)". *Revista Anaconda Internacional*, 25 (4) (abril 2010): 19-23. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10644/3406>
- Castañeda, A. (2010). Derechos humanos e interculturalidad. En Fernández-Juárez, G. (Ed.). *Salud, Interculturalidad y Derechos. Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay-Buen Vivir*. Quito: Ministerio de Salud Pública.
- CEPAL. (2014). *Los pueblos indígenas en América Latina: avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos*. Santiago: Naciones Unidas.
- CEPAL. (2016). *La matriz de la desigualdad social en América Latina*. Recuperado de: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40668/4/S1600946_es.pdf
- Chuji, M. (2013). El Gobierno tradicional tsáchila. Tradición contemporánea. En Cabrero, F. (coord.), *Ciudadanía Intercultural. Aportes desde la participación política de los pueblos indígenas en Latinoamérica*. Nueva York: Programa de las naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
- Cisneros, M. (2015, 26 de julio). En Jambi Huasi se practican la medicina ancestral y occidental. *Eltelegrafo.com*
- Coéllar, J. (2012). La construcción del Estado plurinacional e intercultural (Política Pública). *La Tendencia*, nº13, p.115-119. Recuperado de: <http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/4303/1/RFLACSO-LT13-22-Coellar.pdf>
- CONAIE. (2017). Recuperado el 8 de mayo de 2017 de: <https://conaie.org/quienes-somos/>
- Costales, A. y Costales, D. (2002). *Etnografía, Lingüística e Historia Antigua de los Caras o Yumbos Colorados (1534 – 1978)*. Quito: Abya-Yala.
- De la Torre, C. (1996). Racismo y vida cotidiana. *Ecuador Debate*, (38). Recuperado de: <http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/6059/1/RFLACSO-ED38-06-Torre.pdf>

- Dietz, G. (2001). Del multiculturalismo a la interculturalidad: un movimiento social entre discurso disidente y praxis institucional. En De Prado, J. (Coord.). *Diversidad Cultural, Identidad y Ciudadanía*. Córdoba: INET
- Duch, LI. (2002). *Antropología de la Vida Cotidiana. Simbolismo y Salud*. Madrid: Trotta.
- Duch, LI. (2004). *Estaciones del laberinto. Ensayos de antropología*. Barcelona: Herder.
- Ecuador acoge I cumbre regional de medicina ancestral. (2016, 9 de agosto). Elcomercio.com.
- Espinosa, M. (2016, 3 de junio). Los chamanes tsáchilas se ubican en la vía a Quevedo. ElComercio.com.
- Espinosa, M. (2017, 4 de mayo). Los tsáchilas buscan ser patrimonio cultural. ElComercio.com.
- Easterman, J. (2009). Colonialidad, descolonización e interculturalidad: Apuntes desde la Filosofía Intercultural. En Mora, D. (Dir.) *Interculturalidad crítica y descolonización. Fundamentos para el debate*. La Paz: Convenio Andrés Bello.
- Easterman, J. (2016). *Filosofía Andina. Sabiduría indígena para un nuevo mundo*. Quito: AbyaYala.
- Eliade, M. (1976). *El chamanismo y las técnicas arcaicas del éxtasis*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Fernández, G. (2012). *Hechiceros y Ministros del Diablo. Rituales, prácticas médicas y patrimonio inmaterial en los Andes (siglos XVI -XXI)*. Quito: AbyaYala.
- Gómez, J. (2015). *Los "Colorados": etnohistoria y toponimia*. Quito: UASB. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10644/4701>
- Guerrero, G. (2016, 26 de septiembre). Tsáchilas denuncian ante la Fiscalía contaminación en ríos. ElUniverso.com.
- Hermida, J., González, D., Fuentes, G., Harvey, S. y Freire, J. (2010). Humanización y adecuación cultural de la Atención del Parto (HACAP) en el Ecuador. En Fernández-Juárez, G. (Ed.). *Salud, Interculturalidad y Derechos. Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay-Buen Vivir*. Quito: Ministerio de Salud Pública.
- INEC. (2010). *Instituto Ecuatoriano de Estadística y Censos*. Censo de población y vivienda 2010. Recuperado el 6 de marzo de 2017 de: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/informacion-censal-cantonal/>

Instituto nacional de Patrimonio Cultural. (2017). Sistema de Información del Patrimonio Cultural Ecuatoriano (SIPCE). Recuperado el 2 de junio de 2017 de: <http://sipce.inpc.gob.ec:8080/IBPWeb/paginas/busquedaBienes/resultadoArbolNavegacion.jsf>

La primera Cumbre Regional de Medicina Ancestral será en Ecuador. (2016, 19 de abril). Eltelegrafo.com

Menéndez, E. (1992). Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En Menendez, E. *La antropología médica en México*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.

Menéndez, E. (2006). Interculturalidad, 'Diferencias' y Antropología at home. Algunas cuestiones metodológicas. En Fernández, G. (Coord.). *Salud e Interculturalidad en América Latina*. Quito: AbyaYala.

Ministerio de Salud Pública, C. R. (2010). *Claves para la Reconstrucción del Sumak Kawsay-Buen Vivir*, 407. Recuperado de: www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D454.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS*. Quito: Ministerio de Salud Pública.

Moseley, C. (ed.). (2010). *Atlas de las lenguas del mundo en peligro*. 3ra edición. París: Ediciones UNESCO. Recuperado de: <http://www.unesco.org/culture/languages-atlas/es/atlasmap.html>

Morris, D. (1998). *Illness and culture in the postmodern age*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.

Moya, R. (1993). *El recuerdo de los abuelos. Literatura oral aborigen*. Quito: Corporación Editora Nacional.

