

SALUD, INTERCULTURALIDAD Y DERECHOS

Claves para la reconstrucción
del Sumak Kawsay-Buen Vivir



Ministerio de Salud Pública

SALUD, INTERCULTURALIDAD Y DERECHOS

Claves para la reconstrucción
del Sumak Kawsay-Buen Vivir

2010

Dr. David Chiriboga
Ministro de Salud Pública

Dra. Ximena Abarca Durán
Subsecretaria General de Salud

Dr. Javier Solórzano
Subsecretario de Extensión para la Protección Social en Salud

Dra. Carmen Laspina
Directora General de Salud

Dr. Washington Estrella
Director Nacional del Proceso de Normatización del Sistema Nacional de Salud

Dra. Myriam Conejo
Directora Nacional del Subproceso de Salud Intercultural

Dr. Jorge Parra
Representante UNFPA, Fondo de Población de Naciones Unidas en Ecuador

SALUD, INTERCULTURALIDAD Y DERECHOS **Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay-Buen Vivir**

Editor

Gerardo Fernandez-Juárez

Coordinación

Lilia Rodríguez
Representante Auxiliar del Fondo de Población de Naciones Unidas, UNFPA

Elizabeth Nuñez
Responsable de comunicación de salud intercultural Ministerio de Salud Pública

Revisión

Fernando Ortega
Coordinador académico seminario Interculturalidad, ejercicio de derechos en la subregión andina, con énfasis en salud sexual y reproductiva, para el fortalecimiento del Sumak Kawsay-Buen Vivir

Diagramación e impresión

Ediciones Abya-Yala

Portada ilustración: Liliana Gutiérrez www.lapizypapel.ec

Fotografía: Mauricio Ushiña. Fotógrafo pueblo Kitu Kara

Impreso en Quito-Ecuador, junio 2010

Índice

Presentación.....	9
Declaración de Quito	11
I. DERECHOS HUMANOS, INTERCULTURALIDAD Y SALUD EN EL MARCO DEL SUMAK KAWSAY	
1. Sumak Kawsay: retos y paradojas de la Salud Intercultural <i>Gerardo Fernández-Juárez</i>	17
2. Seminario regional medicinas tradicionales, alternativas y complementarias en Ecuador. Proceso de Articulación en el Sistema de Salud Pública 2000-2010 <i>Luis Fernando Calderón</i>	53
3. Sumak Kawsay: salud y enfermedad en los Andes <i>Luis Enrique “Katsa” Cachiguango</i>	65
4. Interculturalidad y políticas públicas en el marco del Buen Vivir <i>Luis Maldonado Ruíz</i>	81
5. Derechos humanos e interculturalidad <i>Amilcar Castañeda</i>	91
6. La interculturalidad y la salud desde el marco ético de la salud pública <i>José Sola</i>	121
7. Bioética en la interculturalidad <i>Fernando Ortega Pérez</i>	127
II. INTERCULTURALIDAD, GENERO Y SALUD	
8. Género y etnia, los cruces de las inequidades en salud <i>Lilía Rodríguez</i>	149

9.	El Cairo + 15. Agenda de Salud Sexual y Reproductiva en Ecuador. Avances y desafíos <i>Rocío Rosero Garcés</i>	163
10.	La mujer negra en los procesos políticos, sociales, culturales en el Ecuador <i>Katherine Chalá Angulo</i>	175
11.	Participación de los afroecuatorianos por su derecho a la salud <i>Irma Bautista Nazareno</i>	179
III. PERTINENCIA CULTURAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA: Normas, regulaciones y gestión de los servicios		
12.	Plan Andino de Salud Intercultural <i>Gloria Lagos</i>	191
13.	Mejoramiento de la calidad y del acceso a los servicios con énfasis en la salud sexual y reproductiva para el ejercicio de derechos y la reducción de la mortalidad materna e infantil <i>Roberto Campos Navarro</i>	195
14.	Enfoque intercultural en las redes de servicios de salud en Chile: lecciones en la implementación de partos con pertinencia cultural <i>Margarita Sáez Salgado</i>	223
15.	Fortalecimiento de servicios rurales con atención de parto con enfoque intercultural <i>Mario Tavera</i>	235
16.	Mutilación genital femenina en Emberas de Risaralda: diálogo entre los derechos individuales y los derechos colectivos <i>Nancy Millán</i>	239
17.	La salud sexual y la salud reproductiva en poblaciones indígenas de Bolivia <i>Mónica Yaksic Prudencio</i>	251
18.	Normas y regulaciones sobre pertinencia cultural de los servicios y la atención en salud materna: estado de arte y retos pendientes en tres países andinos <i>Marcos Paz, Zulema Gambirazio y Daniel González</i>	259

19.	Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materno y Neonatal en Ecuador <i>Carmen Laspina</i>	269
20.	Humanización y Adecuación Cultural de la Atención del Parto (HACAP) en el Ecuador <i>Jorge Hermida, Daniel González, Genny Fuentes, Steven Harvey y Juana María Freire</i>	275
21.	Participación de los gobiernos locales en la reducción de las muertes maternas: Caso Otavalo <i>Myriam Conejo</i>	321
22.	Caminando hacia ‘El Buen Vivir’ <i>Jeannine Crespo</i>	331
IV. EMBARAZO ADOLESCENTE EN PUEBLOS INDÍGENAS		
23.	Cultura y sexualidad en adolescentes y jóvenes kichwa otavalos <i>Ariruma Kowii</i>	337
24.	Voces y prácticas adolescentes: el cuerpo maternal y la resistencia <i>Soledad Varea</i>	345
V. RESUMEN DEL TRABAJO DE TALLERES		
25.	Sistematización del trabajo de los talleres <i>Fernando Ortega Pérez</i>	365
VI. ANEXO FOTOGRÁFICO		389
VI. Sobre los autores CV		403

Presentación

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en el marco del Plan Nacional del Buen Vivir, la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, la Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos y el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal, que constituye una prioridad de política pública para asegurar la salud reproductiva de las mujeres, propuso la generación de un espacio de discusión y debate de los Ministerios de Salud y otras instituciones de la subregión andina, con el fin de analizar los avances y desafíos en la incorporación de los enfoques de derechos humanos, interculturalidad y género en las políticas y modelos de atención en salud materna.

Es por ello que, del 10 al 13 de noviembre del 2009, se realizó en Quito, Ecuador, el Seminario Taller “Interculturalidad y ejercicio de derechos en la Subregión Andina, con énfasis en salud sexual y reproductiva, para el fortalecimiento de Sumak Kawsay-Buen Vivir”, organizado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) y el Fondo de Población de Naciones Unidas, (UNFPA), en coordinación con el Organismo Andino de Salud (ORASCONHU), Celade/CEPAL y Family CARE International (FCI), con el apoyo de la Agencia Española de Cooperación (AECID).

Este seminario tuvo como marco de reflexión internacional, los Objetivos de Desarrollo del Milenio y el llamado a reducir la mortalidad materna, con énfasis en los aspectos culturales en la salud pública para facilitar el acceso universal a servicios de salud, particularmente de las mujeres que en la región andina tienen mayores dificultades como las indígenas y las afrodescendientes.

En el ámbito nacional, el Seminario encuentra sustento en la política del Estado Ecuatoriano que señala el régimen del Buen Vivir como referente de la política pública y los principios de inclusión y equidad social, como un conjunto articulado y coordinado de sistemas, instituciones, políticas, normas, programas y servicios que aseguren el ejercicio, garantía y exigibilidad de los derechos, incluido el derecho a la salud, reconocidos en la Constitución del 2008.



Esta publicación recoge los aportes de diferentes participantes tanto de las instituciones públicas, como de la academia, organizaciones no gubernamentales, líderes indígenas y personas expertas quienes contribuyeron desde el análisis o la experiencia, a una rica discusión conceptual y metodológica, así como a la búsqueda de estrategias para hacer de la interculturalidad una realidad en las políticas públicas de salud. Esperamos de esta manera, contribuir a la difusión y profundización del conocimiento sobre esta temática en la región y más allá de sus fronteras.

David Chiriboga
Ministro de Salud Pública, Ecuador

Marcela Suazo
Directora Regional para América
Latina y El Caribe, UNFPA



Declaración de Quito

en el marco del seminario taller
de interculturalidad y ejercicio de los
derechos en la subregión andina con
énfasis en la salud sexual y salud
reproductiva para el fortalecimiento
del Sumak Kawsay

**Convocado por el Ministerio de Salud pública del Ecuador con apoyo
del UNFPA, Fondo de Población de Naciones Unidas**

Del 10 al 13 de noviembre 2009

Quito-Ecuador

Ratificando que la salud es un derecho y deber individual y colectivo del ser humano en el ámbito social, cultural y espiritual, y reconociendo a las formaciones socioculturales complejas de los países de la Subregión Andina, signadas históricamente por profundas inequidades y exclusiones que muestran graves asimetrías de clase, de género, generacionales y de pertenencia étnica, de invisibilización de los grupos diversos en particular de los Pueblos Originarios y Afrodescendientes, se tiene la compleja tarea de la construcción social e intercultural con identidad, que conlleve a transformaciones de paradigmas en nuestra conciencia como un desafío para todos los sectores en el proceso de lucha y construcción social y comunitaria de la salud.

Las y los participantes en este seminario-taller en pleno acuerdan

1. Agradecer al Gobierno del Ecuador y en particular el Ministerio de Salud Pública por la convocatoria, hospitalidad, acogida durante el Seminario Taller y el liderazgo asumido en la Subregión Andina para posicionar la Salud Intercultural con particular énfasis en la salud sexual y salud re-



- productiva en el marco del Sumak Kawsay, como una contribución al Buen Vivir de nuestros pueblos.
2. Reconocer el avance de los países participantes en este Seminario Taller y en especial al Ecuador por el trabajo en el tema de los procesos de incorporación de la interculturalidad en las políticas de salud y fortalecimiento de salud sexual y salud reproductiva con enfoque de derechos e interculturalidad.
 3. Expresar los consensos y acuerdos, producto de los diálogos sostenidos en el Seminario Taller de la Subregión Andina realizada en Quito del 10 al 13 noviembre de 2009.
 4. Recomendar a las instancias de salud de los países de la región y otros países participantes a integrar el enfoque intercultural en las políticas públicas de salud, con énfasis en la salud sexual y salud reproductiva para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en particular, los referentes a la reducción de la mortalidad materna e infantil.
 5. Fortalecer la formulación y/o implementación de modelos plurales y participativos de gestión y atención, con enfoque de género, derechos e interculturalidad dirigidos hacia la salud familiar y comunitaria.
 6. Establecer mecanismos que garanticen la participación de movimientos sociales, especialmente de Pueblos Originarios y Afrodescendientes, en forma integrada en la gestión de las Redes sociales de los Sistemas Nacionales de Salud.
 7. Recomendar la adopción de una política pública que contemple el reconocimiento, legalización y acreditación de las parteras/os tradicionales y otros agentes tradicionales de salud e integrarles en los Sistemas Nacionales de Salud.
 8. Propiciar el fortalecimiento de las capacidades y competencias interculturales de los recursos humanos para la gestión y atención en los servicios de salud, con especial referencia al pregrado y posgrado universitarios y su correspondiente malla curricular (diplomados nacionales, regionales y maestría andina).
 9. Apoyar decisivamente las iniciativas de intercambio de experiencias entre agentes de salud del Sistema Nacional de Salud incluidos sanadores/as y parteras de la Subregión Andina para el fortalecimiento de los diversos sistemas de salud priorizando la atención del embarazo, parto y posparto en el ámbito del fortalecimiento del Sumak Kawsay.
 10. Apoyar la conformación del Grupo de Expertos/as para mejorar la pertinencia cultural de los servicios de salud materna en la región andina.



11. Conformar y consolidar el Comité Técnico Regional que garantice el acceso a la información relativa a la Salud Intercultural.
12. Recomendar a los institutos de estadística la desagregación de información por etnia o pertinencia cultural y la provisión de indicadores de salud sexual y salud reproductiva así como la mejora de los registros de muertes maternas y los sistemas de vigilancia epidemiológica para disponer de mejores insumos para el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas.
13. Apoyar decisivamente a la Comisión Andina de Salud Intercultural del ORAS CONHU y los objetivos que se han trazado y recomendar a esta Comisión Andina apoyar los procesos de fortalecimiento de la gestión de salud sexual y salud reproductiva con enfoque intercultural; y hacerlo extensivo a los países miembros de UNASUR.
14. Recomendar la inclusión en la Comisión Andina de Salud Intercultural a los Andes argentinos u otras regiones de los demás miembros de UNASUR en calidad de observadores.
15. Agradecer a los organismos internacionales que han apoyado el evento e instarles a continuar apoyando las iniciativas regionales de forma integral y coordinada.

Dado en la ciudad de Quito-Ecuador, el 13 de noviembre de 2009.

I
**DERECHOS HUMANOS,
INTERCULTURALIDAD Y SALUD
EN EL MARCO DEL SUMAK KAWSAY**



Sumak Kawsay: retos y paradojas de la Salud Intercultural

Gerardo Fernández Juárez¹



Entre el 10 y 13 de noviembre de 2009, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador y el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), en coordinación con el Organismo Andino de Salud (ORAS-CONHU), Celade/CEPAL, FCI y el Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna organizaron en Quito (Ecuador) el Seminario Internacional “Interculturalidad y Ejercicio de Derechos en la Subregión Andina, con énfasis en la Salud Sexual y Reproductiva, para el fortalecimiento del Sumak Kawsay”.

El encuentro, que se realizó bajo la presidencia de la Ministra de Salud Pública del Ecuador, Caroline Chang, reunió en Quito a ponentes de diferentes nacionalidades y especialistas de reconocido prestigio en Salud Intercultural que analizaron en varios módulos y talleres, durante los días de celebración del encuentro, perspectivas y experiencias con tendencia a abrir puertas al debate sobre tres aspectos fundamentales:

En primer término, la categoría de conocimiento originaria que supone el Sumak Kawsay, cuyo campo semántico de actuación es mucho más complejo que su simple traducción al castellano, ‘el buen vivir’. Por este motivo, en diferentes pueblos originarios no existe un término específico para ‘medicina’ o ‘salud’, porque impregna en gran medida los aspectos habituales y cotidianos de la vida de los pueblos originarios en contacto con su entorno doméstico, su espacio natural y el sistema complejo de sus prácticas rituales (Abad, 2008). El evento permitió mostrar diferentes interpretaciones lingüísticas y conceptuales del término, en los últimos tiempos, al igual que su variante aymara *Suma Qamaña*, permitiendo una comparación de versiones y conceptualizaciones provenientes de diferentes contextos, tanto de pueblos originarios como de afrodescendientes. El Sumak Kawsay, esa manera de ‘ser y estar’ en el mundo que nos muestran y exigen los pueblos originarios y afrodescendientes consti-



tuye una de las aspiraciones de bienestar que el Estado debe propiciar en condiciones de equidad y acceso para todos los ciudadanos.

El segundo ámbito de reflexión giró en torno al concepto de interculturalidad aplicado a la salud como ámbito que debe favorecer la desaparición de inequidades en los accesos a los servicios de salud en todo el Estado, tanto en Ecuador como en el resto de América Latina, pero de forma muy especial en aquellos contextos donde los indicadores muestran la presencia de mayores desigualdades y problemas de índole social, económico y cultural que suelen vincularse con los pueblos originarios y afrodescendientes. Este aspecto generó una discusión necesaria sobre el derecho a la salud en condiciones de equidad de los ciudadanos y la necesaria aplicación de sensibilidades interculturales para conseguir dicho objetivo, siempre vigilando de cerca la ética y el ejercicio del acceso a la salud dentro de los derechos humanos y, por tanto, con el cuidado y las necesidades de protección a los derechos de los enfermos que deben privilegiarse. La necesidad de actuaciones éticas, en relación con los pueblos originarios y afrodescendientes, obliga a tener en cuenta sistemas de abordaje de la información y datos censales correctos para una mejor salvaguarda de dichos derechos.

La aplicación de sensibilidades interculturales en salud obliga a la formación de una sustancial masa crítica de formadores, gestores y operadores en salud que precisa de una política clara de formación en Salud Intercultural. La presentación de las iniciativas y proyectos realizados por el Organismo Andino de Salud, Convenio Hipólito Nanue (ORAS-CONHU) permitió a los asistentes al seminario hacerse una idea concreta del potencial demográfico de los países integrados en el convenio y de los esfuerzos que se están realizando en la formación de recursos humanos a través de talleres de formación intercultural, en algunos casos bajo la forma de posgrados o diplomados en Salud Intercultural en los países del convenio, es decir: Venezuela, Chile, Bolivia, Colombia, Perú y Ecuador, con datos diferenciados. Fuera del convenio resalta la labor de la Universidad URACCAN en Nicaragua, con su Maestría en Salud Intercultural, bajo el patrocinio del Fondo Indígena. El establecer una masa crítica de profesionales que sepa aplicar de una forma sensata y sensible los criterios interculturales en salud y realizar actividades de investigación y acción en los diferentes ámbitos sectoriales y dominio local en los que se precisa es fundamental para que el Sumak Kawsay sea algo más que una ‘utopía posible’ para los ciudadanos, con lo que se espera reflejar una mejora en los indicadores de salud de toda la población.



Finalmente, el tercer dominio de reflexión del congreso se centró en aportar abordajes, problemáticas y experiencias, algunas de ellas de marcada sensibilidad intercultural, en torno a la salud sexual y reproductiva a través de diferentes testimonios tanto de carácter internacional como local en el dominio ecuatoriano. El fenómeno de acceso a una vida sexual saludable ha de ser compatible con la reducción de los procesos de mortalidad infantil y materno-infantil que suelen proyectarse con especial incidencia y crudeza entre los pueblos originarios y afrodescendientes. Es inexcusable otorgar a los criterios y políticas interculturales un énfasis prioritario en cuestiones de género y salud sexual reproductiva que afronten el reto de disminuir las cifras de mortalidad materno-infantil, corregir y prevenir el impacto de enfermedades de transmisión sexual, VIH-SIDA, atender políticas de planificación familiar y cuestiones que afectan a la salud sexual y reproductiva de los hombres y mujeres de las naciones originarias y afrodescendientes. Se expusieron ejemplos relativos al parto vertical y la adecuación de salas de parto interculturales, el papel fundamental de las parteras en el proceso de atención al parto entre población originaria, así como la relación de las parteras con los equipos biomédicos de los centros de salud y unidades hospitalarias. De igual forma, se presentaron ponencias alusivas a ciertos comportamientos y manifestaciones culturales que afectan a la relación sexual saludable de hombres y mujeres, como el caso de la extirpación del clítoris entre los Emberas colombianos. Todas estas cuestiones enlazan con el reto de los Objetivos del Milenio de Naciones Unidas en relación con la expectativa de vida saludable y reducción de la mortalidad materna infantil en los pueblos originarios.

El evento concluyó con una visita de campo a la ciudad de Otavalo para comprobar *in situ* el grado de relacionamiento positivo conseguido por parte de las parteras originarias en los servicios de salud del Hospital de San Luis de Otavalo, visitando la Casa Materna y acreditando el buen hacer en los servicios del parto, culturalmente adecuado, con la participación activa de las parteras otavaleñas. Luego, el grupo realizó otra visita al hospital de Cotacachi.

El seminario ha posibilitado, en definitiva, el intercambio masivo de experiencias tanto en la subregión andina (Ecuador, Bolivia, Perú, Chile, Colombia y Venezuela), como en otros países de América Latina (Panamá, Costa Rica, Paraguay, Nicaragua, México) y Europa (Alemania, España), posibilitando el intercambio de pareceres, reflexiones y experiencias sobre el dominio de la salud sexual reproductiva, el concepto originario de Sumak Kawsay y un debate crítico sobre la interculturalidad aplicada a la salud y sus posibilidades de ejecución. Los diversos talleres que se organizaron en torno a los diferentes módulos



de reflexión constituyeron una fuente precisa para la concreción y elaboración de la Declaración de Quito, documento que debe servir de referente para el desarrollo de políticas interculturales en salud por parte de los Estados que forman parte de la subregión andina y esperamos que sirva de acicate e impulso para iniciativas semejantes en otros países de América Latina con énfasis especial en contextos originarios y afrodescendientes, sin perder de vista que el objetivo del Sumak Kawsay es posibilitar una mejora sustancial de las condiciones de salud de ‘todos’ los ciudadanos en condiciones de calidad, eficacia y eficiencia que tenga como principio incontestable la igualdad de oportunidades.

Agradezco a las autoridades del UNFPA-Ecuador y del Ministerio de Salud Pública del Ecuador la oportunidad brindada para la coordinación de la presente obra, cuyos aportes constituyen parte de las propuestas presentadas en el evento.

Retos y paradojas

En noviembre de 2001, el CIDOB de Barcelona (España) realizó una reunión patrocinada por la UNESCO, para la reflexión sobre la interculturalidad (Affaya, 2002). Según narra Onghena (2003:60-61), el primer día, los diferentes expertos convocados trataron de definir de una manera contundente ¿qué es la interculturalidad?, pero no lo consiguieron²:

No hubo consenso para decidir si la interculturalidad es una metodología, una normativa o un proyecto globalitario. Con todo, se llegó a un acuerdo relativo al considerar la interculturalidad como una realidad omnipresente que posee sus propios modos de funcionamiento en la vida en común de los pueblos y de las sociedades. También se subrayó unánimemente la necesidad de desarrollarla y profundizarla mediante la comprensión, el reconocimiento y el intercambio igualitario entre las diferentes sensibilidades culturales y referentes simbólicos, pues para algunos la interculturalidad es una identidad original.

El concepto de interculturalidad y sus aplicaciones concretas parece adolecer de un carácter escurridizo o cuando menos acumulativo, puesto que cuanto más se piensa en él y se hace el esfuerzo por enmarcarlo en una definición sencilla, nuevas sensibilidades, conceptos y perfiles aparecen asociados en el debate sobre su naturaleza. Esto no debe resultar nunca un freno, sino un estímulo para la crítica permanente; máxime, si es concebido como concepto para



el análisis transversal de las sociedades del siglo XXI. El problema radica en concebir sus particularidades desde los deseos, pareceres y sensibilidades exclusivas y excluyentes del mundo occidental.

Continuando con la reflexión de Barcelona y con el relato de Onghena (2003: 60-61) tenemos:

El informe final insistió en tres aspectos fundamentales en cualquier enfoque sobre las manifestaciones de la interculturalidad: en primer lugar, su contexto; a continuación, su naturaleza contrastante, y, por último, su condición interdisciplinar. Para desarrollar la interculturalidad es necesario tener en cuenta algunas condiciones intelectuales, políticas e institucionales.

Desde el punto de vista intelectual, es urgente cambiar el paradigma de pensamiento y el marco de análisis de nuestra comprensión de los fenómenos interculturales. La continua mezcla, el mestizaje y la interacción humana o cultural requieren nuevas categorías para pensar las manifestaciones de la interculturalidad y las trabas que alteran el impulso humano hacia la aceptación del 'otro', la fertilización y el reconocimiento vital de las diferencias. Por eso hay que cuestionar dicotomías tales como centro/periferia, dominante/dominado, etcétera. La interculturalidad exige un distanciamiento respecto de los propios valores y formas de pensar.

Desde el punto de vista político este horizonte de pensamiento requiere comprender los factores que obstaculizan los procesos interculturales: el pensamiento único, la esencialización o la instrumentación política de las identidades, los prejuicios, el repliegue sobre uno mismo, la ignorancia del 'otro', el intercambio desigual de los signos y de las culturas, etcétera. Es necesario abordar los complejos problemas que provoca la jerarquización de las relaciones culturales en las comunidades políticas, así como el impacto de las estrategias planetarias forjadas por los países desarrollados en pos de intereses salvajes, que convierten la cultura en un asunto comercial y estandariza gustos y sentimientos.

Desde el punto de vista institucional hay que considerar que el estatus de una cultura es inseparable del estatus del grupo que la representa y expresa. Sólo una verdadera democratización y una política de desarrollo dirigidas hacia la integración de los diferentes grupos pueden evitar la exclusión política y cultural, la marginación y el peligro del repliegue identitario.

Si nos circunscribimos al dominio de la salud³, nos encontramos con uno de los ámbitos estratégicos en el análisis de las inequidades y marginación económica, política y social de América Latina, con índices e indicadores trágicos y vergonzosos en relación con la situación actual en que viven buena parte de los pueblos originarios, afrodescendientes y colectivos subalternos. Pobreza,



marginación y racismo constituyen, entre otras, las claves a tener en cuenta en las dificultades de acceso a los servicios de salud en América Latina, lo que afecta en menoscabo de los derechos humanos de sus ciudadanos (OPS/OMS 1999). En este escenario lamentable, las políticas interculturales, junto con otras estrategias de índole económico y social, debieran protagonizar el impulso hacia un cambio transversal que posibilite otros modelos diferentes de gestión de la salud, con la participación de los propios beneficiarios, la sociedad civil y las organizaciones originarias.

Hace más de 50 años que Gonzalo Aguirre Beltrán (1955) publicó *Programas de Salud en la Situación Intercultural*. Desde entonces, más allá del reconocimiento de la herbolaria y la medicina tradicionales en América Latina, por parte de algunos países del área y la implementación de algunos proyectos piloto de convivencia entre los representantes de la llamada medicina ‘científica’ y los de la medicina originaria, poco más se ha plasmado hasta finales de los años noventa y la década del 2000. En ese momento, las nuevas prioridades de la OPS en relación con los pueblos originarios de América, el reconocimiento de las medicinas originarias y la Salud Intercultural, la presencia explícita de las políticas sanitarias en Salud Intercultural recogidas por algunas de las nuevas constituciones políticas del Estado en diferentes lugares de América con el impulso político de algunos viceministerios específicos, el reconocimiento de la UNESCO del patrimonio intangible e inmaterial de los pueblos, caso de la cultura y medicina kallawayas en el año 2003 (Baixeras, 2006; Loza, 2004), los posgrados en Salud Intercultural en buena parte de América Latina, así como el diseño de planes de mediación intercultural aplicados a la salud en Europa derivados de los movimientos migratorios (Fernández Juárez (dir.), 2008; Fundación “La Caixa”, 2008; VVAA., 1998; Grupo CRIT, 2009); la declaración de Naciones Unidas sobre los Pueblos Indígenas y su derecho a la salud (2007) o el decreto 169 de la Organización Internacional del Trabajo (1989), al que se alude ahora de forma constante, han concedido cierta carta de autoridad y eficacia a la Salud Intercultural.

Son varias las iniciativas, algunas gubernamentales y otras vinculadas a la actuación de diferentes agencias internacionales, que se han realizado o se están implementando en la actualidad en Salud Intercultural en América Latina. No pretendo realizar un muestreo completo y sistemático, pero sí merece la pena tener en cuenta acciones como las desarrolladas por el colectivo Yoltpahtli (2003) en México con docentes y antropólogos de la UNAM, al parecer ya finalizada. En México, además de la adecuación de mobiliario en unidades hospitalarias, caso del exitoso ejemplo del Hospital de Hecelchakán, Campeche



(Campos, 1997) cabe destacar la activación de las Brigadas Médicas Interculturales, los Comités de Salud Intercultural y el trabajo con parteras y terapeutas tradicionales, así como las Capacitaciones en Salud Reproductiva Intercultural (Campos, 2009). En Nicaragua, la Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense (URACCAN) presenta diferentes actividades docentes y de investigación con enfoque intercultural, entre ellas una Maestría con apoyo del Fondo Indígena. La Comisión Europea en Ayacucho (Perú) llevó a cabo, en 2006, un curso de formación en Salud Intercultural; en Chile existen varias iniciativas tanto en la zona aymara norteña como en sectores mapuches caso del Hospital Makewe gestionado y administrado por los propios mapuches, implicando a diferentes universidades e instituciones con abundante material publicado. Cabe destacar la iniciativa en formación del Diplomado Internacional de Postítulo en Salud Intercultural de la Universidad de La Frontera en Temuco, a través del Instituto de Estudios Indígenas. En el aspecto de políticas de salud, resulta muy importante el desarrollo del Programa de Salud y Pueblos Indígenas y su impacto en la creación de sensibilidades y aplicaciones de enfoques interculturales en las redes de salud de Chile, con especial incidencia en la adecuación intercultural del parto como en los ejemplos del Hospital Regional de Iquique y del Hospital Juan Noé o en la adecuación intercultural al parto en el Servicio de Salud de Valdivia (Sáez, 2009).

En el caso boliviano, podemos destacar diferentes logros, tras el reconocimiento en los años ochenta del pasado siglo, de las medicinas tradicionales por parte del Estado y el peso de algunas de las asociaciones médicas tradicionales, caso de SOBOMETRA (Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional), la interconsulta entre kallawayas y médicos convencionales en La Paz, la experiencia del CENDA en la comunidad de Rakaypampa en Cochabamba (Regalski, 1993; Zalles, 1999:235-236) se constituyen todos ellos en antecedentes de la labor desarrollada tanto por el SEDES-La Paz, como el programa de salud de la AECID y el Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad del gobierno de Evo Morales Ayma, apoyando la gestión de los dos cursos de posgrado realizados en La Paz (2006-2007 y 2007-2008). En la ciudad de Potosí, la Cooperazione Italiana ha estado especialmente comprometida con la Universidad Tomás Frías y su Facultad de Medicina en gestionar otros programas similares de Salud Intercultural, además de introducir una oficina de atención intercultural en el Hospital Daniel Bracamonte (Campos y Citarella 2004; Citarella y Zangari edit., 2009). De igual manera, existen diferentes iniciativas de adecuación intercultural al parto como el caso del Hospital de Achacachi o Patacamaya en pleno altiplano aymara, así como la implementación de las resi-



dencias SAFCI, cuyos primeros resultados están por producirse. Merece la pena destacar la publicación de algunos materiales como la *Guía para la Atención Intercultural de la Salud Materna*, por parte del Ministerio de Salud y Deportes (2005)⁴. Hay que valorar la iniciativa de formación en referentes interculturales para auxiliares, enfermeras y médicos tanto en Potosí (Bolivia) como en Brasil, por parte de la Universidad de Perugia (Italia) a través del proyecto *Health For All in Latin America*, celebrado durante el curso 2006-2007 de forma *on line*. En Venezuela, los Servicios de Atención y Orientación al Paciente Indígena (SAOI); la creación de Centros Interculturales de Hospedaje, vinculados a las instituciones hospitalarias con adecuación intercultural de su mobiliario.

En Ecuador son varias las iniciativas realizadas, especialmente las vinculadas con la salud sexual reproductiva y la adecuación del parto intercultural. La posibilidad de un posgrado en Salud Intercultural en el Ecuador es posible que se concrete a raíz del congreso internacional: “Seminario Taller de Interculturalidad y Ejercicio de Derechos en la Subregión Andina, con énfasis en la Salud Sexual y Salud Reproductiva para el Fortalecimiento del Sumak Kawsay”, realizado en noviembre de 2009 y cuya aportación de referencia lo constituye la Declaración de Quito, reproducida en este mismo libro.

Cabe destacar, como resultado de las nuevas Constituciones Políticas del Estado en Ecuador y en Bolivia, la presencia de estructuras de decisión política sensibles a las perspectivas interculturales en salud, así, en Ecuador, la Dirección Nacional de Salud de Pueblos Indígenas y, en Bolivia, el Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad. Perú dispone del Centro Nacional de Salud Intercultural. El Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) de 1989 sobre Pueblos Indígenas y la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas (2007), ajustan un marco legal internacional cada vez más proclive al reconocimiento de las aplicaciones interculturales en salud como derecho de los pueblos originarios de América.

En otros países como Guatemala, Argentina o Panamá se llevan a cabo iniciativas en forma de talleres de sensibilización en materia de Salud Intercultural que todavía están por generar una masa crítica consolidada que permita desarrollar políticas sistemáticas. En el caso argentino, parece que existe una sensibilización creciente, al menos por las comunidades campesinas del Noroeste Argentino, que debieran ser secundadas por parte de la subregión andina y su organismo representativo, ORAS-CONHU, tal y como recoge la reciente Declaración de Quito (noviembre de 2009)⁵.

Nuestro equipo de investigación en Salud Intercultural de la Universidad de Castilla-La Mancha (España) ha tenido la oportunidad de participar en al-



guna de estas iniciativas tal y como queda recogido en varias publicaciones (Fernández Juárez, 1999) y especialmente el proyecto editorial sobre *Salud e Interculturalidad en América Latina* que ya ha producido cuatro volúmenes [Fernández Juárez (coord.), 2004; Fernández Juárez (coord.), 2006; Fernández Juárez (dir.), 2008, dedicado la interculturalidad y la salud en contexto migratorio y Fernández Juárez (coord.), 2009], monográfico, dedicado a las prácticas quirúrgicas y los pueblos originarios de América].

En cualquier caso, hay que tener presente que la Salud Intercultural si se quiere configurar como un referente transversal de interés aplicado a cualquier sociedad, no puede imponerse 'sólo' por decreto en el ámbito estatal y que si no se valora y consensúa entre todos los actores implicados puede dar lugar a situaciones desafortunadas que agraven las dificultades de atención y camuflen las razones de las inequidades en salud que sufren los pueblos originarios de América.

Pese a todo, ciertas prácticas en los programas de aplicación de proyectos en Salud Intercultural y en el diseño de los mismos, así como, en los modelos de mediación intercultural incluyen procedimientos que distan mucho de los objetivos mínimos de equidad planteados en Salud Intercultural. Es por ello que, merece la pena analizar ahora algunas 'paradojas' o contrasentidos que la propia inercia de las aplicaciones en Salud Intercultural producen en los materiales y protocolos elaborados tanto en América Latina, en relación con su pluralismo étnico y cultural, como en Europa, al hilo de los recientes procesos migratorios. Superar estas 'desviaciones' o trayectorias indeseables en Salud Intercultural, supone verdaderos 'retos' en la consolidación de políticas de Estado que sean capaces de ofrecer garantías de una gestión eficaz, igualitaria y eficiente en cuanto a sus necesidades de salud se refieren.

Roberto Campos (2004:129) en relación con la interculturalidad aplicada a la salud, puntualiza:

...en otras palabras, la podemos definir como la práctica y el proceso relacional que se establecen entre el personal de salud y los enfermos, donde ambos pertenecen a culturas diferentes, y donde se requiere de un recíproco entendimiento para que los resultados del contacto (consulta, intervención, consejería) sean satisfactorios para las dos partes.

Aquí radica el problema por las desconfianzas que se producen entre los diferentes modelos médicos y sistemas explicativos existentes; las posturas radicales de exclusión no son inhabituales ni desde la óptica de la biomedicina, ni tampoco desde las medicinas originarias, aunque, de la misma manera se

producen formas de articulación y complementación de los modelos, así como estrategias de ‘no agresión’ particularmente sofisticadas. Parece, por tanto, que es aconsejable para un médico, que pretende realizar su servicio en el contexto de los diferentes pueblos originarios, preocuparse, además de su formación científica biomédica, por el conocimiento razonado de los rasgos culturales que sus enfermos emplean para dar sentido al proceso salud-enfermedad-atención que configuran en cuanto aparecen las aflicciones y crisis de salud. Contemplar desde la perspectiva de los enfermos la imagen que proyectan los equipos de salud, ayudará a entender mejor sus rechazos y desconfianzas (Fernández Juárez, 2008)⁶. Estos recelos por parte de los pueblos originarios respecto a las formas de la medicina occidental y con respecto a las propuestas que en asuntos de salud emanan del Estado presentan antecedentes nefastos como los programas no informados de esterilización femenina, llevados a cabo de manera especial en México y Perú entre población indígena y marginal (Menéndez, 2009). Quizá no exista expresión más contundente sobre el sombrío efecto de la biomedicina, merced a estos programas de aplicación quirúrgica de esterilización sin consentimiento informado que la lacónica frase “*al hospital sólo van los que mueren*”, que con tanta frecuencia escuchan, injustamente, algunos de los profesionales de la salud en su desvelo por acercar la biomedicina o medicina científica a las comunidades originarias de América (Fernández Juárez, 2006).

En esta problemática, un aspecto a tener en cuenta es el de la llamada ‘competencia cultural’, por parte de los equipos médicos convencionales que trabajan con los pueblos originarios.

Competencia cultural

“Utilizar la de ellos para salirnos con la nuestra”
(Profesional de la salud en su año de provincias en
el Altiplano de Ingavi; Dpto. de La Paz, Bolivia).

Es indudable que el conocimiento de los aspectos culturales relativos al proceso salud-enfermedad-atención, en poder de los profesionales de la medicina, puede facilitarles en gran medida la comprensión de las reticencias y las desconfianzas que determinados servicios de la biomedicina (programas de vacunación, internado hospitalario, revisión de la embarazada, parto o servicios quirúrgicos) pueden ocasionar en las comunidades originarias. Si bien, constituye un factor necesario, no resulta en sí mismo suficiente para la correcta praxis intercultural en el ámbito de la salud. Nadie puede dudar que la competencia



cultural y lingüística de los servicios médicos convencionales facilite en gran medida sus posibilidades de atención sanitaria en tanto en cuanto les garantiza en forma razonable la comunicación con los enfermos⁷. Pero no siempre cumple criterios de interculturalidad. No es la primera vez que el médico responsable del equipo sanitario balbucea apenas palabras en quechua o en aymara para traducir datos técnicos de la medicina convencional, sin lograr penetrar el riquísimo ámbito cognitivo y simbólico de las lenguas originarias en la definición de la enfermedad. Como ya he dicho en otra parte (Fernández Juárez, 1999), el conocimiento lingüístico y cultural precisa de una proyección empática en la labor del equipo sanitario sobre los enfermos. No es la primera vez en la que observo cómo los enfermos buscan en la posta médica a aquel especialista con el que, a pesar del desconocimiento de la lengua originaria, ha sido posible una vinculación favorable por la empatía que se ha despertado entre ambos.

El ‘jugar’ a la competencia lingüística y cultural en el dominio de la salud, si bien, constituye un primer paso, por parte de los equipos convencionales en salud, esconde en ocasiones un criterio de negación del otro, el cual ‘no sabe’, ‘no entiende’, según los cánones más perversos de nuestros modelos biomédicos subsumidos a los roles del paternalismo colonial. Si entregamos la placenta a la parturienta sólo para que la familia no nos ponga problemas en nuestro proceder, estaremos defendiendo un modelo pragmático que puede ser excusable para desbloquear situaciones, probablemente en casos de emergencia médica, pero no es el modelo deseable en la interacción intercultural. Si algo debe caracterizar a la interculturalidad aplicada al dominio de la salud es precisamente su diálogo entre iguales, entre seres humanos que están en disposición de aportar valores, emociones, sentimientos y conocimientos en igualdad de condiciones. El utilizar “la de ellos para salirnos con la nuestra” constituye un fraude a las razones del diálogo intercultural justificado en las relaciones asimétricas de poder que caracterizan al modelo biomédico⁸.

Biomédicos y médicos originarios

Otro mecanismo introductorio de la interculturalidad aplicada a la salud en diferentes proyectos consiste en la introducción de médicos originarios en las unidades hospitalarias convencionales. Este hecho, que permite en ocasiones visibilizar el denso patrimonio originario en términos de herbolaria tradicional y darle sitio al médico originario en el espacio ritual y político del hospital, tiene sentido en tanto en cuanto la población originaria utilice sus servicios. Sabemos que esto no suele ser fácil (Baixeras Divar, 2006; Fernández Juárez, 2006; Calla-



ham, 2006; Alba *et. al.*, 1993). Supone un paso de calidad notable a la hora de valorar la entidad de las relaciones que pueden producirse entre los médicos convencionales y los médicos originarios. No siempre es posible una relación exitosa, ni continuamente es razonable la consolidación de una interconsulta, por cuanto los médicos originarios tienen sus formas de proceder y sus espacios propios de poder en los que realizan sus curaciones y los médicos hospitalarios, a su vez, los suyos. Hay posicionamientos de todo tipo, como el que defiende el Dr. Amunárriz que con sus más de 30 años de experiencia practicando la medicina en las selvas del Ecuador, configurando unas relaciones óptimas con los lugareños y sus especialistas rituales responsables de la práctica médica originaria; sin embargo, rechaza cualquier tipo de ‘intrusión’ de la medicina originaria en el interior del hospital al considerarlo un fraude para el enfermo (Knipper y Dannhardt, 2009). En cualquier caso, también es preciso estar al tanto de las razones que esgrimen los comuneros por tener su posta o centro hospitalario y por la presencia de los médicos originarios o tal vez de los representantes populares de salud (RPS en Bolivia) para estar dentro de la propia unidad hospitalaria; es preciso estar atento para evitar que la relación y consiguiente convivencia entre ambos dominios se envíe en demasía, proyectando perniciosas consecuencias sobre los enfermos hospitalizados. Hay que tener muy en cuenta el empoderamiento que se realice sobre el responsable del control de materiales médicos y quirúrgicos, fármacos o mantas en el interior de la unidad hospitalaria, ya que puede dar lugar a que los enfrentamientos entre los representantes de ambos modelos médicos repercutan en los enfermos ingresados a la manera de rehenes de una situación que no pueden resolver.

Los experimentos que se han hecho para ‘occidentalizar’ las medicinas indígenas, dotándolas de las herramientas burocráticas y escenarios propios de la biomedicina no han resultado demasiado fructuosos, en parte debido a que los potenciales usuarios indígenas no se reconocen en ese modelo médico ‘híbrido’ y, además, puesto que desacreditan e impiden el desarrollo y eficacia de su medicina tradicional. Las medicinas indígenas funcionan en su contexto de actuación precisamente porque no tienen los lastres y adherencias burocráticas de los sistemas médicos inspirados en la biomedicina. Por su contra, ‘indianizar’, a la biomedicina, tampoco parece una propuesta factible⁹. 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. Hace tiempo



que una auxiliar aymara de una pequeña población del altiplano me hacía alusión a un concepto clave... “médicos y *yatiris* que vayan en pareja, como *chachawarmi*, hombre y mujer” (Fernández Juárez, 1999:9). Qué gran lección... aceptándose distintos, hombre y mujer se complementan en todo en las poblaciones aymaras del altiplano. ¿Cabe mejor propuesta en las relaciones entre la biomedicina y las medicinas indígenas en América Latina?

La interculturalidad en salud: ‘cosa de indios’, ‘cosa de inmigrantes’

Una cuestión que hay que aclarar de inmediato es el valor universal de la interculturalidad en cualquier sociedad plural, que se precie de serlo. Los parabienes políticos que la interculturalidad está recibiendo a través de las nuevas constituciones política del Estado en algunos países de América Latina y la inevitabilidad de los movimientos migratorios en Europa, dan lugar a que se generen conceptos espurios y lugares comunes que fomentan, aún de manera encriptada, el racismo y la xenofobia. Europa y América Latina parecen enfrentar dos caminos inversos en relación con la Salud Intercultural. Buena parte de los Estados de América Latina abrazan la Salud Intercultural, en parte más por corrientes y modas políticas que por convencimiento, mientras todavía no se han consolidado los seguros universales de salud gratuitos. En el marco de la Unión Europea, en principio, la cobertura sanitaria pública está garantizada, a pesar del auge de los servicios sanitarios privados; es el apogeo de los movimientos migratorios lo que hace plantearse a los Estados la necesidad de políticas interculturales en diferentes medios. En América Latina, la interculturalidad aplicada a la salud y otros ámbitos está recogida en las constituciones políticas; en Europa todavía no.

La corriente ‘políticamente correcta’ en torno a la interculturalidad impide la consolidación social del término, generando estereotipos espurios, incluso entre profesionales que deberían ‘dar ejemplo’ en este nuevo marco plural de convivencia que es el mundo del siglo XXI. “Interculturalidad sí, pero no para mis hijos; para los inmigrantes”, esta frase la expresó una profesora de la Universidad, en la que ejerzo como docente, ante el auge de la presencia de estudiantes inmigrantes en los centros educativos del Estado. Es decir, parece que entre todos, políticos de preferencia, hemos contribuido a generar un estado de opinión en el que la interculturalidad es algo que parece adosado a la condición de ‘indios’ en América Latina, o ‘emigrantes’ en Europa, asociado a modelos de exclusión, pobreza, y marginalidad, lo que genera un latente rechazo



social por parte de buena parte de la población. Este tipo de prejuicio aplicado al dominio de las relaciones interculturales en salud genera estereotipos lamentables tanto en América Latina como en Europa. Estereotipos que acentúan la diferenciación social o étnica e incrementan la brecha en lo que se refiere a las diferencias de oportunidades entre ricos y pobres, acentuando la exclusión social, el racismo y la xenofobia.