Ong, W. (2012). *Orality and literacy: the technologizing of the word*. New York: Routledge.

Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Determinantes Sociales de la Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas*. Quito: Organización Panamericana de la Salud.

Ortega, F. (2010). Bioética en la interculturalidad. En Fernández-Juárez, G. (Ed.). *Salud, Interculturalidad y Derechos. Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay-Buen Vivir*. Quito: Ministerio de Salud Pública.

Perdiguero, E. (2006). Una reflexión sobre el pluralismo médico. En: Fernández, G. (Coord.). *Salud e Interculturalidad en América Latina*. Quito: AbyaYala.

Salomón, F. (1997). *Los Yumbos, Niguas y Tsatchila o "Colorados" durante la colonia española: etnohistoria del Noroccidente de Pichincha, Ecuador*. Quito: AbyaYala

Salomón, F. (2011). *Los Señores Étnicos de Quito en época de los Incas*. Quito: Instituto Metropolitano de Patrimonio.

SENPLADES. (2013). *Plan Nacional de Desarrollo / Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017*. Quito: Senplades.

Sola, J. (2010). La interculturalidad y la salud desde el marco ético de la salud pública. En Fernández-Juárez, G. (Ed.). *Salud, Interculturalidad y Derechos. Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay-Buen Vivir*. Quito: Ministerio de Salud Pública.

Ventura, M. (1997). Una visión de la Cultura Tsachila en la actualidad. En Juncosa, J. (Ed.). *Etnografías Mínimas del Ecuador. Tsachila – Cachis – Cholo – Cofán – Awá-Coaiquer*. Quito: Abya Yala.

Ventura, M. (2012). *En el cruce de caminos: identidad, cosmología y chamanismo Tsáchilas*. Quito: Abya Yala.

WALSH, C. (2012). *Interculturalidad crítica y (de) colonialidad: ensayos desde Abya Yala*. Quito: AbyaYala.

Yáñez, J. (2005). *Allikai. La salud y la enfermedad desde la perspectiva indígena*. Quito: AbyaYala.

Uriburu, G. (2006) Mortalidad materna en Bolivia. ¿Qué hacer para evitar tantas muertes de mujeres? En Fernández, G. (Coord.). *Salud e Interculturalidad en América Latina*. Quito: AbyaYala.

Legislación

Constitución de la República del Ecuador. Registro Oficial, 449, de 20 de Octubre del 2008.

Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas. 13 de Diciembre de 2007.

Gobernación Tsa'chila. (2016). Reglamento para la práctica de la medicina ancestral Tsa'chila.

Ley Orgánica de Salud. Registro Oficial Suplemento, 423, de 22 de Diciembre de 2006.

UNESCO. (1978). Declaración sobre la Raza y los Prejuicios Raciales, del 27 de noviembre de 1978.

Videos

Agencia Andes. (2016, 11 de agosto). Curandero Tsáchila Manuel Calazacón piensa que hay que regular la medicina ancestral. [Vídeo] Youtube. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=FH9l8Bi9lc>

Manuel Calazacón - Cortina de Años. Jhonson, C. (Productor). (2016). [Vídeo] Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=9862bpalW1A>

La Caja de Pandora - Nicanor Calazacón. Muñoz, R. (Productor). (2009). [Vídeo] Youtube. https://www.youtube.com/watch?v=_HmSwoZ-iiM

Reel 10: Ecuador / June 26-27. Colorado (Tsáchila) Indian village. Santo Domingo. Quito. Kintner, W. (Productor). (1949). [Vídeo] InternetArchive.

Anexos

ANEXO I

Guion de la entrevista en profundidad

La entrevista tomó como pauta preguntas generales de acuerdo a los objetivos de la investigación, que se han agrupado en bloques de información. Las preguntas se adaptaron de acuerdo al nivel de claridad entendido por cada entrevistado. Así mismo, se incrementaron u omitieron preguntas, de acuerdo a la información proporcionada por los entrevistados.

INTERCULTURALIDAD, ESTADO Y VISIÓN

1. ¿Está familiarizado con el término interculturalidad?
2. ¿Conoce los derechos y opciones que ofrece la Constitución y la ley acerca de la interculturalidad en salud?
3. ¿Qué opina de la interculturalidad en salud que se impulsa, al menos, desde el estado?

INTEGRACIÓN

4. ¿Ofrece el modelo biomédico estatal oportunidades para el desarrollo de la medicina tsa'chila? ¿Cuáles? (proyectos, ferias, actividades, etc.)
5. ¿Existen iniciativas de integración de las medicinas diversas? ¿Cuáles?
6. ¿Cómo ofrece usualmente sus saberes cuando se trata de personas que no son parte de la comunidad?
7. ¿Cómo es recibida su medicina por personas que no son de la comunidad?

OPORTUNIDADES

8. ¿Qué barreras encuentra para el ejercicio de su medicina?
9. ¿Considera que hay un aumento en las personas que le buscan para sanarse con su conocimiento? ¿A qué puede deberse esta situación?

10. ¿Las personas de su comunidad siguen buscando las soluciones de la medicina tsa'chila como una primera opción para cierto tipo de afecciones? ¿Si no, a dónde acuden como primera búsqueda de soluciones?

SUPERVIVENCIA DE LA MEDICINA TRADICIONAL

11. ¿Existen miembros jóvenes de la comunidad interesados en seguir aprendiendo la medicina tsa'chila?

12. ¿Cómo mira la supervivencia de los saberes de los pone en el futuro?

13. ¿Los más jóvenes continúan aprendiendo tsa'fiki como lengua principal?

14. ¿Qué asociaciones e iniciativas existen para la preservación de los saberes tradicionales tsa'chila?