La presencia de políticas interculturales en salud en América Latina, en poblaciones que no han adquirido el reconocimiento de los seguros universales, gratuitos y de acceso universal en salud, genera en la población dominante la idea de que las cuestiones de interculturalidad constituye un ‘sucedáneo’ exótico en atención a la salud de los pueblos originarios en consonancia con las modas políticas, pero de escaso interés y nula repercusión en la calidad de los servicios de salud prestados a los pueblos originarios, así como el nulo reconocimiento a la manifiesta capacidad de gestión de la misma por parte de éstos. Es decir, la interculturalidad se configura en este caso en una estructura política ideológica manejada por los ‘no originarios’ sobre los pueblos originarios al estilo de los primeros tiempos del indigenismo intelectual en el siglo XX.

Europa no sale mejor librada. En este caso, la interculturalidad ha venido junto a aquéllos que dejaron sus lugares de origen en búsqueda de mejores alternativas económicas, políticas y sociales. En las últimas décadas, España ha pasado de ser un país de emigración a ser un país receptor de inmigrantes. Este fenómeno ha cambiado el panorama nacional presentando nuevos retos a la sociedad española en ámbitos como la salud, la enseñanza, el trabajo, la vivienda. Según el Padrón Municipal del Instituto Nacional de Estadística a 1 de marzo de 2007, en España residían un total de 4'144.166 de extranjeros, lo que representa un 9,26% respecto al total de la población. Por lo que concierne al proceso de emigración procedente de América Latina, los datos encabezan al colectivo ecuatoriano con 461.310 residentes, seguidos por colombianos con 203.173 residentes, argentinos 150.252 y bolivianos con 139.802.

La sensibilización intercultural para los profesionales de la salud que se está practicando en ciertos programas en Salud Intercultural en América Latina, depende en España en relación con los inmigrantes de la vocación y el talante de cada profesional de la salud y de su interés por profundizar y especializarse en este sentido, si bien no forma parte, todavía, de las políticas de Estado en materia de salud, como se están considerando en América Latina¹⁰. En España son los facilitadores o mediadores interculturales los que tercián ahora entre el afectado y la maquinaria del Estado¹¹. Pese a todo, los inmigrantes no se han librado de cargar con los recelos y proyecciones despectivas de los nativos con



respecto a nuestro propio sistema sanitario y a su presencia en las instituciones hospitalarias. Se les acusa de ser ellos la causa de los colapsos, listas de espera y tráfico de tarjetas sanitarias, dentro de la disparidad de fórmulas que las diferentes comunidades autónomas del Estado han gestionado; no faltan voces que aluden al ‘efecto llamada’ de nuestro propio sistema sanitario en relación con los procesos migratorios¹². Estas opiniones basadas en informaciones sesgadas y estereotipos, ignoran los males endémicos de nuestro modelo sanitario, presentes tiempo antes de que se produjera el fenómeno migratorio. Modelo incapaz de soportar, con los mismos medios, la atención eficiente a una población que ha aumentado de forma significativa en los últimos años. Por otro lado, hay que tener en cuenta que la población inmigrante trabajadora cotiza a la Seguridad Social y es deudora de unos derechos que el Estado, a través de las distintas comunidades autónomas, debe garantizar en materia de salud. Una vez más se acusa a la inmigración y se la criminaliza, como en otros apartados, de ser causa pueril de todos nuestros males presentes entre nosotros... antes de que llegaran. De hecho, ni los ciudadanos en general ni en ocasiones, lo que es más grave, los propios funcionarios y administrativos de las instituciones de salud están al corriente de los derechos que en materia de salud la comunidad autónoma correspondiente reconoce en relación con la población inmigrante (Serrano, 2008).

Todos somos de alguna manera ‘inmigrantes’ o nos sentimos en cierta forma como tales dentro de una institución hospitalaria, cuando acudimos como usuarios a sus servicios. Sus ajenos e inflexibles protocolos, su pesada y deshumanizada administración o sus códigos de significación peculiares en torno a los colores, los espacios, la incomprensible jerga médica, la pérdida de control y de capacidad de decisión sobre nuestro cuerpo o los emblemas de poder. Todos estos rasgos configuran una ‘cultura sanitaria’ en el interior del hospital donde el enfermo adquiere un rol pasivo (‘paciente’), con su ingreso hospitalario al que debe, muy a su pesar, como el inmigrante en territorio ‘de acogida’, ajustar a la brevedad posible sus normas de comportamiento pertinentes. En realidad, cualquier unidad hospitalaria española es objeto continuo de relaciones interculturales varias, las que se producen entre los usuarios de los servicios, los llamados ‘pacientes’ y los profesionales de la salud. Cada uno sitúa sus preocupaciones, argumentos y lógicas de exposición en modelos explicativos diferentes que no siempre encuentran el acomodo necesario. Es por eso que, las relaciones interculturales son propias de una institución marcada por la ‘cultura sanitaria’ como es una unidad hospitalaria, tenga presencia más o menos sensible de población inmigrante o no.

Los inmigrantes arriban a los países de destino y a las unidades hospitalarias con todo su bagaje cultural, con sus preconcepciones de origen sobre salud y enfermedad, y con el modelo, más o menos claro, sobre las estrategias de acceso a la biomedicina en su país de origen¹³. Pero también se enfrentan con la inquietud, el estrés y el miedo que muchos ‘nativos’ compartimos con cualquiera que sufra una situación de crisis sanitaria¹⁴. Las formalidades para el acceso hospitalario no tienen por qué ser las mismas en el país de origen con respecto al país de ‘acogida’, ni, por supuesto, se comparten idénticas expectativas con respecto al proceso salud-enfermedad-atención, aunque los inmigrantes procedan de países igualmente medicalizados¹⁵. Debido a esto cabe reflexionar sobre cuestiones básicas en la relación médico-paciente en contextos interculturales como el papel fundamental atribuido a la lengua¹⁶, las concepciones sobre el cuerpo y el concepto de persona, las relaciones de género, la relación médico-paciente, el mobiliario¹⁷, la alimentación, los fluidos corporales¹⁸ y otros aspectos semejantes relacionados con el ámbito cultural¹⁹, forman parte del patrimonio que los inmigrantes traen consigo y emplean, como lo hacemos nosotros, en hacer comprensible la situación anómala que la enfermedad y sus aflicciones causan en nuestras vidas (SEMFYC, 2004).

Las peculiaridades culturales funcionan en la forma diferenciada como los seres humanos damos sentido al proceso salud-enfermedad-atención, así, es preciso actuar con suma sutileza y cuidado para que estas ‘diferencias’ no se constituyan en meras referencias exóticas o reflejo de un sectarismo asistencial marcado por el paternalismo. La reificación de la cultura y su cosificación pueden provocar no pocos estereotipos inadecuados en el tratamiento asistencial de los enfermos, homogeneizados o encasillados casi a la fuerza, en el seno de su adscripción étnica o cultural (Uribe, 2006: 83-92; Meñaca, 2007:103-116). Así lo comprobamos en algunas producciones, publicaciones y folletos que las administraciones editan para la información de los emigrantes como ‘manuales’ supuestamente prácticos de uso para el personal de salud. El problema de estos folletos y escritos de supuesta sensibilidad cultural es que están pensados no para personas en situación de ingreso hospitalario, sino sólo para ‘inmigrantes’.

Otro problema que hay que valorar es el uso ‘político’ y de clientelismo social que el mediador puede hacer de su rol entre la comunidad de inmigrantes a la que debe servir. En relación con la salud es de destacar la consideración que los servicios sanitarios tienen de los facilitadores, en el sentido de que se nota mucho su actuación en la medida en que ellos ya no tienen que ‘perder tanto tiempo’ en la conversación con los inmigrantes en la consabida entrevista tera-



péutica. Como decía una enfermera del SESCAM (Servicio de Salud de Castilla-La Mancha): “los bolivianos son los peores; discuten por todo, de todo quieren hablar”. ¿Cuándo reconoceremos, de una vez por todas, el derecho a la información como algo consustancial en la relación de los equipos médicos con sus ‘pacientes’ sean estos originarios de donde sean?²⁰ Recuerdo que los aymaras del Altiplano boliviano consideran que la conversación, el uso de la palabra forma parte del saber hacer del médico originario, del *yatiri* (Fernández Juárez, 2004). La conversación forma parte de la medicina y, por tanto, de la terapia del enfermo. Eso mismo debían valorar los médicos convencionales cuando reciben a personas que aparentemente no tienen ningún mal con la intención expresa de hablar con ellos. El que los médicos y profesionales de salud valoren el trabajo de los mediadores o facilitadores culturales porque de esta manera ellos ya no tienen que ‘perder tiempo’ comunicándose con el enfermo no es una buena noticia sobre la consideración de los criterios interculturales en salud. Se asemeja mucho a “utilizar la de ellos para salirnos con la nuestra”, que decíamos anteriormente, y cosifica al inmigrante como alguien que no entiende y con el que el sistema no puede comunicarse en aras de ese pragmatismo económico e ideológico que priva en las unidades hospitalarias protocolizadas.

La labor de sensibilización para la aplicación de un enfoque intercultural a la salud debe producirse a la brevedad posible en el *pensum* de los *curricula* de todas las carreras universitarias de Ciencias de la Salud, a nivel del Estado; es la única forma de cambiar el escenario en el que otra forma de pensar la salud sea posible tanto en América Latina, como en Europa. Junto con la renovación del *curricula* de las carreras universitarias de Ciencias de la Salud es preciso intensificar la sensibilización a los respectivos colegios médicos; premiar en los concursos de plaza e *items* a los médicos y otros especialistas de Ciencias de la Salud con conocimiento de lenguas originarias y patrones culturales sobre salud y enfermedad; fortalecer la figura de médicos interculturales con un boleto económico de reconocimiento; dignificar el antiguo ‘año de provincias’ en América Latina, hoy convertido en el caso boliviano en “Servicio Social de Salud Rural Obligatorio” que si bien ha conseguido consolidar los *items* de salud en el dominio rural, supone una experiencia de campo insuficiente para los implicados, con el actual recorte a tres meses en área rural y seis meses en área urbana.

La formación de recursos humanos en América Latina en Salud Intercultural, especialmente entre los operadores y gestores de salud, ofrecen cambios de visión y perspectivas sobre sus competencias y capacidades y sobre todo en relación con las maneras de considerar a los enfermos y a los practicantes de las medicinas originarias por parte del personal de salud, lo cual no es poco,

tal y como refleja la reflexión de un médico boliviano de los formados en el posgrado en Salud Intercultural del SEDES-La Paz:

La comunidad tiene suficientes prestadores de salud con las especialidades de sus médicos tradicionales... ¿qué hacemos nosotros allí? No sólo somos foráneos sino ignorantes que vamos a crear conflictos en salud en su dinámica de equilibrio y bienestar que ellos tienen y que cuando este equilibrio se rompe está el sabio u otro especialista del saber médico popular para curarle conjuntamente con su familia y su comunidad. Desde hace mucho tiempo nos lo han dicho, nos lo dicen indirectamente al no acudir a nuestro centro de salud o al llevarnos enfermos terminales que van a morir, diciéndonos que tal vez son los únicos que nos necesitan y nuestro saber no es lo suficiente para sanarlos. Pero nosotros no entendemos o no queremos entender y como nos han puesto ahí las autoridades en salud que no saben nada de la cultura de los pueblos originarios y nunca consensuaron con ellos si estaban de acuerdo o no o en qué les podría servir la medicina académica; para cumplir ‘metas’²¹, ‘coberturas’ y ‘planes de salud’. ¿Y qué de la persona? ¿Y qué del ser humano? ¿Y qué de sus costumbres? ¿Y qué de su cultura? ¿Y qué del respeto que nos merece? Debemos soportar nuestra ausencia aún estando allí...; soportar nuestras frustraciones como sanadores con siete años de estudio²² viendo a un especialista del saber médico popular que tal vez no sabe leer, pero que tiene más capacidad, más conocimientos sobre enfermedades y sobre el ser humano que trata y cura que nosotros con toda la batería intelectual e instrumental. Conociendo la cultura originaria, tal vez sea la puerta de entrada al conocimiento y el comienzo del fin de nuestra propia ignorancia (Médico en ejercicio en la ciudad de El Alto de La Paz, Bolivia).

Pese a todas las iniciativas e informaciones recogidas hasta ahora en el presente artículo es preciso ir más allá y aprovechar la oportunidad de los últimos debates de noviembre de 2009, propiciados tanto por el Viceministerio de Medicina Tradicional e Intercultural en La Paz (Bolivia) como en el Seminario Taller: “Interculturalidad y Ejercicio de Derechos en la Subregión andina, con énfasis en la Salud Sexual y Reproductiva, para el fortalecimiento del Sumak Kawsay”, celebrado en Quito, en noviembre de 2009, y que es el origen del presente libro, para analizar las ‘cuestiones pendientes’ y profundizar en la discusión crítica sobre la propia interculturalidad en relación con el objetivo prioritario de reducir las inequidades y potenciar una salud de calidad para todos los ciudadanos en igualdad de oportunidades.



La interculturalidad como “amenaza”: cuestiones pendientes

En las jornadas de reflexión sobre Salud Intercultural efectuadas en La Paz (Bolivia) los días 4 y 5 de noviembre de 2009, justamente la semana anterior a la realización del congreso de Quito que centraliza la página de este libro, en uno de los talleres el representante de los médicos tradicionales del departamento de La Paz, nos hizo una reveladora manifestación que, no recuerdo de forma literal, giraba más o menos en los siguientes términos: “A los médicos tradicionales nos da miedo la interculturalidad; no sabemos qué es eso, mas bien pensamos que alguien va a venir de fuera a robar nuestros conocimientos”²³. Es fácil imaginar el temor que suscitan palabras cuya presencia en la realidad boliviana o ecuatoriana en el ámbito de la salud están cobrando una relevancia normativa, de ley, cuyo sentido conceptual se desconoce. El temor del representante de los médicos originarios aymaras del departamento de La Paz se basa en los recelos que emanan habitualmente de las propuestas del Estado. La historia reciente, la memoria corta, justifica fechorías encriptadas en los términos farragosos que el Estado emplea con respecto a los pueblos originarios²⁴. Temor a ser avasallados, una vez más, expropiados y expoliados de sus conocimientos ancestrales. Recuerdo a un viejito yatiri aymara que me decía en la comunidad de Qorpa (Provincia Ingavi del Departamento de La Paz) que él nunca acudía a los talleres que organizaba el centro de salud con las familias de la comunidad, porque en aquéllos el personal de salud únicamente aprendía de los conocimientos de él, pero ellos no revelaban nada de los suyos (Fernández Juárez, 1999). Este recelo y mutua desconfianza dificulta en extremo cualquier tipo de aproximación intercultural a la salud y evidencia faltas claras de comunicación y diálogo entre las partes.

El representante de los médicos originarios paceños solicitaba entonces la realización de cursos radiofónicos en lengua aymara para comprender la interculturalidad, así como otros de carácter presencial a realizar en las propias comunidades, no ya en la ciudad, donde cuesta desplazarse, sino en el campo. Este es un aspecto a valorar en el futuro, es decir, lo que hasta ahora se ha hecho en cuanto a formación en Salud Intercultural, generalmente cursos de posgrado, se han programado y realizado en las ciudades, por las ventajas logísticas que suponen, complementando luego la parte práctica o la investigación-acción en el terreno. Habrá que pensar en ofrecer dichos cursos formativos en el campo, en el seno de las comunidades donde se orienten hacia los médicos originarios y las personas interesadas. De hecho, si los cursos se realizaran en el ámbito donde viven los pueblos originarios, se fomentaría una mejor dinámica inter-



cultural entre el cuadro docente, los propios alumnos y la población en general. Es preciso contemplar la necesidad de dotar de una formación suficiente en Salud Intercultural a todos los actores que intervienen en el sistema. Tanto los equipos convencionales de salud, como los médicos originarios y los usuarios en general deben estar en posesión de los planteamientos que una perspectiva intercultural aplicada a la salud establece, con sus derechos y obligaciones. En el caso boliviano, el Proyecto de la Residencia de los médicos SAFCI (Salud Familiar y Comunitaria) procura la convivencia de éstos durante su fase de residencia en las comunidades originarias. Sabremos pronto de la experiencia de los primeros egresados en esta modalidad y aprenderemos sobre los problemas que hayan podido sufrir durante su periodo de formación residencial y obviamente sobre las habilidades y conocimientos adquiridos. Nos comentaba al respecto el representante de los médicos tradicionales paceños, en la reunión de las jornadas de La Paz, que ellos no sabían nada de los médicos SAFCI y que aparecían con sus autos en cualquier momento y que desaparecían luego, él solicitaba médicos ‘de verdad’²⁵ para las comunidades. ¡Qué gran paradoja! Evitemos grandes experimentos que no hayan sido consensuados, en primer lugar, con las propias comunidades originarias. Las comunidades no pueden formar parte pasiva del proceso de empoderamiento en Salud Intercultural que se pretende. Si continúan siendo la excusa para superar nuestras propias contradicciones internas (históricas, económicas, políticas, culturales y sociales) la interculturalidad en salud servirá a otros fines distintos a lo que debe ser su principal argumento, superar la inequidad de los servicios de salud y brindar las mejores atenciones a todos los ciudadanos, sin importar sus orígenes.

Si los médicos tradicionales sienten ‘miedo’ y recelo de una interculturalidad institucionalizada ¿qué decir de los biomédicos o de los profesionales de la salud? Se han encontrado de repente con un marco legal que les ‘obliga’ a adoptar unas habilidades y competencias en materia de Salud Intercultural para las que no han sido formados durante su periodo universitario. Sólo algunos por vocación o por interés curricular han completado ese vacío en su formación, participando en algunos de los cursos de posgrado o talleres que se ofrecen en diferentes países. ¿No será imprescindible potenciar la presencia de la interculturalidad en salud en el pregrado de todas las carreras de Ciencias de la Salud para que de esta manera todos los alumnos al egresar tengan al menos unos rudimentos básicos, competencias y habilidades prácticas para lo que luego han de aplicar en esta materia a lo largo de su vida profesional? Siendo así, los profesionales médicos estarían mejor ubicados frente a las pretensiones de la interculturalidad normativa y no perderían el referente principal que ha de ser,



en cualquier caso, una atención sanitaria de calidad a los ciudadanos²⁶. Recuerdo, en las veces que acompañé a varios equipos de salud en Bolivia, el tiempo importante que dedican, después de cumplir con sus obligaciones asistenciales, a rellenar fichas y datos estadísticos para justificar logros, objetivos y demás propuestas. Ahora, con la exigencia de una interculturalidad por decreto ¿deberán hacer lo mismo en aplicaciones interculturales? ¿Más papeleo que justifique *ítems* en los puestos de salud? ¿Más tiempo que rescatar de la atención sanitaria y del cuidado de los enfermos? ¿Más oportunidad para las reuniones periódicas de los equipos de salud (CAI) para contrastar datos objetivos y logros? El diálogo y el consenso son fundamentales para la aplicación de cualquier principio intercultural a lo que sea, como concepto transversal que aspira a ser de nuestras sociedades plurales latinoamericanas, máxime si se trata de la salud²⁷.

Resulta paradójico que dos de los colectivos, caso de los médicos tradicionales y del personal biomédico (médicos, enfermeras y auxiliares) que debieran estar implicados de una manera firme y positiva en la construcción de las relaciones sistemáticas que posibiliten modelos interculturales eficientes en erradicar la exclusión y las inequidades en el acceso a los servicios de salud, no sólo se miran unos a otros con desconfianza, sino que recelan de la propia interculturalidad y sus aplicaciones. El Estado, a través del Ministerio de Salud y autoridades correspondientes, debe propiciar ese diálogo y consenso hasta la extenuación entre las partes afectadas y explicitar claramente lo que se pretende con la visibilización efectiva de una interculturalidad que aspira a ofrecer mejores prestaciones en salud para todos los ciudadanos.

En este sentido, si las opiniones de los médicos originarios y de los biomédicos y el personal de salud de los centros hospitalarios son importantes, también deben ser la de los usuarios que acuden a los servicios de salud, sin tener en cuenta su origen. En este sentido, habrá que reforzar las medidas de captación de satisfacción asistencial cuando se trate de aplicación de recursos interculturales. Ya tenemos alguna información relativa a los cambios que las mujeres indígenas observan en los centros de atención intercultural del parto, con notable aceptación (Hospital de San Luis de Otavalo-Ecuador; Hospital de Patacamaya-Bolivia) y otros varios ejemplos con información clara sobre lo que las mujeres parturientas indígenas sienten y desean en el proceso del parto (Bradby y Murphy-Lawles, 2005).

Será preciso informar a las asociaciones indígenas, autoridades originarias, a los movimientos sociales, juntas vecinales y demás modelos organizativos sociales sobre el nuevo modelo de Salud Intercultural que se desea consolidar para que sean conscientes de los derechos que les acogen y escuchar las propuestas de mejora, dudas o disconformidades que pueda suscitar el modelo. De todas formas, la interculturalidad aplicada a la salud no podrá resolver los procesos de inequidad en salud si no se potencia la lucha estatal por la consolidación de los seguros universales y, en este sentido, el reparto más equitativo de la riqueza. Algunos autores consideran que la interculturalidad encripta, oculta o camufla las razones económicas de la inequidad en salud (Ramírez, 2009); ya lo indicaba de una forma expresa el director del Equipo de Salud Altiplano de la comunidad de Qorpa, Favio Garbari, hace unos años cuando estábamos lejos de una aclamación política tan unánime sobre la interculturalidad en salud: “Eso estará bien para un hospital sueco, pero acá tenemos que pelear hasta la última jeringuilla” (Fernández Juárez, 1999). La falta de jeringuillas, gasolina, fármacos, camillas... y otros implementos impiden la posibilidad operativa de los equipos sanitarios que distan mucho, en esas circunstancias, de poder atender y curar de una forma eficaz. Por eso, hablar de interculturalidad en salud en contextos como los nuestros: de inequidad social, política y económica, puede sonar a excusa para no afrontar los retos por incorporar de forma decidida un mejor reparto de la riqueza y que sean los de siempre, las poblaciones indígenas y marginales, quienes continúen pagando en forma de exclusión su situación inaceptable.

La discriminación económica es uno de los factores claves de la inequidad en salud y es, por tanto, uno de los indicadores que es preciso cambiar a favor de un mejor reparto de la riqueza entre todos los ciudadanos. Si no afrontamos este hecho, corremos el riesgo de hacer de la interculturalidad algo folklórico o *snob* al hilo de las modas políticas y lejos del sentido que debe perseguir, que es el de propiciar una atención en salud mejor, más eficaz y eficiente en equidad de acceso para todos los ciudadanos (Fernández Juárez, 2009; Ramírez, 2009). La odiosa brecha que divide de forma creciente a los pueblos entre ricos y pobres que nos aleja lamentablemente de los Objetivos del Milenio de Naciones Unidas, justifica la preocupación preponderante que, en términos interculturales, debemos tener por los más desfavorecidos y vulnerables, entre ellos los pueblos originarios y afrodescendientes que no por casualidad presentan habitualmente los peores indicadores en salud y esperanza media de vida, a la vez que ocupan las bolsas de pobreza y marginación más relevantes de América Latina. Si bien, la asimetría de los indicadores económicos es clave en cual-



quier aproximación intercultural a la salud de los pueblos amerindios, no explica todo; hay otros aspectos que valorar²⁸. En la reunión de Quito, una médica del Perú planteaba su estrategia asistencial en torno a la distancia efectiva que separa en horas a las parturientas en contexto amazónico, con respecto a un centro de salud hospitalario dotado de la infraestructura necesaria para la práctica de una cesárea²⁹. La colega peruana establecía que en caso de parto complicado, más de cuatro horas de distancia del centro suponía la muerte de la madre. Obviamente, en situaciones críticas de complicación extrema la vida de la criatura y de la madre puede peligrar seriamente si no se practica una cesárea a la brevedad posible. Al acabar la intervención, una colega boliviana levantó la mano para indicar que en su caso sucedía lo contrario, el problema no era que la gente no iba al centro de salud porque no existiera este con sus infraestructuras y servicios quirúrgicos, sino que en las comunidades donde sí había centro de salud o unidad hospitalaria, los usuarios indígenas no acudían. Es decir, habiendo la posibilidad económica de la asistencia convencional, tanto en infraestructuras, como en algunos tratamientos³⁰, la gente no acude a hacerse atender en la unidad hospitalaria. Hay varias razones de índole cultural para esta actitud que ya se ha explicado en otras partes (Fernández Juárez, 2006; 2008; Dibbits y de Boer, 2002) y que constituyen objeto de atención para la reflexión intercultural, pues teniendo en cuenta la manera de sentirse representadas las unidades hospitalarias y los equipos médicos formales, por parte de las comunidades originarias, sabremos cuáles son sus expectativas en relación con el proceso salud-enfermedad-atención y el tipo de modelo asistencial que prefieren, así como los indicadores hospitalarios o biomédicos que son expresamente rechazados.

Como estamos viendo, la interculturalidad aplicada a la salud no trata sólo ni de forma exclusiva sobre la relación de la medicina convencional y las medicinas originarias. Quizá este fuera el asunto pionero, así como la incorporación o presencia de los representantes de las medicinas originarias en los centros de salud y hospitales (Regalski y Alba 1993; Baixeras, 2006; Callhaham, 2006; Fernández Juárez, 2006; Simal y Amor, 2008; Zalles, 1999) que pretendía visibilizar para el sistema médico convencional la presencia de los médicos tradicionales y empoderarlos en un espacio simbólico, político y económico de relieve, como es la unidad hospitalaria, pero es preciso insistir en la necesidad de una interculturalidad que aspire a ser transversal en salud para todos los ciudadanos, y, en ese sentido, hay que reconocer otros ámbitos de atención en salud como el autocuidado y los colectivos religiosos, generalmente pastores evangélicos, con importante presencia y representación en comunidades originarias

que incorporan modelos de atención terapéuticos entre sus comunidades de creyentes, como ha mostrado la investigadora Susana Ramírez en la ciudad de Potosí (2005, 2006).

Queda por concretar el estatus normativo de los médicos originarios y su marcada separación con respecto a los médicos naturistas y los representantes de las medicinas alternativas. Existe en algunos países del área una confusión importante entre médicos tradicionales u originarios y médicos naturistas o alternativos; en el caso boliviano algunos representantes y líderes de la Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional (SOBOMETRA) abrazaron el Naturismo como forma de alcanzar alguna ‘credibilidad’ frente a la biomedicina a la vez que menospreciaban su propio patrimonio ceremonial como se expresó en el Congreso Internacional de Medicina Alternativa celebrado en La Paz en 1995. Posteriormente, el reconocimiento de la UNESCO de la medicina y la cultura kallawayas como patrimonio intangible e inmaterial de la Humanidad puso en relieve el valor indiscutible de toda la vertiente ritual en sus curaciones (Loza, 2004). Es preciso delimitar de forma normativa las peculiaridades de unos y otros especialistas, así como sus vulnerabilidades, derechos y obligaciones. Médicos originarios, afrodescendientes y parteras; médicos naturistas; médicos de la medicina alternativa y representantes de ciertas confesiones religiosas (Ramírez, 2006), todos ellos configuran junto con los representantes de la biomedicina, el campo de ‘expertos’ como operadores de la salud de nuestros pueblos originarios y afrodescendientes, pero no todos presentan las mismas condiciones y vulnerabilidades. En principio, los criterios de exclusión más relevantes hay que encontrarlos entre los médicos originarios que distan mucho de poseer los sistemas de organización y apoyo que tienen los naturistas o los representantes de los Nuevos Movimientos Religiosos; por ello, las medidas de protección, apoyo y reconocimiento por parte del Estado tiene que ir encaminado especialmente a los especialistas médicos originarios y afrodescendientes que realizan sus aplicaciones curativas en sus comunidades, ya sea en el ámbito costero, andino o amazónico.

Otro aspecto importante a analizar y sobre el que cabe detenerse y reflexionar con cuidado es sobre el delicado ámbito de la certificación que los Estados del área andina planean aplicar a sus operadores originarios en salud. ¿Quién debe realizar la certificación? ¿De qué forma? ¿Cuáles deben ser los criterios empleados para avalar la competencia o incompetencia de los evaluados? No es una tarea fácil. ¿Le corresponde al Estado ejecutar esta certificación en aras de la ‘responsabilidad’ que supone cualquier aplicación médica o curativa sobre sus ciudadanos? En el caso de los representantes de la biomedicina, como



funcionarios de un Ministerio de Salud que los evalúa y acredita su calidad y niveles de atención productiva, parece incuestionable que sí. Pero, ¿en el caso del resto de operadores en salud? ¿Qué sucede en el caso de los *yachak*, *yatiris*, *jampiris*, *ch'amakanis*, *g'men*, *ipage*... de los pueblos originarios? En Bolivia, los yatiri aymaras deben su iniciación ritual como maestros ceremoniales a varios hechos y circunstancias diversas, como nacer de pie (*qalluni*), ser gemelo o mellizo (*ispa*), haber sido golpeado por el rayo, haber superado una inexplicable enfermedad limitante en poco tiempo y practicando sobre sí mismo con remedios que el propio enfermo va diseñando o cambiando determinados aspectos y comportamientos de su vida, e incluso los sueños, determinado tipo de sueños, constituyen la 'puerta de acceso' al ejercicio de la medicina originaria entre los aymaras. Recuerdo que un yatiri me contestó que para ser un buen yatiri tenía que soñarme, que unos sueñan bien y otros mal, ahí se acabó la conversación... pueden imaginar mi cara de sorpresa y decepción. Todo consistía en ¡saber soñarse!, ¡casi nada! (Fernández Juárez, 2004). ¿Puede el Estado erigirse en evaluador de sueños? ¿Cómo certificar la caída del rayo y el impacto simbólico que tiene en las comunidades aymaras? ¿Cómo certificar las competencias curativas de los *tata* y *mama* yatiris, hombres y mujeres en los modelos de diagnóstico a través de las hojas de coca o la mirada de las vísceras de los cuyes? ¿Cómo evaluar su impacto en la resolución de los llamados 'síndromes de filiación cultural', que no dejan de ser enfermedades, algunas consideradas tan pavorosas como puedan ser el cáncer o el SIDA desde la perspectiva biomédica? Además, no todos los médicos originarios son eficaces en lo mismo, algunos tienen 'mejor mano' para resolver unos problemas médicos frente a otros ¿No es más sensato dejar que sean las propias comunidades originarias, ejerciendo ese empoderamiento que las nuevas constituciones acreditan, quienes certifiquen a sus propios especialistas en salud? ¿No es más razonable que sean las comunidades, en las que los médicos originarios y parteras realizan su labor de años, las que acrediten el saber hacer de los mismos?

Nadie como las familias que integran estas comunidades saben la calidad de uno u otro especialista originario en la resolución de algún problema médico y nadie como ellos controlan permanentemente las condiciones del ejercicio de su saber (si acierta, si no acierta, si cura, si no cura, si toma mucho, si sabe hacer o no, si cobra en exceso). Los éxitos y los fracasos se saben pronto en la comunidad y alrededores, justificando el prestigio intercomunitario de algunos y la desconfianza y descrédito de los otros. La información personal, el boca a boca, erige prestigio y descrédito en función de su eficacia curativa, lo mismo que pasa en los servicios de salud de la biomedicina³¹.

Otra posibilidad que se está barajando es que la acreditación o certificación de los médicos originarios y afrodescendientes lo hagan los propios médicos tradicionales o las asociaciones nacionales de medicina tradicional, allí donde existan. Esta opción puede incorporar algunos efectos perversos, como la evaluación favorable a los representantes de las facciones afines o pertenecientes a las comunidades favorables a la dirección de la asociación y desfavorable a los contrarios o rivales; puede generar problemas de competencia interna e incluso trasladar al ámbito de la certificación agravios comparativos añejos y personales, cuando no, incluso, un fuerte clientelismo político que debería evitarse.

En cualquier caso, es desaconsejable que la certificación la hagan los biomédicos, cuya dependencia ya se intentó hace unos años en Bolivia, es decir, el médico originario poco menos tenía que recibir el reconocimiento o tutela de un biomédico, incluso se intentó tarifar lo que una 'llamada de ajayu' o una 'limpieza de cuy' debía costar a los usuarios que reclamaran estas atenciones de los médicos tradicionales (Flores Martos, 2004). Todo este tipo de iniciativas no hacen sino generar desconfianza y recelo por parte de los médicos tradicionales, puesto que no son considerados en términos de simetría o igualdad referencial con respecto a los representantes de la biomedicina en un país donde el acceso a los servicios médicos convencionales, no hay que olvidarlo, es reducido y dificultoso a la mayor parte de la población; luego, son los representantes de la medicina originaria los que resuelven las necesidades diarias en términos de salud de la mayor parte de la población. En el caso boliviano, habría también que pensar en la adecuación intercultural de los equipos sanitarios cubanos, que eventualmente cumplen una actividad de atención sanitaria en el país, con una gran formación biomédica, pero escasa sensibilidad intercultural.

Hay que tener mucho cuidado con las novedades que se imponen por decreto sin el debido ajuste con los usuarios de los servicios de salud o de los especialistas originarios. En Bolivia, el bono 'Juana Azurduy' o contraprestación económica a la mujer parturienta a cambio de sus revisiones periódicas en el hospital está produciendo, a pesar de sus pretensiones de seguridad y cuidados para la mamá, un efecto nocivo y perverso como nos comentaban las parteras del Hospital de Patacamaya en la reunión de noviembre pasado en La Paz, por el cual, las mujeres acudían a sus revisiones y atenciones dentro del parto institucionalizado fundamentalmente por el dinero, con la consecuencia de que las parteras perdían clientela e incluso muchas, al parecer, se replantean el sentido de su vocación y servicio, abandonando su labor en las comunidades.



Si bien, la atención materno infantil³², así como la sexual y reproductiva adquieren lógicamente un lugar prioritario en las propuestas e iniciativas que en América Latina se están realizando en términos interculturales, en relación con los pueblos originarios y afrodescendientes, no podemos obviar otros retos a solventar, como es el caso, por ejemplo, de la situación y de las enfermedades propias de la Tercera Edad³³: las enfermedades mentales, las peculiaridades de ciertas dolencias propias de algunas actividades profesionales y económicas de los pueblos originarios, el caso de las enfermedades de la mina en un contexto como el potosino boliviano (Absi, 2006) o el de los pueblos amazónicos; el impacto de nuevas pandemias como el ocasionado por el virus de la Gripe A (H1N1), o el caso especialmente preocupante por su vulnerabilidad en salud y otros indicadores en que se encuentran los pueblos ‘no contactados’ o en ‘aislamiento voluntario’³⁴ o aquéllos sometidos a traumáticos procesos migratorios vinculados, ya sea a catástrofes naturales o por la presión de conflictos bélicos, narcotráfico o guerrilla³⁵.

Las aplicaciones interculturales no pueden ser otro concepto angosto, lapidario e incomprensible para los intereses en salud de los pueblos originarios y afrodescendientes. Es preciso establecer modelos de corresponsabilidad y de gestión en términos interculturales por parte de las comunidades indígenas, las organizaciones sociales y el Estado. Esto sólo puede conseguirse si la interculturalidad en salud es reconocida por todos como algo útil, aplicable y eficaz en paliar la discriminación y mejorar la atención en salud a todos los ciudadanos³⁶. Sin una interculturalidad global que atienda las demandas de todos los ciudadanos en términos de equidad, eficacia y eficiencia en los accesos y atenciones de salud, seguiremos generando modelos de ‘folklorización médica’ que esconden los rasgos de exclusión económica y social más deleznable del Estado y que hacen mella, de forma especial, en las poblaciones originarias y afrodescendientes no sólo del Ecuador, sino de América Latina.

Notas

- 1 Universidad de Castilla-La Mancha, España.
- 2 Idéntico resultado nos sucedió en la reunión de La Paz en noviembre de 2009 bajo el patrocinio del Viceministerio de Medicinas Tradicionales e Interculturalidad de Bolivia.
- 3 Los criterios interculturales en América Latina se han aplicado en principio al dominio lingüístico y educativo (Godenzzi (compilador) 1996); Albó (1999).
- 4 Entre las publicaciones recientes en Bolivia con énfasis en cuestiones de salud intercultural, merece la pena considerar Dibbits y De Boer (2002); Rance (1999); Susana Ramírez (2005; 2009) y Fernández Juárez (1999; 2008). Recientemente, en noviembre de 2009, la



- Agencia Española de Cooperación Internacional ha reeditado en Bolivia los tres primeros volúmenes de la serie *Salud e Interculturalidad en América Latina* (Fernández Juárez, coord. 2004; 2006 y 2008). Sobre la temática nuclear del parto y la atención materna en clave intercultural, ver Dibbits (1994); Dibbits y Terrazas (2003); Arnold y Yapita (2002); Arnold, Murphy-Lawless y Yapita (2001); Bradby y Murphy-Lawless (2005).
- 5 Agradezco esta información a Roberto Campos Navarro.
- 6 Recuerdo el caso de una de las principales ONG españolas que trabajaban en la temática de salud en Bolivia a mediados en los años noventa del pasado siglo, al comentarme el caso de un proyecto ambicioso generado en tierras de Cochabamba y Potosí. Sólo tenían un ‘pequeño problema’ y era que el ‘todoterreno’ de la organización era apedreado por parte de las comunidades indígenas supuestamente ‘beneficiarias’ del proyecto, en cuanto aparecía por la zona. Otro ejemplo: Cleo Alaru, auxiliar y enfermera aymara, me comentó al poco de incorporarme con el Equipo de Salud Altiplano en Qorpa (Provincia Ingavi del Departamento de La Paz) que era frecuente que se produjera un hecho que a ella la desconsolaba mucho. Los enfermos se acercaban a la posta y le preguntaban “¿Está el médico?”. Ella respondía, “Claro, andá no más que te va a recibir”, a lo que el enfermo le contesta “No, más mejor cuando NO esté vuelvo” (Fernández Juárez, 1999).
- 7 La competencia cultural no está reñida con decisiones en las que deben mantenerse criterios claros, como el médico del SESCAM (Servicio de Salud de Castilla-La Mancha) que razona ante una mujer musulmana antes de entrar al quirófano de la siguiente forma: “Si yo visito tu mezquita, debo descalzarme a la entrada ¿correcto? Pues usted debe quitarse el velo y el resto de la ropa al entrar al quirófano”. La forma y el sentido educado de la conversación facilita la comprensión del mensaje al enfermo.
- 8 Obviamente la sensibilización intercultural debe calar con el tiempo preciso y la formación adecuada en los equipos de salud.
- 9 Quizá en este sentido no estaría de más recordar el fracaso de algunos sacerdotes que pretendían acercar su quehacer pastoral a los indígenas copiando aditamentos de los yatiris aymaras; no recuerdo ya de memoria la cita de referencia que encontré mientras realizaba la tesis doctoral, pero venía a recoger la protesta de los aymaras al comprobar que el ‘padrecito’, el sacerdote, trabajaba como si fuera un yatiri, un maestro ceremonial, produciendo sorpresa y perplejidad en los comuneros. Este aspecto es importante, porque en ocasiones, cuando la población indígena se aproxima a una posta o institución hospitalaria espera ver toda la potencialidad expresiva de la medicina ‘de pastillas’ y los médicos ‘de mandil’.
- 10 En este sentido cabe destacar la descoordinación existente y el hecho de que cada Comunidad Autónoma e incluso, en ocasiones, los propios municipios, publiquen su peculiar e idiosincrásico panfleto o folleto informativo específico ‘para inmigrantes’ en relación con las preocupaciones sanitarias de la población hegemónica. No hay directrices generales, por lo que cada cual orienta el problema como estima conveniente.
- 11 Los facilitadores o mediadores interculturales pertenecen habitualmente al ámbito poblacional del grupo inmigrante de referencia y son los que median en la resolución de conflictos entre las instituciones del Estado y los propios inmigrantes según sus demandas (Prats y Uribe, 2008)
- 12 Es curioso que en ese ‘efecto llamada’ no se incorporen los turistas escandinavos y del Norte de Europa que buscan algo más que las playas y el sol del Mediterráneo.



- 13 “La oleada migratoria ha supuesto, para los profesionales de la salud que están en las administraciones y para muchos clínicos, que la sociedad y la cultura existen, aunque los planes de estudio de las facultades de medicina-menos los de enfermería-, se empeñen en afirmar lo contrario” (Comelles y Bernal, 2007: 5).
- 14 En el caso del proceso migratorio, conjunto de síntomas que configuran lo que se conoce como “síndrome de Ulises” (Merino, 2005).
- 15 Incluso las referencias sobre los usos y aplicaciones de la llamada ‘biomedicina’ igualmente debiera relativizarse por las peculiares expectativas que genera el proceso migratorio, como nos muestra Meñaca (2006:93-108) entre los migrantes ecuatorianos en España.
- 16 ¿Por qué no incorporar en nómina por parte de las instituciones hospitalarias a personas bilingües que se expresen perfectamente además de en castellano en la lengua más representativa del colectivo de inmigrantes con mayor presencia en la zona? Recuerdo el caso que me comentó la Dr^a Luisa Abad, miembro de nuestro equipo de investigación, cuando realizaba sus prácticas asistenciales en el complejo hospitalario de La Paz en Madrid. Se encontró ‘aparcado’ en una silla de ruedas a un viejito peruano que se expresaba en quechua y que sus compañeras de turno habían desviado hacia el servicio de psiquiatría por presuponer que la naturaleza de dichos ‘sonidos’ sólo podía deberse a un proceso de demencia senil. El Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) junto con Médicos del Mundo realiza en estos momentos un proyecto pionero en España que pretende reglamentar e incorporar en la plantilla hospitalaria a los mediadores o facilitadores culturales que los secundan en las atenciones de salud con inmigrantes.
- 17 Hace ya tiempo que Roberto Campos (1997) demostró lo pertinente de introducir hamacas en un hospital indígena en México porque las camas resultaban tremendamente incómodas para los usuarios indígenas. Sabemos que tanto las infraestructuras como el mobiliario son importantes de cara a la comodidad de los usuarios atendidos o ingresados en una unidad hospitalaria. ¿Las autoridades sanitarias y los arquitectos tendrán a bien escuchar en alguna ocasión, en el diseño de los hospitales, el parecer de los usuarios y sus expectativas? ¿Son compatibles con el pragmatismo de las infraestructuras y sus requerimientos biomédicos?
- 18 Recordemos el rechazo a las transfusiones sanguíneas por parte de algunas confesiones religiosas como los Testigos de Jehová.
- 19 Hay que tener en cuenta que algunos parámetros de expresión cultural cambian o se atenúan con el desplazamiento migratorio, mientras que otros parecen fortalecerse; recordemos la solicitud de chamanes ecuatorianos para el tratamiento de ciertas patologías por parte de los emigrantes de esta nacionalidad así como la presencia de centros de vudú dominicano en el corazón de Madrid (Sánchez, 2008).
- 20 Recientemente los médicos españoles de los servicios públicos realizaron una pequeña huelga en reclamo de al menos 10 minutos de atención por ‘paciente’. No debemos olvidar que los propios médicos son ‘víctimas’ no pocas veces de las presiones del modelo público de atención en salud.
- 21 Resulta sorprendente la cantidad de datos que los equipos sanitarios que desempeñan su labor en las comunidades aymaras del altiplano, deben conocer. Buena parte del tiempo lo dedican a la elaboración de cuadros estadísticos sobre valores epidémicos, estadísticas de atención materno infantil, vacunaciones, atención del parto, enfermedades

- diarreicas agudas, infecciones respiratorias agudas, fármacos derivados del SUMI (Seguro Universal Materno Infantil)... Es decir, una tarea compleja administrativa que genera importante estrés, puesto que constituye la base de los datos que los equipos presentan en las reuniones de diferentes áreas (CAI) en los que comparten datos y ‘compiten’ por objetivos logrados o no. En estos objetivos y planes se prioriza la atención materno infantil y se despreocupan de otros sectores como la atención a la tercera edad, por ejemplo, que no resulta prioritaria.
- 22 Un médico boliviano trataba en cierta ocasión de convencer de su conocimiento académico a los médicos indígenas kallawayas de su sector, diciéndoles precisamente esto, que había estudiado con plena dedicación durante siete años. Los médicos indígenas kallawayas se miraron mutuamente y uno de ellos le respondió “nosotros estudiamos toda la vida”.
- 23 Cabría plantearse incluso si el término ‘interculturalidad’ es apropiado para aplicar a los modelos sobre salud y enfermedad de los pueblos amerindios. ¿Se sienten arrojados o identificados con este concepto? ¿Sería razonable buscar otro más adecuado? ¿Acaso la interculturalidad se está convirtiendo en la expresión sobre el ‘otro’ desde la cultura dominante; desde las propias instancias del Estado y sus intenciones integradoras globales expresadas bajo el eufemismo de una ‘ciudadanía’ en desequilibrio constante?
- 24 Por ejemplo las ‘bondades’ abominables de los procesos de esterilización femenina sin consentimiento informado como los aplicados de forma sistemática en México y el Perú (Menéndez, 2009).
- 25 Obviamente se refiere a médicos de ‘mandil blanco’ con su fonendoscopio al cuello y con los usos y prácticas habituales de la biomedicina. El modelo del médico SAFCI en principio prioriza su vivencia en el campo frente a la vivencia hospitalaria, con la idea de que no se vean ‘contaminados’ por la realidad clasista, racista que se puede vivir en ciertas ocasiones en algunos servicios del hospital, pero inevitablemente el hospital es el ‘medio natural’ de quien prepara una residencia y obviamente debe adquirir las competencias interculturales precisas para realizar mejor su función médica a parte del efecto rebote que puede ocasionar la visibilización de su proceder entre sus compañeros y evitar de esta manera el apelativo de ‘médico-yatiri’ o ‘médico-brujo’ con que chanean y embroman algunos de los colegas de la biomedicina a los médicos con formación en salud intercultural en La Paz.
- 26 De igual forma, es preciso fomentar la implicación de las universidades en potenciar talleres de encuentro y proyectos de investigación en salud intercultural, fórmula prioritaria para localizar los conflictos y problemas que deben afrontar los bloqueos culturales que puedan producirse y las inequidades en la atención y acceso a los servicios de salud por parte de la población. De esta forma, se adquirirán datos precisos claros y evidencias concluyentes sobre el tipo de intervención que se necesita en aras siempre de la mejora de las prestaciones de los servicios de salud del Estado entre los ciudadanos. Otro aspecto a tener en cuenta es la recomendación de que se posibilite la presencia en las facultades de ciencias de la salud de mayor porcentaje de estudiantes miembros de los pueblos y naciones originarias y afrodescendientes que sin menoscabo de la excelencia académica y formativa, que debe ser el objeto fundamental en la formación universitaria, pueda facilitar a su egreso las condiciones básicas de las aplicaciones interculturales tanto en las unidades hospitalarias como en la práctica diaria de su profesión.



- 27 Si el consenso es deseable, hay que reconocer que los disensos son esenciales y fundamentales para madurar cualquier idea máxime cuando hablamos de interculturalidad con sus diferentes facies y sensibilidades (Onghena, 2003:62).
- 28 Los tecnócratas de Naciones Unidas hace tiempo que fracasaron en sus intentos por establecer criterios para un mejor reparto de la riqueza atendiendo a criterios económicos exclusivamente.
- 29 Sobre los traumas que genera la cesárea entre las parturientas indígenas (Cerbini, 2009). Sobre la dimensión cultural de las prácticas quirúrgicas [Fernández Juárez, (Coord.) 2009].
- 30 En el caso boliviano, al menos el tratamiento de la madre embarazada y el parto, con el cuidado del hijo hasta los 5 años está garantizado y subvencionado en el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI). Obviamente fuera del SUMI y para intervenciones quirúrgicas de cierta complejidad no existe subvención y se nota la inequidad de acceso a los servicios en términos económicos.
- 31 En Toledo, la calle que da al cementerio era conocida popularmente, no hace mucho, con el nombre de un célebre médico no muy afortunado en los menesteres del bisturí.
- 32 En lo que se refiere a las salas de parto intercultural ya podemos observar una serie de criterios y mobiliario que aparecen repetidos en diferentes contextos culturales, caso de la espaldera, la silla de parto, las frazadas de colores... Habrá que ver en cada caso cual de estos objetos se adapta bien a las características culturales en relación al parto en la zona y cuales son prescindibles. El principal criterio parece ser reproducir en la medida de lo posible el espacio doméstico indígena (Campos, 2010). Obviamente la clave más importante para salvaguardar el reto de la salud interultural aplicada al parto es la capacidad de libre elección y acceso completo al modelo de parto que quiera la parturienta sea cual sea su condición étnica, económica y social.
- 33 En algunos pueblos originarios, los mayores o ancianos son considerados ‘pasados’ y en tanto en cuanto no pueden participar de la principal fuerza de trabajo productivo en el seno doméstico son, en parte, desatendidos en sus necesidades básicas, por supuesto también en sus necesidades de salud. El problema se agudiza mucho más en el caso de ancianos que viven solos, sin ningún pariente que los socorra en la comunidad, adoleciendo de unos cuidados básicos que el Estado no puede menospreciar. Mientras la atención materno-infantil, si es contemplada en los registros, datos y objetivos a satisfacer en los equipos de salud, e incluso en los indicadores y cifras a lograr en proyectos de cooperación internacional en salud, la situación de los ancianos no aparece contemplada habitualmente. Recuerdo en la comunidad de Qorpa del Altiplano paceño (Provincia Ingavi del Departamento de La Paz), la cantidad de ancianos aymaras que esperaban junto a la puerta del taller, la generosa aportación del pintor Mariano Alique quien les garantizaba una ayuda para su desayuno cada lunes.
- 34 Particularmente importante por su vulnerabilidad han de ser contemplados con especial cuidado y mesura en las misiones sanitarias que precisen.
- 35 Los procesos migratorios forzados generan un conjunto de signos y síntomas aflictivos reconocidos bajo el término “síndrome de Ulises”.
- 36 Sólo así podrá entenderse la interculturalidad aplicada a la salud como un derecho inalienable de los ciudadanos.

Bibliografía

ABAD, Luisa

- 2008 “El círculo vicioso. Limitaciones a la hora de abordar problemas de integral de la mujer en el contexto de la Amazonía peruana”, en: Gerardo Fernández Juárez (dir.) *La diversidad frente al espejo. Salud, Interculturalidad y Contexto Migratorio*, pp. 65-75. Quito: Edit. Abya-Yala.

AFFAYA, N.

- 2002 *Intercultural. Balance y perspectivas. La interculturalidad como horizonte de pensamiento y acción*. Barcelona: CIDOB.

ALBA, Juan José, et. al.

- 1993 *Los jampiris de Rakaypampa*. Cochabamba: CENDA.

ALBÓ, Xavier

- 1999 *Iguales aunque diferentes*. La Paz: CIPCA.

AGUIRRE BELTRÁN, Gonzalo

- 1994 [1955] *Programas de salud en la situación intercultural*. Obra Antropológica V. Fondo de Cultura Económica/Universidad Veracruzana/Instituto Nacional Indigenista /Gobierno del Estado de Veracruz, México.

ARNOLD, Denise y Juan de Dios Yapita

- 2002 *Las wawas del inka: Hacia la salud materna intercultural en algunas comunidades andinas*. La Paz: ILCA.

ARNOLD, Denise, Jo Murphy-Lawless y Juan de Dios Yapita

- 2001 *Hacia un modelo social del parto: Debates obstétricos interculturales en el Altiplano boliviano*. La Paz: ILCA.

BAIXERAS DIVAR, José Luis

- 2006 “Salud Intercultural. Relación de la medicina kallawayaya con el sistema de salud pública en San Pedro de Curva”, en: Gerardo Fernández Juárez (coordinador), *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*, pp. 271-288. Quito: Edit. Abya-Yala.

BRADBY, Barbara y Jo Murphy-Lawless

- 2005 *¿Volveré, no volveré? Aportes al diálogo entre modelos culturales del parto*. La Paz: ILCA.

CALLAHAM, Mollie

- 2006 “El Hospital Kallawayaya “Shoquena Husi” de Curva. Un experimento en Salud Intercultural”, en: Gerardo Fernández Juárez (coordinador). *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*, pp. 289-303. Quito: Edit. Abya-Yala.

CAMPOS NAVARRO, Roberto

- 1997 “La satisfacción del enfermo hospitalizado: empleo de hamacas en un hospital rural del sureste de México”. *Revista Médica del IMSS*, 35(4), pp. 265-272.



- CAMPOS NAVARRO, Roberto
2004 “Experiencias sobre salud intercultural en América Latina”, en: Gerardo Fernández Juárez (coord.) *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*, pp.129-152. Quito: Edit. Abya-Yala.
- CAMPOS, Roberto y Luca Citarella
2004 “Willaquna. Un programa de formación en salud intercultural en Bolivia”, en: Gerardo Fernández Juárez (coord.), *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas* pp. 93-106. Quito: Abya-Yala/ Bolhispania/UCLM.
- CITARELLA, Luca y Alessia Zangari (eds.)
2009 *Yachay Tinkuy. Salud e Interculturalidad en Bolivia y América Latina*. La Paz.
- COMELLES, Josep M. y Mariola Bernal
2007 “El hecho migratorio y la vulnerabilidad del sistema sanitario en España”. *HUMANITAS, Humanidades Médicas*, 13, pp.1-17.
- DIBBITS, Ineke
1994 *Lo que puede el sentimiento*. La Paz: Tahipamu.
- DIBBITS, Ineke y Mariska de Boer
2002 *Encuentros con la propia historia. Interculturalidad y Trato Humano desde la perspectiva de un equipo de salud*. La Paz: Tahipamu.
- DIBBITS, Ineke y Magali Terrazas
2003 *Uno de dos. El involucramiento de los hombres en la atención de la salud perinatal. Revelaciones desde Santa Rosa y Rosas Pampa. El Alto*. La Paz: Tahipamu.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo
1999 Médicos y yatiris. Salud e Interculturalidad en el Altiplano aymara. Cuadernos de Investigación, 51, CIPCA, La Paz.
2004 *Yatiris y ch'amakanis del altiplano aymara. Testimonios, sueños y prácticas ceremoniales*. Quito: Abya-Yala.
2006 “‘Al hospital van los que mueren’. Desencuentros en salud intercultural en los Andes bolivianos”, en: Gerardo Fernández Juárez (coord.) *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*, pp. 317-336. Quito: Edit. Abya-Yala y UCLM.
2008 *Kharisiris en acción. Cuerpo, Persona y Modelos Médicos en el Altiplano de Bolivia*. Quito: Edit. Abya-Yala, Cuadernos de Investigación CIPCA, 70.
- FUNDACIÓN “LA CAIXA”
2008 *Mediación intercultural en el ámbito de la salud. Programa de Formación*. Barcelona: La Caixa.
- GODENZZI, Juan (compilador)
1996 *Educación e interculturalidad en los Andes y la Amazonía*. Cuzco: Centro de Estudios Regionales Andinos: “Bartolomé de las Casas”.

GRUPO “CRIT”

- 2009 *Culturas y atención sanitaria. Guía para la comunicación y la mediación Intercultural*. Barcelona: Octaedro.

KNIPPER, Michael y Verena Dannhardt

- 2009 “30 años de Cirugía en la Amazonía ecuatoriana: Las Experiencias del Dr. Manuel Amunárriz y la Medicina Intercultural”, en: Gerardo Fernández Juárez (Coordinador) *Salud e Interculturalidad en América Latina Prácticas Quirúrgicas y Pueblos Originarios*, pp. 203-217. Quito: Edit. Abya-Yala.

MENÉNDEZ, Eduardo

- 2009 “Esterilizaciones y sectores sociales subalternos en América Latina. El caso mexicano”, en: Gerardo Fernández Juárez (coordinador). *Salud Interculturalidad en América Latina. Prácticas Quirúrgicas y Pueblos Originarios*, pp. 119-134. Quito: Edit. Abya-Yala.

MEÑACA, Arantza

- 2006 “La ‘multiculturalidad’ de la biomedicina. El envío de medicamentos en familias migrantes ecuatorianas”, en: Gerardo Fernández Juárez (coord.). *Salud e Interculturalidad en América Latina*, pp.93-108. Quito: Edit. Abya-Yala, UCLM, AEI, JCCM, FSCICIII.

- 2007 “Sistema Sanitario e Inmigración. El papel de la cultura”, en: Mari Luz Esteban (Ed.). *Introducción a la Antropología de la Salud. Aplicaciones teóricas y prácticas*, pp.103-116. Bilbao: Edit. OSALDE.

MERINO, Paloma

- 2004 *La patología psiquiátrica entre la población inmigrante*. Madrid: Edit. BEXAL.

ONGHENA, Yolanda

- 2003 “Reinterpretar para gestionar la diversidad cultural”, en: Víctor Sampedro, y Mar Llera (eds.). *Interculturalidad: Interpretar, gestionar y comunicar*, pp. 51-65. Barcelona: Ediciones Bellaterra.

OPS / OMS

- 1999 *La salud y los derechos humanos. Aspectos éticos y morales*, Washington: Consejo de Europa. OPS.

PRATS Genisa y Elizabeth Uribe

- 2008 “La Mediación Intercultural”. *Mediación Intercultural en el ámbito de la salud*. Programa de Formación. Barcelona: Obra Social, Fundación “la Caixa”.

RANCE, Susanna

- 1999 *Trato humano y educación médica. Investigación-acción con estudiantes y docentes de la Carrera de Medicina, UMSA*. La Paz: Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia.



RAMÍREZ, Susana

2005 *Donde el viento llega cansado. Sistemas y prácticas de salud en la ciudad de Potosí*. La Paz: Cooperazione Italiana.

2006 “La interculturalidad sin todos sus agentes sociales. El problema de la Salud Intercultural en Bolivia. pp. 405-412, en: Gerardo Fernández Juárez (coordinador). *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*. Quito: Edit. Abya-Yala.

2009 *Calidad de atención en salud. Prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechua y aymará del altiplano boliviano*. La Paz: OPS / OMS.

SÁNCHEZ, Cristina

2008 “Misterios que sanan, misterios que viajan. Prácticas religiosas afro-dominicanas en Madrid”, en: Gerardo Fernández Juárez (dir). *La diversidad frente al espejo. Salud, interculturalidad y contexto migratorio*. Quito: Abya-Yala y UCLM.

SEMFYC

2004 “Influencia en la salud de los factores culturales y sociales de los inmigrantes”. *El médico interactivo. Diario electrónico de la sanidad*. http://www.el-medicointeractivo.com/formacion_acre2004/tema9/inmigrantes3.htm.

SERRANO, Juana María

2008 “El derecho a la salud y a la seguridad social de los inmigrantes”, en: Gerardo Fernández Juárez (dir.). *La diversidad frente al espejo. Salud, interculturalidad y contexto migratorio*. Quito: Edit. Abya-Yala, UCLM.

URIBE, José María

2006 “Migraciones y salud. Préstamos de ida y vuelta”, en: Gerardo Fernández Juárez (coord.). *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*, pp.83-92. Quito: Edit. Abya-Yala, UCLM, AECL, JCCM, FSCICIII.

VVAA.

1998 *La interculturalidad que viene*. Barcelona: Icaria.

YOLPAHTLI

2003 *Servicios de salud con calidad intercultural en pueblos indios*. México: Secretaría de Salud



Seminario regional medicinas tradicionales, alternativas y complementarias en Ecuador

Proceso de Articulación en el Sistema de Salud Pública 2000-2010

Luis Fernando Calderón¹



Desde hace 25 años, la gestión del Ministerio de Salud Pública del Ecuador ha estado signada por graves dificultades, relacionadas con falta de políticas aunadas a una escasa asignación presupuestaria, por el olvido al que se le ha sometido con todo el sector social, por la fragmentación total del sector, por hallarse atrapada en las recetas economicistas de corte neoliberal, cuyos 'ideólogos' hicieron todo lo posible por desestimar la gestión pública y las capacidades intrínsecas de sus propios recursos humanos, por haber respondido persistentemente a macro intereses internacionalizados de la visión unilineal, hegemónica y tecnocrática en función de la enfermología explicada desde el paradigma biomédico convencional. Ha quedado atrapada en las trabas microfísicas del viejo poder; convertidas éstas en espacios para la negociación y el botín político, centro de populismos y dádivas ineficientes, producto de la concepción de un Estado benefactor, dependiente geopolíticamente de directrices transnacionales que recrean modelos occidentalocéntricos sin desestimar aquello que en esencia debemos a los progresos y adelantos en materia de control de las enfermedades infecciosas, epidémicas, terapias de sustitución, restitución, quirúrgicas y sus fabulosos adelantos en materia de diagnóstico del medio interno.

Hoy, los planes, programas y proyectos que están en proceso de ejecución en el Ministerio de la Salud Pública del Ecuador, en el ámbito del Proceso de Transformación del sector salud, cumpliendo lo señalado en su *Carta Cons-*



titucional, hacen referencia clara y precisa al respeto, reconocimiento, fortalecimiento y desarrollo de las medicinas tradicionales o ancestrales, alternativas o complementarias, así como a su desarrollo e inserción de sus prácticas y practicantes en el Sistema Nacional de Salud con la abierta disposición y apoyo de otros sectores del Estado ecuatoriano, como el Ministerio Coordinador de Patrimonio Cultural² 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 en el ámbito de lo que podría concebirse como el retorno de un nuevo paradigma. Esto se da no sólo para los Andes y la región, sino para toda la humanidad y que en la época contemporánea se ha denominado, desde lo andino y amazónico, como el Buen Vivir, Sumak Kawsay o *Penker Pujustin*, en dos de las lenguas originarias más importantes del país, coincidiendo no con un tiempo de cambio, solamente, sino con un cambio de época o paradigma, es decir con lo que en las culturas originarias andinas se considera como el Retorno del Pachakutec (proclamado 1992) o el Eterno Retorno de la Cultura Permanente, celosamente conservada por las abuelas y abuelos sabios de nuestro anciano continente en los vientos, agua, piedras, bosques, soles y savia de los árboles cobijados con el silencio sagrado de nuestras catedrales blancas: los Andes; e inmersos en la última escuela de sabiduría armoniosa de la Madre Tierra de relación vital con el planeta: la Amazonía.

Para consolidar en forma oficial la incorporación definitiva en la red pública de una pluralidad de proveedores de dichos sistemas médicos de las medicinas tradicionales alternativas y complementarias se ha precisado sobre todo, y lo recalco por ser sustancial, de una enorme voluntad política evidenciada y manifiesta en la ágil transferencia de recursos humanos y tecnológicos frescos al sector³, así como de una clara visión técnica y política (inclusive en el ámbito que nos convoca) del Presidente de la República, Ec. Rafael Correa, reflejado en la gestión de su actual Ministra de Salud, Dra. Caroline Chang, y su equipo de conducción técnica⁴.

Lo señalado se ha traducido de manera operativa, en el gran impulso que ha recibido este proceso, modernizando no sólo su infraestructura y equipos⁵, sino que se ha entregando en forma ágil y eficiente recursos humanos, tecnológicos y financieros. Además, se ha programado ampliar su capacidad de gestión y ejecución presupuestaria en un 20%, para iniciar la consolidación de los modelos de gestión/atención con enfoque intercultural, sobre todo en áreas o circunscripciones territoriales donde están presentes los pueblos y nacionalidades indígenas, afrodescendientes y montubias⁶ y de generar habilida-



des y destrezas en el transcurso de los próximos dos años, por lo menos, a unos 2.000 promotores comunitarios interculturales con el objeto de coadyuvar en el proceso de implementación y desarrollo del Nuevo Modelo de Gestión/Atención con enfoque altamente participativo de género, generacional e intercultural. Esto es una prioridad del gobierno y del Ministerio con su Subsecretaría de Promoción, Participación e Interculturalidad en Salud incorporando al más alto nivel estrategias y metódicas comunicacionales, educativas y de información alternativas y culturalmente adaptadas que permitan, por un lado, como estrategia sustancial, sensibilizar en el tema de la interculturalidad a políticos, gestores, administradores y proveedores intra e intersectorialmente –nos proponemos sensibilizar en los próximos dos años, por lo menos, a 8.000 funcionarios de esta y otras carteras del Estado y, por otro lado, implementar contenidos referentes al tema de la interculturalidad con las instituciones formadoras de recursos humanos en sus mallas curriculares de pre y posgrado– en las 4 instituciones más grandes de educación superior (en las que por agenciamiento conversacional sabemos que están interesadas en el tema, especialmente en las principales ciudades del país en sus diversas regiones), para lo cual recogeremos y haremos nuestras las sugerencias y recomendaciones que nazcan de las consultorías que el CONHU-ORAS está realizando a nivel regional. Todo ello nos permitirá articular adecuadamente y con ventaja en las redes de prestación de servicios de salud estos complejos sistemas saludológicos y terapéuticos que serán útiles y muy valiosos en la solución de los graves problemas de salud pública del país. Es nuestro objetivo mejorar las competencias, destrezas y habilidades del talento humano inmerso en la temática, así mismos, queremos mejorar la calidad, calidez, eficiencia, eficacia de la oferta de atención de la salud en sus redes plurales de servicios sin descuidar el enfoque promocional preventivo asentado en el Buen Vivir.

Políticas regionales de Salud Intercultural y fomento y cumplimiento de los acuerdos de cooperación

En el Ecuador, el Ministerio de Salud con su Dirección Nacional de Salud Intercultural, los Organismos de Cooperación Nacional y Regional (como la Comisión Andina de Salud Intercultural, conformada por representantes de cada país, han elaborado un Plan Andino de Salud Intercultural), las Instituciones Formadoras de Recursos Humanos, las Organizaciones No Gubernamentales y diversos conjuntos sociales, en particular las bases de las Organizaciones Sociales y Comunitarias de los Pueblos y Nacionalidades Indí-



genas se hallan trabajando en la implementación de las líneas del Plan Andino de Salud Intercultural, prioridad en la materia para la región y para todo el continente, una vez que hemos mirado experiencias o compartido las mismas⁷ con nuestros pares técnicos y políticos.

Desarrollo de redes de modelos interculturales y fortalecimiento de las medicinas tradicionales alternativas y complementarias orientados hacia la promoción de la salud o el Buen Vivir-Sumak Kawsay

Estamos contribuyendo al cumplimiento del ejercicio de los derechos colectivos de nuestras poblaciones diversas y excluidas que poseen indicadores preocupantes en su estado de situación de salud y aquí es donde nuestra gestión se halla promoviendo con entereza y compromiso real el fortalecimiento y desarrollo de redes locales, regionales y nacionales de modelos de gestión/atención en salud, con adecuación intercultural articuladas a las aspiraciones de las organizaciones comunitarias de diferente grado, asentados epistémica y metodológicamente en el ámbito promocional y preventivo de la salud (ambientes y hábitos saludables), que se reconstituye culturalmente como prioridad en nuestra constitución, y como paradigma contemporáneo. Además va al rescate de la sabiduría de nuestros pueblos ancestrales y que nosotros lo hemos denominado: “Hacia el despliegue del Sumak Kawsay en la reconstrucción del nuevo ser humano integro en la comunidad”.

A lo anterior sumamos esfuerzos por poner en práctica el respeto, reconocimiento, fortalecimiento, impulso y desarrollo de las medicinas tradicionales, alternativas y complementarias con sus redes sociales de terapeutas, medios y parafernalias rituales- ceremoniales bajo procesos adecuados de certificación⁸, contando con el respaldo y el criterio de legitimación desde las organizaciones comunitarias de base y bajo, también, nuestro deber ético de preservar y desarrollar sosteniblemente sus espacios sagrados, conocimientos, tecnologías y practicantes trabajando en la consolidación de su declaratoria como un patrimonio cultural viviente para la humanidad del futuro, es decir para nuestra descendencia.

Todo esto nos permitirá no sólo ampliar los perfiles epidemiológicos convencionales, sino también ampliar los modelos explicativos de los procesos de salud-enfermedad (entendiendo que los sistemas médicos no sólo son meta-relatos tecnocráticos, sino sistemas culturales, es decir verdaderos sistemas médicos), así como replantearnos las estrategias para su solución que es nuestra misión más urgente, sobre todo con los más excluidos y vulnerables de estas poblaciones.



Con dichos antecedentes referenciados en la experiencia de los países del Área Andina, incluidos en el ORAS, en particular Chile, así como en los procesos que se están generando en Brasil y México, estamos en la fase final de validación de políticas interculturales en salud para la diversidad⁹, consensuadas con diferentes actores sociales y, de la misma manera, estamos acabando el diseño para implementar la reglamentación correspondiente que regule sus prácticas, sus ritos, sus espacios, medios y remedios así también los mecanismos legales o reglamentarios que permitan patrocinar a sus practicantes a nivel nacional en materia de idoneidad de esas mismas prácticas, de su registro y certificación, del desarrollo de tecnologías apropiadas, de cómo velar por su propiedad intelectual.

En base a una larga experiencia de casi un cuarto de siglo de experiencias locales exitosas a nivel rural y urbano marginal (casos Modelo Área de Salud Guamaní, Área de Salud de Otavalo con el *Jambi Huasi* y Hospital Cantonal Otavalo, Red de Salud del Área Loreto Orellana, Centro de Salud Área Nabón Cuenca, Área de Salud Saquisilí Cotopaxi, Hospital Andino en Riobamba Chimborazo, etcétera) se ha organizado y está fortaleciendo organizacionalmente el desarrollo de redes regionales y una red nacional de diversa complejidad, cuya misión tiene como objeto no sólo apoyar en la consolidación de las mismas, sino de desarrollar otras experiencias semejantes (hablamos potencialmente como meta nacional el desarrollo de 17 experiencias locales) mediante procesos intensivos de formación e intercambio de experiencias, reuniéndolas, por lo menos, cada dos meses, lo que en última instancia permitirá adecuar la oferta de servicios ganando en eficiencia, eficacia, calidad, calidez, accesibilidad geográfica, cultural y social centrados en el ámbito de la implementación del nuevo modelo de atención familiar y comunitaria que brinde prioritariamente atención pertinente y oportuna a una población servida inequitativamente por el antiguo modelo biomédico convencional, pues gran parte de ella se halla geográficamente dispersa, socialmente estratificada y culturalmente diferenciada.

Esta estrategia de fortalecimiento de redes locales, regionales, nacionales y posiblemente internacionales permitirá con gran agilidad, mediante esos procesos intensivos de intercambios de experiencias (como metódica de transferencia de tecnología, conocimientos, destrezas, habilidades y competencias para los gestores o equipos operativos que creemos deben potenciarse a nivel macro, meso y micro) debe ser integrada como parte de los acuerdos de cooperación sur-sur a nivel continental o mundial, teniendo como estrategia generar 'redes conversacionales' que fortalezcan la gestión técnica-administrativa que den



nuevos campos de posibilidades, hacer peticiones, adquirir compromisos y expresar promesas usando inclusive todos los elementos tecnológicos a nuestro alcance, sin olvidar que la clave está en la información y por ende en el desarrollo permanente de conocimientos-competencias en el talento humano involucrado.

Centros de referencia local, regional y nacional

Señalemos con justicia la existencia de experiencias o modelos en funcionamiento, eficaces, eficientes como son: el Hospital Andino en la ciudad de Riobamba, al sur del país; áreas de salud o distritos sanitarios en diversas altitudes y regiones del país, como el Hospital de Otavalo, que ha incorporado el parto vertical y cerca del cual funciona desde hace 15 años una unidad operativa bajo alianza estratégica de la organización comunitaria FICI y el Área de Salud de Otavalo con un modelo que articula el sistema occidental y el sistema de la medicina tradicional andino denominado Casa de Sanación o *Jambi Huasi*; la Red de Salud de Loreto en la provincia noramazónica de Orellana que posee quizás el modelo de mayor participación comunitaria y social que ha logrado tomar lo mejor y lo más fino de la atención comunitaria del MSP y articularlo a la red de proveedores y sanadores de la medicina tradicional del lugar apoyado por la ONG RIOS ex Cruz Roja Suiza; el Área de salud de Guamaní quizás la experiencia más significativa en la integración de diversos sistemas médicos o alternativos de curación en particular de la Homeopatía, Acupuntura, Biomagnetismo Médico, Terapia Neural según Huneke que fue forjado hace más de quince años como producto de la lucha reivindicativa de más de 120 barrios urbano-populares al sur de la ciudad de Quito y que ha logrado armar, no sin altibajos, un modelo comunitario de gestión/atención de salud en el que la co-gestión ha inspirado los más altos niveles de participación social, generando inclusive procesos de protección social comunitaria.

Sumemos a lo anterior, los esfuerzos de la Red de Sabios y Sanadores Tsa'chilas de la Provincia de Santo Domingo de los Tsa'chilas, el desarrollo del Modelo Intercultural de Salud en Nabón, el proceso de implementación del parto vertical en la provincia de Morona Santiago, en particular en el Área de Méndez, el fortalecimiento y el desarrollo de un Modelo Provincial Intercultural en Sucumbíos y en Chimborazo, que lo fortalecerá principalmente en las tres áreas de salud con mayor población indígena como son: Guamote, Alausí, y Cacha-Columbe, la implementación y el desarrollo de un Modelo de Salud Fa-



miliar y Comunitario en territorio Awa, en la frontera norte con Colombia, el fortalecimiento de la interculturalidad en el área correspondiente a la provincia Amazónica del Pastaza y su Hospital Puyo, el desarrollo de modelos para las nacionalidades Shuar, Achuar y Shiwiar con participación de las organizaciones locales, etcétera.

Todos éstos son en la práctica centros regionales de referencia, inclusive a nivel nacional con altos niveles de demanda y de satisfacción de los usuarios. A más de esto, el esfuerzo que viene desarrollando la Subsecretaría de Protección Social con la implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario a nivel nacional a cuyos técnicos estamos apoyando en el rediseño de instrumentos e instructivos que permitan la incorporación de la interculturalidad en la oferta, especialmente de los Equipos de Atención Básica que cubren zonas de acceso geográfico complejo y distante en donde la intervención del Estado ha estado ausente y que ahora con esos 1.200 EBAS empieza a mejorar las condiciones de atención, así como la logística para el desplazamiento de equipos y pacientes a nivel de ambulancias fluviales y aéreas, de manera principal en zonas geográficamente dispersas en la futura red de salud de la Amazonia Ecuatoriana.

Nuevas iniciativas en el horizonte para las medicinas tradicionales, alternativas o complementarias

Es clave trabajar denodadamente en ‘procesos de validación de las terapias complementarias y alternativas’ para evitar la mala práctica y la superchería en su ejecución. Por ello, los marcos legales, de validación y de reglamentación forman parte de las ejecutorias aceleradas que viene implementando la actual gestión ministerial en el Ecuador¹⁰.

Es hora de dar otro gran avance: buscar y desarrollar espacios en otros niveles de complejidad (léase hospitales cantonales, provinciales o de especialidades) para realizar y fortalecer la articulación de estas terapias y medicinas, pero para realizar dicha acción se precisa hacerlo maduramente con personal calificado y certificado. Existe la voluntad política para ello.

Fortalecimiento institucional. Comunicación y sensibilización

La mejora permanente de las competencias del recurso o talento humano coordinando, por un lado, asociados estratégicamente con las instituciones for-



madoras de recursos humanos involucrándolas en el desarrollo de estas propuestas, principalizando procesos de sensibilización y, por otro lado, fomentar procesos de comunicación alternativa en los diferentes medios como estrategia convocante y de generar altos niveles de sensibilización colectiva. Esto nos convoca a unir actores y recursos, siendo nuestros aliados más importantes las organizaciones sociales y comunitarias y, además, la cooperación internacional.

La Dirección Nacional de Salud Intercultural ha diseñado su página web <http://www.gov.ec/dnspi> bajo el auspicio y patrocinio de la Oficina Nacional de OPS con quienes hemos coparticipado para llevar adelante el Encuentro Continental de Determinantes Sociales y Pueblos Indígenas, cuya información y otros *links* importantes aparecen en la misma.

La DNSI ha patrocinado con otros actores institucionales como: ONG (tipo RIOS) congresos locales, regionales y nacionales sobre interculturalidad, como los de Coca y Loja, en los mismos que se ha recibido el respaldo y apoyo de los gobiernos locales y provinciales. Del mismo modo, para posicionar nuestro proceso se lanzó el 12 de noviembre del 2008 a nivel nacional la imagen institucional, implementando al mismo tiempo una Campaña Nacional de Sensibilización en Interculturalidad desde los espacios comunicacionales de radio, prensa y televisión a nivel nacional, regional y local. En este sentido, vale la pena reforzar los procesos de intercambio con actores locales y sobre todo con aquellos héroes anónimos, sabias y sabios ermitaños que durante 500 años han logrado mantener incólumes sus sistemas médicos tradicionales mediante encuentros norte-sur y sur-sur a nivel nacional, regional y continental, pues está claro que ellos precisan revitalizar sus saberes y su relación con sus espacios o fuentes sagradas de poder y reencontrar en estos intercambios activos y dinámicos el sentido de su historia con lo que estaremos coadyuvando a la manera de Hombres –Puente (*Chaka Runas*) a poner en vigencia nuevamente su memoria ancestral no sólo físicamente, sino espiritualmente tras varios siglos de silencio y que pueden convertirse en un referente central para el despliegue contemporáneo del Buen Vivir¹¹ en el despunte del hombre-runas-nuevo.

Notas

- 1 Dirección Nacional de Salud Intercultural. Ministerio de Salud Pública (MSP), Ecuador.
- 2 El Subproceso de Salud Intercultural conjuntamente con Dialogo Intercultural del Ministerio de Educación forman parte del proceso de planificación, ejecución de la gestión del gabinete sectorial liderado por el Ministerio de Coordinación de Patrimonio Cultural y Natural.



- 3 El Presupuesto General de Salud recibió inicialmente a pesar de las trabas legales institucionales burocráticas la cantidad de 50 millones de dólares para solucionar los problemas más emergentes del país y hoy no solo por disposición presidencial sino porque la constitución ahora así lo norma y dispone se incrementará y cuadruplicará el presupuesto histórico asignado al sector.
- 4 En el Equipo Asesor Ministerial e igualmente en la Dirección Nacional de Salud intercultural encontramos perfiles profesionales que han logrado configurar un equipo sólido que aún esfuerzos en materias como: la misma interculturalidad, la gerencia en servicios de salud, administración en salud pública, epidemiólogos, terapeutas en salud familiar, profesionales promotores interculturales indígenas, mediadores interculturales, tecnólogos informáticos, profesionales con conocimientos sólidos en medicinas alternativas y complementarias como la Homeopatía, Acupuntura, Terapia neural según Huneke, Bio-magnetismo Medico, Sintergética. Es válido señalar que este subproceso técnico-administrativo cuenta con la asistencia técnica permanente de la Cooperación Internacional e igualmente ha desarrollado buenos niveles de *advocacy* y *lobbying* intra e inter-sectorialmente e inter-institucionalmente.
- 5 Se ha trasladado al Subproceso al Noveno Piso de la Planta Central en su nuevo edificio moderno con instalaciones y equipamiento completo dotándole de movilización permanente.
- 6 El programa al igual que se ha hecho en países como Brasil o México por su multiétnicidad, pluriculturalidad plantea desarrollar modelos de gestión/atención intercultural en áreas o distritos regionales indígenas (chachi, epera, tsa'chila, awa, siona-secoya, wao-rani, zapara, shuar, achuar, shiwiari, kichwas (amazónicos y andinos), afros de la sierra y costa así como montubios generando procesos de desarrollo de competencias mediante procesos intensivos de intercambio de experiencias a nivel de la gestión y el desarrollo técnico de la atención.
- 7 EL Organismo Andino de Salud (ORAS) en Sta. Cruz de la Sierra en Bolivia el 30 de marzo del 2007 aprobó el Plan Andino de Salud Intercultural solicitando a los Ministerios implementarlo con el apoyo técnico y financiero de la OPS/OMS y otras instituciones, cuenta con el apoyo financiero de AECID y deben sus consultores y participantes generar indicadores epidemiológicos diferenciados que permitan el monitoreo y seguimiento en los sistemas de información para construir un ASIS andino, que cuente con variables de diferenciación étnica, recursos humanos sensibilizados y fortalecidos a nivel técnico, político y administrativo contribuyendo así al fortalecimiento de los sistemas médicos tradicionales que permitan formular políticas públicas y publicaciones en la materia.
- 8 Códigos de Ética: ejercicio normativo de conducta en Hombres y Mujeres de Sabiduría Ancestral en su fase final de construcción cuyo objetivo es el de aportar al sistema nacional de salud el cual precisa que los servicios y prestaciones ofertados por los sanadores de las medicinas alternativas, complementarias y tradicionales inicien procesos formales respecto al reconocimiento, registro y certificación de los mismos contando para ello con actores individuales, comunitarios, organizacionales y gremiales directamente implicados. Se han trabajado tres Talleres regionales que han servido para conformar sus redes de sanadores y terapeutas al igual que dos Encuentros Regionales de Médicos Alternativos y Complementarias. Este Código lo asumen sus gestores libre e informadamente en el ejercicio de sus valores morales, intelectuales, espirituales, emocionales y de práctica de



- sus saberes. De por medio se halla una cabal correspondencia entre su hacer y su decir tal como se precisa en el despliegue del Sumak Kawsay o Buen Vivir para la construcción de un Nuevo ser.
- 9 Uno de cuyos fundamentos es el reconocimiento de que ningún sistema médico o sanitario por si solo es capaz de satisfacer todas las demandas de salud que presenta una población lo cual implica superar los meta-relatos de la medicina y su paradigma biomédico de que su base epistémica, científicidad y tecnología es el destino final de todos los sistemas médicos pues en forma monotemática aparece siempre como el único sistema deseable y valido (esta reflexión es válida para diversos campos del conocimientos e inclusive del paradigma del desarrollo como se plantea en el Diccionario del Desarrollo de Jeffrey Sachs. (Edición desaparecida de la circulación socialmente inteligente por lo menos en América Latina). La idea con la interculturalidad es no invisibilizar las inequidades y exclusiones o racimos soterrados hasta en la verbalización y lo comunicacional e igualmente es válido explicitar y verbalizar el reconocimiento a estos saberes o sabidurías ancestrales insertas en la diversidad de expresiones culturales para promover esfuerzos múltiples e intersectoriales en lo político, social, cultural y económico; con ese fin estamos en la fase final de una construcción consensuada con los diversos actores implicados, de Políticas Públicas en Salud con visión intercultural, integrando los sistemas de sabiduría ancestral, de las medicinas alternativas y complementarias con el fin de que exista un aporte plural y de libre elección en la demanda de los servicios de salud. La propuesta ha desarrollado los siguientes objetivos: 1. Contribuir al conocimiento, protección y desarrollo de las sabidurías y prácticas ancestrales así como de las medicinas alternativas y complementarias. 2. Incorporar el enfoque intercultural en la red de servicios. 3. Promover acciones inter e intrasectoriales en el marco de los determinantes de salud para mejorar las condiciones de vida de estas poblaciones. 4. Garantizar la participación social y comunitaria en todos los momentos de la gestión con pertinencia cultural. 5. Mejorar la calidad, cualidad y adecuación intercultural de las acciones de salud fortaleciendo y desarrollando capacidades en el talento humano. 6. Ampliar las coberturas de atención de salud garantizando referencia y contra-referencia incorporando promotores y recursos humanos con enfoque intercultural. Sus líneas de acción son: Sistemas Locales de salud interculturales/Determinantes Sociales/Sistemas de Información con incorporación de variables étnicas/Salud Ambiental y preservación de la biodiversidad/ Soberanía alimentaria que respeta patrones culturales/Formación de Talentos humanos en Gestión e Interculturalidad/Fomento del desarrollo e Investigación/Desarrollo socio-organizacional y fomento de la Participación/Declaratoria de Patrimonio Natural.
- 10 Las Medicinas Alternativas y Complementarias disponen de suficiente sustento documental y evidencia científica en el curso de práctica al tiempo que resultan ser culturalmente adecuadas para nuestra población así como eficientes, económicas, eficaces donde la calidad y el buen trato es parte de su oferta con mayor facilidad que en la oferta oficial. La OMS ha promovido no solo elementos para su validación sino lineamientos para Políticas y Programas para que puedan mejor y mas apropiadamente aportar en la promoción, prevención y rehabilitación de la salud, en condiciones de excelencia articulados al sistema único nacional de salud. Su horizonte estratégico comprende en nuestro caso algunas líneas de trabajo que como en el caso de Brasil puedan convertirse en políticas públicas: 1. Política: Integración de la MAC en los sistemas de salud, diseñando y ejecutando



- políticas y programas nacionales. 2. Seguridad, Eficacia y Calidad estableciendo primero criterios de validación y luego normas y estándares para el aseguramiento de la calidad. 3. Acceso equitativo y oportuno en poblaciones vulnerables y con difícil acceso. 4. Uso racional: ejercicio terapéutico sólido y certificado así como un adecuado empleo por parte de los usuarios. 5. Información, Educación y Comunicación: Difusión de los saberes y prácticas de las MAC integrándolos en los sistemas académicos de enseñanza – Aprendizaje de todos los niveles educativos. 6. investigación. Desarrollo de Proyectos de investigación clínica, validación científica y protocolización de las terapias. 7. Actores institucionales y organizacionales: promover la agremiación, asociación o colegiatura de las MAC complementando e integrando sus objetivos y finalidad con vista a una mejor atención a los usuarios.
- 11 El Buen Vivir o Sumak Kawsay es un concepto, categoría epistémica o ‘estado del ser’, acuñado por las sociedades amerindias que aluden a un ideal de vida (pachasófico) que incluye una diáspora múltiple y diversa de entramados armoniosos de racionalidades recíprocas (*minka*) y complementarias (*ayni*) que se establece entre los (runas) seres humanos -dentro de sí- desde la intimidad de su *sonnco-shungu* o corazón (órgano mental-sensorial que en lo andino es el símbolo universal de la pan-indianidad o universalidad) y desde allí entre sí –entre runas- (partiendo de su dualidad primordial *hanan/urin* o *jari/huarmi* dualidad o pariverso criterio relacional recíproco y complementario sustancial de su racionalidad compleja desde otro punto de vista, no monote-mática) y con toda otra clase de seres animados o ‘no animados’ visibles o invisibles (es el espíritu o son los espíritus con energía *camac* presentes en todas las cosas y más en sus sitios sagrados) que les rodean, entre los cuales inter-dependiente-mente él es uno más, regidos para lograr este estado por elaborados códigos de sabiduría ética (*allí yuyay, allí munay, allí ruray*) que aseguran la exteriorización o manifestación del verdadero ser humano –*runa*- así como su reproducción y permanencia (a través del *Qapaq Ñan* o Camino de los Justos o Camino de Sabiduría como lo señala Javier Lajo) física, energética, mental y espiritual plasmada en una conciencia de eternidad (o estado de conciencia cualitativamente superior - recordemos las similitudes de los términos *paititi* o *warisata* con otras connotaciones o significados por ejemplo de shambala o nirvana de las lejanas culturas orientales) presente en su cotidianidad espiritualidad manifestada igualmente con sencilla ‘naturalidad’ rodeados de una ética de prudencia moral y de una estética hecha de intimidad, silencio y contemplación profunda y sabias que permanentemente retorna (no regresa) en forma creciente (*viñay pacha*) y nos retorna también imperceptible y permanentemente al origen del mundo y del *runa* (*pachayachachik pachacamachapachamama*) cabe remontarnos a la lámina descrita en la relaciones de Antigüedad por Salcamayhua donde grafica y simbólicamente esta descrita toda la filosofía o *pachasofía* de la interculturalidad andina.



Sumak Kawsay: salud y enfermedad en los Andes

Luis Enrique “Katsa” Cachiguango¹



El término *Sumak-Kawsay* ha sido tomado en cuenta solamente en sentido desarrollista occidental (buen vivir), olvidando que este término en el mundo andino abarca lo humano, lo natural, lo ancestral y lo divino. De allí que podemos decir con toda propiedad, que es el nombre del paradigma de vida de los pueblos originarios andinos, ya que las palabras: desarrollo, economía, salud, espiritualidad, política, cultura, soberanía alimentaria y otras se traducen como *Sumak-kawsay*. En el ámbito de la salud, hacer referencia a este término equivale a decir que en la cotidianidad andina existe una profunda relación del *runa*² con las divinidades, la naturaleza y los espíritus de los ancestros en un ámbito de mutua ‘crianza’ y de recíproco beneficio para la vida. Esto constituye la base fundamental para la conformación del camino de la sabiduría medicinal. Este camino ya está trazado por las leyes naturales del ‘pariverso’³ y su recorrido requiere de una iniciación de vida práctica y espiritual que dura muchos años, y en la mayoría de los casos, toda una vida.

El saber del hombre o mujer medicina en los Andes, no se aprende con los parámetros intelectuales académicos de la Universidad, sino con la vivencia consciente del pasado y presente de la cotidianidad llamada *kawsay*, hoy conocida como la intuición complementada con el uso de la razón. Si bien es cierto que muchos *hampi-yachak-s*⁴ nacen con este don, o son elegidos por la misma madre naturaleza, la mayoría también aprenden pasando todas las etapas difíciles que puede durar muchos años. En otras términos, todos los seres humanos estamos en condiciones de recorrer este camino. Este saber es aprendido de la heredad ancestral, como también de la experiencia de interrelación con la madre naturaleza que se remonta a miles de años.

La metodología empleada por el *hampi-yachak* para el aprendizaje es mediante la vivencia práctica-espiritual que abarca lo cotidiano, lo sapiencial,



lo experiencial y lo ritual. La cotidianidad consciente vivida por el aprendiz en todas sus fases positivas y negativas cría el interés del *runa* por recorrer el camino de la sabiduría medicinal. La cotidianidad práctica consciente enseña al futuro *hampi-yachak* a relacionarse con el ‘pariverso’ y a ‘leer’ las señales naturales de la *Pacha-Mama*⁵. A este interés le fortalece la sapiencia del *hampi-yachak* que con su experiencia vivida de muchos años (como mínimo su media vida) ayuda al aprendiz a familiarizarse con el mundo ritual y espiritual, así como también a relacionarse con el mundo de la naturaleza como base de los ingredientes medicinales, para ello utiliza la práctica médica, la tradición, los mitos y los rituales. Con estas bases, el aprendiz inicia a caminar por sí mismo en la sabiduría, empieza a actuar como ‘ayudante’ del maestro experimentando y viviendo por sí mismo todos los misterios y saberes que su aprendizaje severo le exige. Esta experiencia determinará sus condiciones para continuar o desistir de su aprendizaje.

La identificación de esta ‘vocación’ o camino para la vida, su iniciación y su recorrido demanda del *runa* toda la crianza (fortalecimiento) y maduración corporal, emocional, mental y espiritual, cuya formación tiene un sólo compromiso: el servicio al equilibrio para la armonía con la comunidad divina, humana, naturaleza y ancestros. Esta sacralidad permite que muy pocos elegidos puedan realmente cruzar el umbral de la sabiduría completa que va más allá del bien y del mal, más allá del tiempo-espacio individual y comunitario, más allá de la vida y la muerte.

Ninguna medicina resuelve todos los problemas de la humanidad, todas son válidas, porque responden a distintas realidades culturales, por ello, para comprender la medicina del mundo andino, necesariamente tenemos que introducirnos a la estructura mental y vivencial de nuestras comunidades, solamente desde allí podremos comprender la validez de su vigencia y resistencia. Tampoco se trata de reemplazar una medicina por otra, sino de fundamentar la sabiduría de la salud desde la propia visión de los hijos/as de la cultura andina, cuyo propósito, al igual que los otros sistemas de salud, es la defensa de la vida y la convivencia respetuosa entre diferentes formas de vivir, comprender, sentir y actuar.



Fundamentos de la salud andina

1. Mitológico

KUKANCHIK WACHARIMANTA	NUESTRO NACIMIENTO
<i>Ñawpa pachapika Apunchikkunaka wakin karaykunata kipishpa aparishkpami wichay karu llaktakunapi kawsak ayllukunata rikushpa tikramunkapak rishka.</i>	"En <i>Ñawpa-Pacha</i> los <i>Apunchik</i> (dioses) prepararon sus maletas con regalos y se fueron hacia el Sur a recorrer lugares muy lejanos visitando a sus familiares.
<i>Chay pachakunapika kaypika Apunchik Atsil Mamawan Apunpik Atsil yayawanllami kawsashka. Pipash mana ashtawanka tiyashkachu nin.</i>	En aquél entonces, solamente <i>Apunchik-Atsil-Mama</i> vivía junto a <i>Apunchik Atsil-Yaya</i> . No había nadie más que ellos.
<i>Paykuna shina karu llaktakunaman purinkapak rikpika kuyllurkunapash wañushpami hawa pachamantaka urman kashka nin, chayku tukuyllami Amtsa ilawpi kakirin kashka.</i>	Cada vez que ellos se iban a recorrer aquellas lejanas tierras se apagaban y caían las estrellas del cielo y todo quedaba en <i>AMTSA-ILAW</i> o la penumbra.
<i>Karu llaktakunapika ayllukuna ashakuta shuyaychirak nikipika apunchikkunaka mana utkalla tikramushkachu, shinapash Apunchik Atsil Mamami haku utka nishpa atichikpi tikramushka.</i>	Esta vez los <i>Apunchik</i> se demoraron mucho más de lo previsto porque sus familiares les decían que se queden un poco más. Pero, <i>Apunchik-Atsil-Mama</i> insistía diciendo vamos a casa y decidieron volver.
<i>Tikramupkika tukuyllami yana manka Amtsa ilaw kashka nin, karashka kipikunatapash sakishpami imapash achikta maskanakushka shinapash imatapash mana tarishkachu nin.</i>	Cuando regresaron encontraron que todo estaba en <i>AMTSA-ILAW</i> (penumbra), dejaron a un lado los regalos de los familiares que habían traído consigo y empezaron a buscar una luz para alumbrar y no la encontraron.
<i>Kayta rikushpami Apunchikkunaka kutin tukuyta wiñachinkapak shayarishka, chaypakka Apunchik Atsil Yayaka Apunchik Atsil Mamata khuyarishun nishka. Pay ari nikipika yana mankapi ishkantiñ puñushpa tinkirishka nin, chaypimi Apunchik Atsil-Mamaka wiksayuk sakirishka. Shinami ayakuna, duende-kuna, Pacha-Mamapash wacharishka. Pacha-Mama wacharikupkika Atsil-Yayaka churuta hapishpa ninanta wakachishka, churu wakapika punchayay kallariashkalla ninmi.</i>	Entonces decidieron que había que criar a todos los seres. Para ello, <i>Apunchik-Atsil-Yaya</i> empezó a enamorar a <i>Apunchik-Atsil-Mama</i> . Ella correspondió a su amor y se unieron en la oscuridad. Con esta unión de amor <i>Apunchik-Atsil-Mama</i> quedó embarazada. Así nacieron las <i>Sami-s</i> los <i>Aya</i> , los <i>Duendes</i> y <i>Pacha-Mama</i> . Cuando nació <i>Pacha-Mama</i> , <i>Apunchik-Atsil-Yaya</i> sopló e hizo sonar su <i>churu</i> y cuando sonaba el <i>churu</i> apareció la luz del día.
<i>Pacha-Mama wiñashpaka sumak warmimi tukushka, shinallata paypak wiksapash wiñashkalla ninmi. Payka wachashpa kawsankapakmi wacharishka kashka. Wachana pacha chayakpika Apunchik Atsil Mamaka Apunchik Atsil yayawanka pakarichikkunami tukushka.</i>	<i>Pacha-Mama</i> creció, se convirtió en una hermosa mujer y su vientre también empezó a crecer, porque ella ya había nacido fecundada. Cuando llegó el momento de nacer <i>Apunchik Atsil Mama</i> y <i>Apunchik Atsil Yaya</i> fueron los parteros.
<i>Ushashkata...ggguuunn-lla wakashka nin. Kallaripika llipiyakwan kulunwan wacharishka paykunaka ushaskata puncha pambayachishpa kulunlla wakanakushka nin.</i>	Se escuchó un sonido estremecedor... gggguuunn... Primero nacieron <i>Lipiyak</i> (el rayo) y <i>Kulun</i> (el trueno) que iluminaron y retumbaron.



Sumak Kawsay: salud y enfermedad en los Andes

KUKANCHIK WACHARIMANTA	NUESTRO NACIMIENTO
<p><i>Hawaman kulun nikipika inti yaya, killa mama, Kuyllurkuna, chaskakunapash wacharishka, kutin ukuman kulun nikipika allpa mama, yaku mama, Rumikuna, ninakuna, urkukuna, akapana, yurakuna, kirukuna, wiwakuna, kuychikuna, wayrakuna, runa warmi, kari runa, ima tiyashkapash wacharishka.</i></p>	<p>En cada rayo y trueno en el cielo nacieron: el padre Sol, la madre Luna, las estrellas y los planetas. Y en cada rayo y trueno “abajo” nacieron <i>Allpa-Mama</i> (la Madre Tierra), <i>Yaku-Mama</i> (la madre agua), <i>Rumikuna</i> (las rocas y minerales), el fuego, las montañas, el huracán, las plantas, los árboles, los animales, el arco iris, el viento, la mujer, el hombre y todo lo que existe.</p>
<p><i>Pacha-Mama wachashka wawakunaka tukuyllakunami runakuna shina kawsak rimanakushka nin, chaymantami tukuylla maytapash mana yachay kashka nin.</i></p>	<p>Todo lo que <i>Pacha-Mama</i> había parido estaba vivo todo sentía y hablaba igual que nosotros los <i>runa-s</i>, y por eso, todo estaba al revés.</p>
<p><i>Tukuylla wawakuna rimashpa, yuyashpaka kayta chayta ninakushka nin, shinaka mana alli kakpimi Atsil-Yayawan, Atsil-Mamawan, Pacha-Mamawampash tantanakushpa rimarishka, shina rimarishpami tukuylla wawakunata upayachinkapak shayarishka. Asha asha tukuylla wawakunata upayachishka nin, shinami puchukaypika runakunalla, kashna yuyaykunawan rimaykunawampash sakirishkanchik, shinapash chayshuk Pacha-Mamapak wawakunaka kunankamanmi shikan yuyaykunawan rimaykunawampash kawsanakun...Chashnami wacharishkanchik”.</i></p>	<p>Al ver que todos los seres hablaban y pensaban al mismo tiempo y que todo era una confusión, <i>Atsil-Yaya</i>, <i>Atsil-Mama</i> y <i>Pacha-Mama</i> hicieron un consejo, se conversaron, y acordaron hacer mudos a todos sus hijos e hijas. Poco a poco fueron enmudeciendo a todos los seres, hasta que al final quedamos con todo y tal como somos ahora, nosotros los <i>runa-s</i>¹⁴, mientras que los demás seres siguen pensando y hablando en formas diferentes de los nuestros...Así nacimos”.</p> <p>(Cachiguango, Luciano y Katsa)¹⁴.</p>

2. Lingüístico

En el idioma kichwa no hay una palabra exacta para traducir la palabra salud, lo que significa que su concepción no solamente tiene que ver con el bienestar del cuerpo humano, sino también con todo lo relacionado con su entorno material y espiritual, es decir un bien-estar junto a la totalidad.

3. Sabiduría

En el mundo andino todo es vivo, todo siente, piensa y habla igual que nosotros, los *runa-s*. Todo es macro y micro. En este sentido: el mundo macro es la *Pacha-Mama* en toda su integridad y el mundo *MICRO* comprende el *Runa* o ser humano.

Pacha-Mama macro, con sus comunidades llamadas también ‘familias’ que comprenden los ancestros, las divinidades, los humanos y la naturaleza que



conviven en una permanente interrelación, en una reciprocidad eterna de dar para recibir.

Pacha-Mama micro, es el *runa* o ser humano consciente de Ser con sus cuerpos: espiritual, emocional, físico y mental.

Enfermedad y salud en los Andes

Pacha-Mama-Unkuy – enfermedad pariversal (macro)

Las familias humana, divina, madre naturaleza y ancestros siempre estamos en una interrelación permanente, en una intercomunicación ritualizada, somos familias interdependientes entre sí y nuestra relación no es vertical sino horizontal, de mutuo respeto y afecto. El eje que mueve esta interrelación es el principio ‘todo es vida’ y, por lo tanto, todos somos familias vinculadas y dependientes una de la otra; por ello, las familias tomamos la iniciativa de relacionarnos con la ‘otra familia’, a través de diferentes lenguajes como la ritualidad, los sueños, las actividades cotidianas, las señas naturales de conexión, las oraciones, las rogativas, las conversaciones, las interpretaciones, entre otras.

La enfermedad en los Andes es el resultado de la falta de interrelacionalidad, porque si el *runa* 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.

La interrelacionalidad también tiene que ver con la reciprocidad, principio andino que condiciona al *runa*, primero dar para luego recibir. Le condiciona a ser responsable de sus actos. En este sentido, la enfermedad es el rompimiento de la interrelación y el no respeto de la reciprocidad con cualquiera de las familias del entorno. Este rompimiento puede darse por el ‘olvido’ involuntario, por cambios de comportamiento debido a la alienación cultural, por el descuido personal, por envidia o cualquier otra situación.

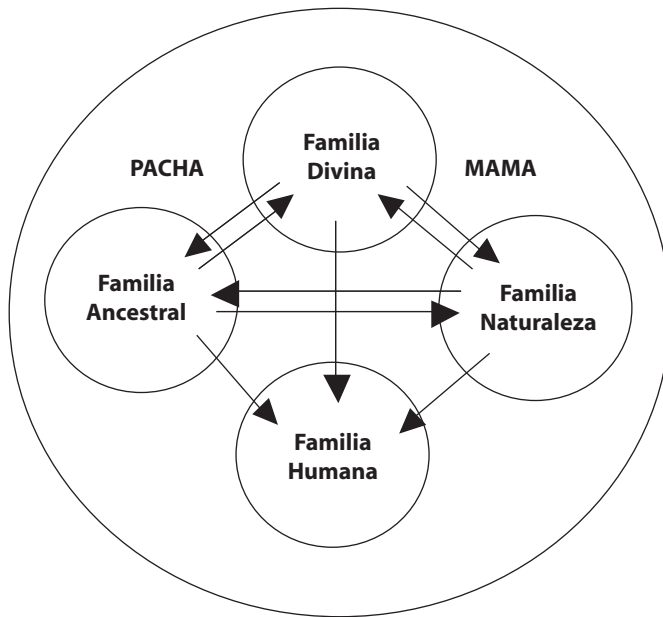
La enfermedad se ‘aparece’ en sueños o en revelaciones como personas de sexo masculino, en su mayoría, comiendo carne humana. Esta revelación a las personas elegidas por la *Pacha-Mama* por sus virtudes, tiene que ser tomada muy en cuenta por el *hampi-yachak* y la comunidad, con el objeto de saber



cuál es el camino para llegar a la salud del paciente. Por lo general, las personas que ‘ven’ a las enfermedades son *hampi-yachak-s* o cualquier comunero o comunera que tenga la sensibilidad suficiente para captar al ‘espíritu’ de la enfermedad.

Los avisos o revelaciones son las señales que mueven al *hampi-yachak* para lograr la ‘re-conexión’ del paciente con las demás *pacha-s*¹⁵, para ello utilizamos los ‘pagos espirituales’¹⁶, rogativas familiares y comunitarias para pedir ‘disculpas’ a las divinidades, naturaleza y ancestros que estén ‘reclamando’ por medio de las enfermedades para ‘exigir’ el restablecimiento del equilibrio.

Enfermedad macro



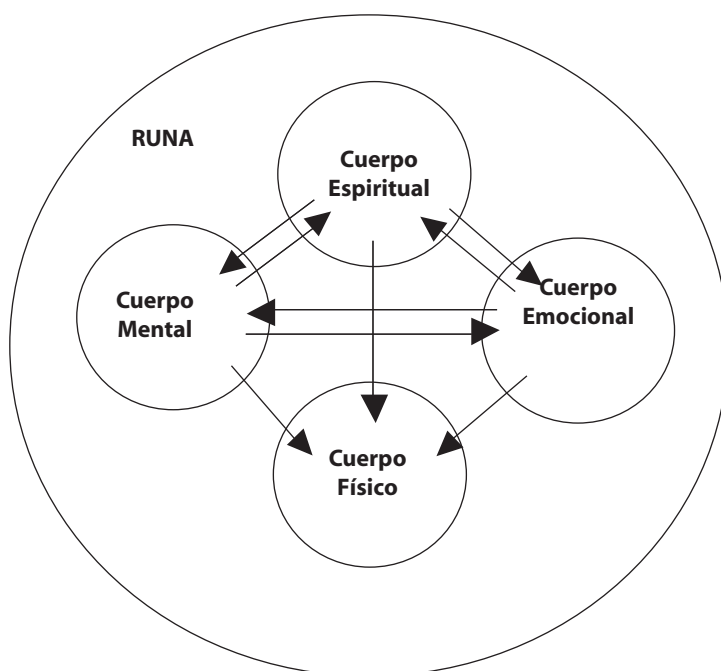
Runa Unkuy – enfermedad humana (micro)

A nivel micro el *runa* está conformado por cuatro cuerpos: corporal, emocional, mental y espiritual. La enfermedad aparece en el momento en que éstos ya no están inter-relacionados entre sí, situación que causa el desequilibrio del ser humano.



La enfermedad aparece cuando uno de los cuerpos que componen el ser humano entra en crisis, por ello, si uno de los cuerpos se enferma el *runa* ya no tiene equilibrio o bienestar. Los cuatro cuerpos (espiritual, emocional, mental y corporal) tienen que estar en una continua interrelación de dar y recibir, pero, si solamente ‘recibe’ y no corresponde con los demás cuerpos se inicia la enfermedad, porque no hay interrelación ni equilibrio interno en el *runa*.

Enfermedad micro

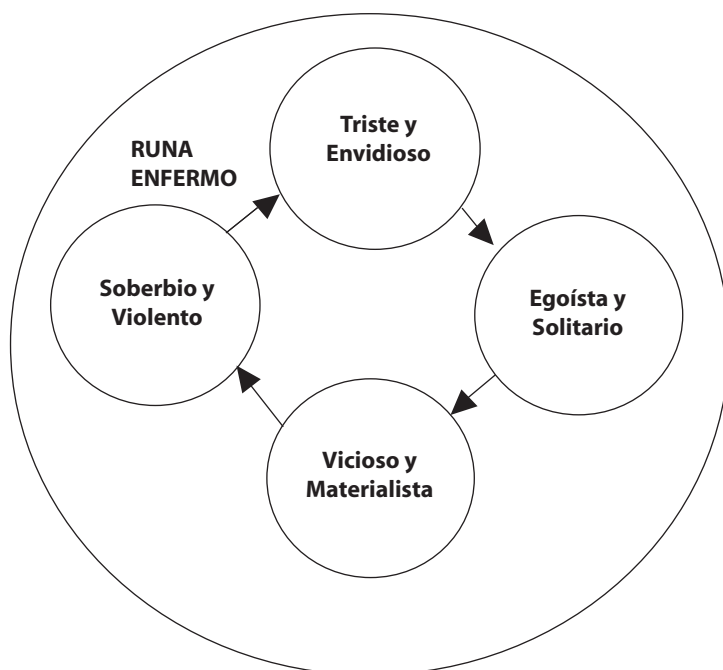


Características del *runa* enfermo: como consecuencia de su desequilibrio el *runa* enfermo, tanto a nivel macro como micro es:

- **Triste y envidioso:** la envidia es la base de la tristeza y la insatisfacción. El *runa* que es envidioso es un enfermo que está sujeto a recibir ‘golpes’ de la vida, a tener problemas hogareños, a situaciones calamitosas, a enfermedades e incluso la muerte. Es un ser que está propenso a la amargura y la depresión.



- **Egoísta y solitario:** vivir fuera de las 'leyes' de la comunidad, transforma al *runa* en un ser solitario, egoísta e 'inexistente'. Está condenado e indefenso, destinado a 'morir' o desaparecer absorbido por el mundo que le rodea.
- **Soberbio y violento:** la soberbia es el indicativo más importante de que el *runa* está enfermo. Ésta le transforma en un ser violento, que no respeta las normas comunitarias, que destruye la armonía de la comunidad. Se niega a aceptar que es parte de la comunidad y, por lo tanto, se auto aísla y se destruye a sí mismo.



- **Vicioso y materialista:** la ambición de riquezas le convierte al *runa* en un ser ávido de vicios, envidioso, soberbio, solitario y materialista. Se transforma en un ser despiadado a quien solamente le importan los bienes materiales y su bienestar personal, alejándose completamente del entorno comunitario. En estas condiciones está condenado a adquirir enfermedades, problemas, cosechar violencia, indiferencia, menosprecio, etcétera.



***Pacha-Mama* Sumak Kawsay-salud armónica pariversal (macro)**

El *runa* (ser humano consciente de su Ser) no es el centro del mundo, ni el centro de la vida, por lo tanto, no es el dueño del mundo ni dueño de la vida. La *Pacha-Mama* (entendida como un mega-cuerpo vivo) es el mundo y la vida. Por ello, el *runa* para lograr el equilibrio a nivel macro tiene que estar bien, tiene que estar en paz, tiene que ‘llevarse bien’, tiene que ‘enseñarse’ bien, tiene que ‘acostumbrarse’ bien y adaptarse bien.

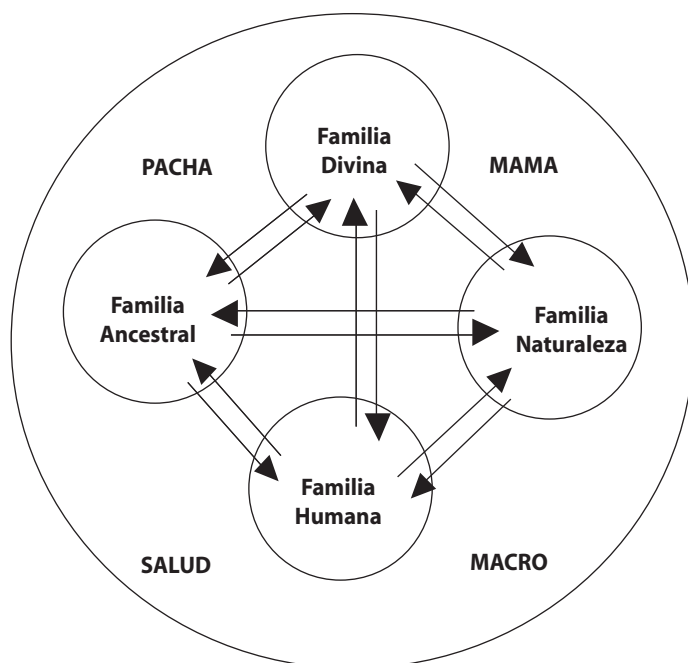
Este bien-estar o equilibrio del *runa* con su entorno macro no solamente depende del ser humano, sino del saber relacionarse con los demás, es decir responde a la ley natural del *Ranti-ranti* o ‘reciprocidad’ principio del que la idea moderna más generalizada es ‘si me das te doy’, ‘dando y dando’, aspecto que nos recuerda la cosmovisión individualista del hombre occidental en donde solamente espera recibir sin la responsabilidad de la obligación. Por eso se habla con mucha frecuencia sobre los derechos (humanos, mujeres, niños, adolescentes, colectivos, etcétera) y a las obligaciones se las deja en segundo plano después del derecho. En los Andes, *Ranti-Ranti* equivale a ‘dar para recibir’, es decir, si queremos recibir algo, primero nosotros tenemos que tomar la iniciativa de dar, en este caso, primero tenemos que hablar de nuestras obligaciones para tener el derecho de recibir. Si queremos salud, primero tenemos que darnos el derecho de tenerlo con nuestros actos con el mundo que nos rodea. Para que el *runa* tenga salud a nivel macro, primero tiene que estar en equilibrio con lo que le rodea, por ello también las herramientas que le ayudan para lograr esta salud como los ingredientes vegetales, animales, minerales, energéticos y otros también tienen que estar sanos, de lo contrario, no pueden ayudar a la salud. ¿Cómo pueden dar salud los seres que están enfermos? La salud no es solamente una cuestión humana, sino también de todo lo que comprende el entorno corporal y espiritual del pariverso. No se puede entender la concepción de salud en los Andes, sino es tomado en cuenta la integridad de todo el entorno natural, divino, humano y espiritual.

...No se refiere solamente a la salud del cuerpo y de la mente, al equilibrio y la integridad física, a la moderación de su vida afectiva y sexual. Es todo ello pero, además del bienestar físico y psíquico incluye también la buena suerte, el equilibrio y el bienestar social y económico de la persona, sus sanas y armoniosas relaciones en su familia y su comunidad, con sus difuntos, sus espíritus protectores, su Madre Tierra y su Padre Creador *Pachakamak*; su buena suerte en la vida y su convivencia correcta y afectuosa con la chacra y el ganado, la casa, la



naturaleza –siendo todos ellos para el campesino andino- seres vivos y queridos (Van Kessel y Potosí, 2000).

El complemento de la salud es la enfermedad. Lograr el punto intermedio, el equilibrio es la base para tener salud individual, familiar, como también para las divinidades, la naturaleza y los ancestros. Cuando una de las familias no cumple con sus obligaciones o misiones de vida rompen el equilibrio, allí es cuando aparece la enfermedad, allí aparece la muerte.



El *runa* logra la salud integral a nivel macro, cuando está bien, está en paz, ‘se lleva bien’, ‘se enseña bien’, ‘se acostumbra bien’ y ‘se adapta bien’ con las familias humanas, naturaleza, divina y ancestros. Solamente allí el *runa* tendrá salud plena e integral. El bien-estar no solo es del *runa*, también debe ser de las divinidades, de sus amistades humanas, de la naturaleza y de los espíritus de los ancestros. Solamente de este modo el *runa* estará cumpliendo su rol equilibrador y, por lo tanto, tiene el ‘derecho’ de tener salud completa. El *runa* con este equilibrio tiene: *Tukuy ñukapi, ñuka tukuypi*, es decir: “El todo en mí y yo en el todo”.

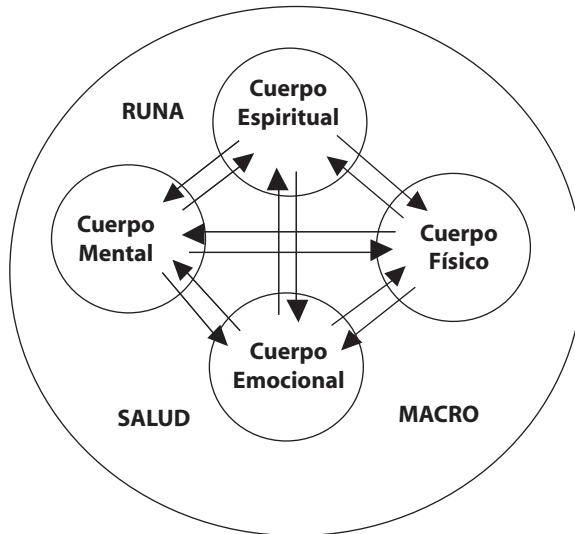


Runa Sumak Kawsay - salud humana (micro)

El *runa* consciente de su propio Ser, logra este estado de conciencia cuando vuelve la mirada hacia su propio *uku-pacha* o mundo interior, allí se da cuenta que además de su cuerpo físico-material, también es mente, emoción y espíritu, allí logra comprender que su Sumak Kawsay depende de la interrelación recíproca y proporcional entre estos cuerpos. Cuando su mente es libre y abierta, su cuerpo está sano, sus emociones están equilibradas y su espíritu está libre, comunicativo y participativo. Cuando está bien consigo mismo, está en paz, se ‘lleva bien’, se ‘enseña’ bien, se ‘acostumbra bien’ y se ‘adapta bien’ consigo mismo, solamente allí tiene salud completa. Aquí se cumple el principio: *Ñukanchik* (nosotros), es decir, yo soy tú y tu eres yo.

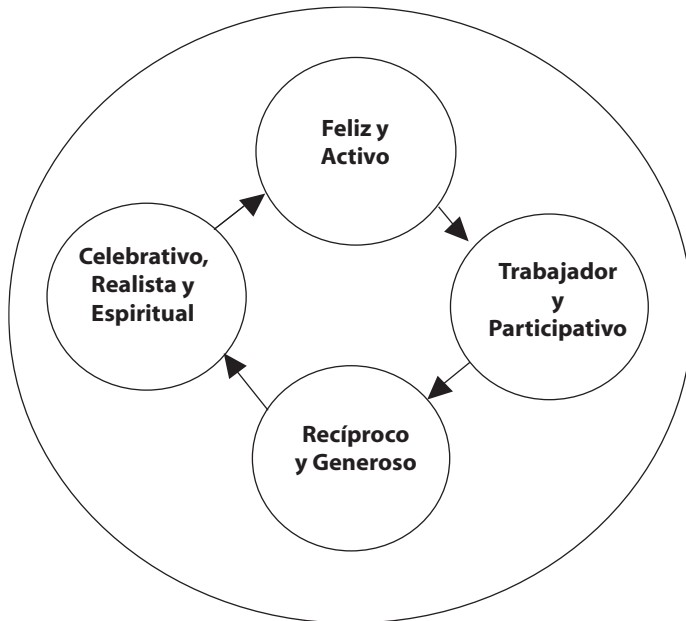
Características del *runa* sano: como consecuencia de su saber vivir, el *runa* sano es:

- **Feliz y activo:** las situaciones adversas de todo tipo son lecciones de vida y son los caminos más acertados para llegar a la sabiduría. Los momentos de dolor y angustia son premoniciones para llegar a la felicidad. El *runa* sano es alegre y sensible a las diversas circunstancias.
- **Trabajador y participativo:** el trabajo no es un castigo (como lo es para occidente), sino que por este medio el *runa* logra su autorealización



como ser humano responsable de la interconexión pariversal. El trabajo es celebrativo y festivo, participativo y comunitario. Pero para que sea celebrativo y festivo el *runa* debe tener ‘amistad’ y ‘bien-estar’ con todas las comunidades o familias.

- **Recíproco y generoso:** la reciprocidad es la ley natural que rige a los pueblos andinos, pero esta reciprocidad tiene que surgir de la iniciativa del *runa* como el responsable de la interconexión de la *Pacha-Mama*. Es decir, primero hay que cumplir con la obligación de dar para tener el derecho de recibir. Esta ley permite que al *runa* ser generoso. El *runa* sano sabe que en cualquier momento va a recibir más de lo que ha dado.
- **Celebrativo y realista-espiritual:** la celebración de la vida es el sentido central de la cotidianidad del *runa*, así celebramos las diversas ocasiones personales, familiares, comunitarias y del entorno mediante diversas actividades de vida como fiestas, ceremonias, ‘pagos’, rogativas, invocaciones, plegarias y otros mediante cantos, rezos, bailes, gritos, rituales, etcétera. La actitud celebrativa y de intercomunicación pariversal nos convierten en seres espirituales equilibrados con el tiempo-espacio. El *runa* sano es espiritual y realista.



La familia que casi siempre rompe la interconexión pariversal es la humana, por eso existen las diversas enfermedades y las diversas catástrofes naturales que la Madre Naturaleza provoca para llamar la atención de sus hijos e hijas y volver nuevamente al equilibrio. De allí, la enorme responsabilidad que tenemos para que la vida fluya libre en toda su fuerza. Nuestras vidas y de toda la *Pacha-Mama* dependen de nosotros mismos. Estamos hablando de una de las leyes de la naturaleza más importantes que constituye el ‘código de ética’ del *runa* andino, nos referimos al *Kawsaykutin*, es decir a la ley del retorno de la vida.

Kawsaykutin: es la ley natural del retorno, que nos clarifica y nos explica el principio de la reciprocidad andina a nivel micro, interno. En otras palabras, todo lo que hacemos, decimos, sentimos, pensamos, hablamos, creemos en relación a los demás y en relación a todo lo que nos rodea, no es para los demás, ni para lo que nos rodea, es para ‘nosotros mismos’.

Los principios *Ranti-ranti* (reciprocidad) a nivel macro y *Kawsaykutin* (vuelta de la vida) a nivel micro forman y ‘modelan’ el amor, el sentir, el actuar, el relacionarse, el hacer y el saber vivir del *runa* andino en la cotidianidad. Son saberes que forman el ‘código de ética’ en todo el sentido de la vida, leyes naturales que los seres humanos tenemos la obligación de cumplirlas, ya que de no hacerlo, nosotros mismos estamos ‘atrayendo’ y provocando el desequilibrio no solamente a nivel micro, personal, sino también a nivel macro, pariversal.

En resumen, decimos que el Sumak Kawsay (salud armónica) a nivel macro y a nivel micro es:

Consigo mismo: estar bien, estar en paz, ‘llevarse bien’, ‘enseñarse bien’, ‘acostumbrarse bien’ y ‘adaptarse bien’ en su integridad corporal, emocional, mental y espiritual.

Con la familia: estar bien, estar en paz, ‘llevarse bien’, ‘enseñarse bien’, ‘acostumbrarse bien’ y adaptarse bien con la familia donde ha nacido y crecido.

Con la comunidad: estar bien, estar en paz, ‘llevarse bien’, ‘enseñarse bien’, ‘acostumbrarse bien’ y ‘adaptarse bien’ con la comunidad humana.

Con el entorno: estar bien, ‘llevarse bien’, ‘enseñarse bien’, ‘acostumbrarse bien’ y ‘adaptarse bien’ al entorno corporal y espiritual humano, divino, naturaleza y ancestros.

El *Sumak-Kawsay* en la salud depende de nosotros mismos, depende de como comprendemos y vivimos la vida. La calidad no está en saber cuantas posibilidades y recursos tienes para lograr la salud, sino en saber cuanto tiempo puedes mantener la salud sin enfermarte. La misión humana es mantener el



alli-kawsay, el equilibrio macro y micro de la vida para llegar al *Sumak-Kawsay*, la armonía del buen convivir.

Glosario

HAMPI-YACHAK:	hombre o mujer medicina.
PACHA:	tiempo-espacio vivo y femenino. En el mundo andino existen cuatro mundos o <i>pacha-s</i> : <i>hawa-pacha</i> , el mundo superior divino (macro); <i>uku-pacha</i> , el mundo interior humano (micro); <i>kay-pacha</i> , el mundo presente natural y <i>chayshuk-pacha</i> , el mundo espiritual de los muertos.
PACHA-MAMA:	madre mundo, madre tiempo-espacio, madre naturaleza. Mega-cuerpo femenino. Pariverso.
PARIVERSO:	universo par y complementario. <i>Pacha-Mama</i> .
RUNA:	ser humano, andino adulto con conciencia de Ser.

Notas

- 1 luisenriquecachiguango@gmail.com
- 2 **RUNA:** ser humano, andino adulto con conciencia de Ser.
- 3 **PARIVERSO:** universo par y complementario. *Pacha-Mama*.
- 4 **HAMPI-YACHAK:** hombre o mujer medicina.
- 5 **PACHA-MAMA:** madre mundo, madre tiempo-espacio, madre naturaleza. Pariverso.
- 6 **AMTSA-ILAW:** la penumbra, la oscuridad antes de la luz según las memorias de nuestras comunidades. En otras versiones se habla también de *yana-manka*, es decir la oscuridad total.
- 7 **APUNCHIK:** la divinidad en nosotros.
- 8 **SAMI:** espíritu femenino equilibrador de los seres de la naturaleza.
- 9 **AYA:** espíritu masculino (des-equilibrador) de los seres de la naturaleza.
- 10 **DUENDE:** en la sabiduría andina duende equivale a los seres espirituales que viven dentro de las profundidades de la tierra y que son los guardianes de los minerales del mundo.
- 11 **PACHA-MAMA:** madre mundo, madre tiempo-espacio, madre naturaleza. Mega-cuerpo femenino. Pariverso.
- 12 **CHURU:** caracola marina gigante.
- 13 **RUNA:** ser humano consciente de su Ser.
- 14 **CACHIGUANGO, LUCIANO:** agricultor y *Wayra-phichak* originario de Kotama, Otavalo fallecido a los 80 años en 1985. Relatos en kichwa complementados por Katsa, Alias de José Antonio Cachiguango, agricultor oriundo de la comunidad de Kotama, Otavalo, fallecido a los 69 años en enero de 2009.
- 15 **PACHA:** tiempo-espacio vivo y femenino.
- 16 Los pagos son ceremonias que hacen los hombres o mujeres de sabiduría a las enfermedades para que suelten al enfermo. Generalmente los pagos se hacen con alimentos.



Bibliografía

Testimonios

Cachiguango, Luciano: agricultor y *Wayra-phichak* originario de Kotama Alto, Otavalo, fallecido a los 80 años en 1985.

Katsa: alias de José Antonio Cachiguango, agricultor oriundo de la comunidad de Kotama, Otavalo, fallecido a los 69 años en enero de 2009.

CACHIGUANGO, Luis Enrique

2009 *Yaku-Mama: La Crianza del Agua – La Música Ritual del Hatun Puncha Inti Raymi en Kotama, Otavalo*. Inédito.

VAN KESSEL, Juan y Fabián Potosí

2000 Sueños Otavaleños: Análisis de 532 sueños predictores. Cuadernos de Investigación en Cultura y Tecnología Andina N° 13. Iquique-Chile. 2000.



Interculturalidad y políticas públicas en el marco del Buen Vivir

Luis Maldonado Ruiz¹



Abordar el tema de la interculturalidad en el marco del Sumak Kawsay o Buen Vivir, para formular políticas públicas expresa el debate actual, que se origina en el hecho político por un lado de la emergencia de los pueblos indígenas como actores políticos que están impulsando e incidiendo en las transformaciones políticas y sociales que en nuestros países se emprenden y por otro, dos países andinos Bolivia y Ecuador han impulsado reformas constitucionales en las que se incluyen no sólo reformas novedosas, sino que adoptan nuevos paradigmas, tomados de los principios que rigen las formas de vida de los pueblos kichwa y aymara, reflejo y signo del cambio de época en que vive nuestra región.

Estos cambios en la doctrina constitucional, se complementa con la inclusión de la interculturalidad como principio articulador, de la diversidad y la Plurinacionalidad en la convivencia democrática de la sociedad y en la organización del poder político.

Por las limitaciones de tiempo, pretendo hacer un esfuerzo para contribuir en esta importantísima conferencia internacional, sólo señalando algunos de los principales avances constitucionales, dar elementos conceptuales de estos principios y finalmente señalar algunas preocupaciones con respecto a la formulación de las políticas públicas.

La inclusión de la diversidad

Partimos que, en los casos de los dos países señalados anteriormente, con el fin de operativizar los principios de interculturalidad y el Sumak Kawsay, se define al Estado como plurinacional, condición necesaria para que este nuevo pacto social incluya a los sectores secularmente excluidos y se concreten las transformaciones económicas y políticas de forma radical. Por lo menos para



los pueblos indígenas que desde tres décadas atrás han formulado este proyecto político societal y le han sostenido con un proceso dinámico de movilización social, implica un reconocimiento (subrayo este término) de la diversidad de entidades históricas y políticas, entidades históricas preexistentes a la creación del Estado ecuatoriano, que en tanto tales son fundantes de los nuevos Estados plurinacionales.

Es decir que, como entidades históricas son actores y sujetos de derechos propios, con sus propias culturas, conocimientos, saberes e instituciones sociales, económicas y políticas, incorporados y reconocidos por el Estado Plurinacional. De esta forma la visión colonial enajenante de sociedades superiores e inferiores desaparece.

Por tanto, el Estado no legisla sobre las formas de organización social y política de los pueblos indígenas, o de sus sistemas de administración de justicia, o de sus instituciones ancestrales de salud, de justicia, etcétera. El Estado los reconoce establece niveles de coordinación, competencias, funciones con la estructura estatal y los sistemas judiciales, de educación de salud, etcétera, en esa medida construye formas democráticas de interculturalidad.

El Estado plurinacional en tanto expresión jurídica y política de la diversidad, debe necesariamente rediseñar una nueva institucionalidad pública asegurando la participación colectiva e individual de los pueblos indígenas en la toma de decisiones y representación política. La participación y representación política debe ser transversal en todo el Estado, esto es en todas las funciones del Estado, en los gobiernos seccionales, los mismos que también deben incidir en el sector privado. Este nuevo tipo de institucionalidad debe garantizar el acceso a los servicios públicos, la inclusión económica y social, en base a objetivos de corto, mediano y largo plazo, esto es formulando participativamente las políticas públicas.

Por otra parte, se debe garantizar el ejercicio pleno a su autonomía en sus ámbitos territoriales ancestrales. Es decir, los pueblos indígenas deben fortalecer sus formas institucionales propias de organización social, política, económica y espiritual.

En el ámbito local, en los últimos 20 años, a pesar de no contar con una legislación que promueva estos procesos, representantes de los pueblos indígenas, ha incursionado de manera exitosa, gestiones de gobierno intercultural, que fundamentalmente han institucionalizado la participación permanente de la sociedad en la toma de decisiones, implementando creativamente formas interculturales de gobierno, lo que indica la esperanzadora posibilidad de construir un estado pero partiendo del reconocimiento de la diversidad.



Los rezagos coloniales de dominación deben ser abolidos

La incorporación de las nacionalidades y pueblos al nuevo Estado plurinacional, exige, como condición necesaria abolir las estructuras políticas y económicas que han sustentado la opresión, explotación y exclusión de la mayoría de los pueblos, en especial de los pueblos indígenas.

Sin la transformación del sistema político, económico e institucional colonial y neoliberal no es posible construir el Estado plurinacional y una sociedad pluricultural. La participación plena y el ejercicio de los derechos ciudadanos y colectivos sólo se darán con una ciudadanía individual y colectiva protagónica y empoderada.

El nuevo modelo de organización política requiere en nuestros países un proceso profundo de descolonización en todos los ámbitos del quehacer social, económico, político y religioso. Solo así se posibilitará la construcción del Sumak Kawsay.

El diálogo intercultural como imperativo político

También es necesario en este nuevo proceso, trabajar en la cohesión social, a través de la valoración de la diversidad y la necesidad de interrelacionarnos en el marco de la igualdad, estableciendo relaciones horizontales entre los componentes de la sociedad ecuatoriana.

El Estado debe promover esta relación, valorando la diversidad, estimulando el conocimiento de las culturas a través de una Educación Intercultural y Plurilingüe para toda la sociedad. Para ello se requiere apoyar la investigación, la sistematización de sus saberes, conocimientos, tecnologías y su socialización, fomentando la recuperación, el fortalecimiento y creatividad de su ser identitario.

Es importante subrayar, debido a confusiones intencionadas que se han dado de algunos sectores interesados de presentar como concepciones contrapuestas a la interculturalidad y la plurinacionalidad, que sin el reconocimiento de la diversidad no pueden existir relaciones interculturales. De otra manera; si no existe el reconocimiento de los sujetos históricos constituyentes no puede haber relaciones interculturales, porque la interculturalidad es la interrelación de estos sujetos, que en el marco del Estado plurinacional establecen relaciones de igualdad, superando las relaciones de dominación.



En este marco, la interculturalidad es una forma de relación descolonizadora, transformadora y creativa. Y sobre todo la interculturalidad debe ser una relación que permite construir un futuro común para todos.

La necesaria relación armónica y equilibrada con la Pachamama

La ideológica dominante capitalista, tiende a cosificar la vida, por tanto incluso el ser humano mismo se convierte en objeto del capital que domina el mercado. Esta ideología se sustenta en la idea del predominio del ser humano frente a todo lo que le rodea, con derecho a ‘sojuzgar’ y ‘señorear’ sobre todo lo creado por mandato divino², como lo establece el mito bíblico.

Esta visión mítica, en el que las relaciones son verticales y están sujetas a la voluntad absoluta de un Dios, da origen al individuo y al individualismo que en su extremo, se expresa en el capitalismo como sujeto económico egoísta, acumulador, consumista y dominador.

Pero en nuestras sociedades también existen visiones cosmogónicas y cosmológicas distintas. En el pueblo kichwa por ejemplo se parte de la noción de que todo lo creado es parido³; es decir, son producto de la relación de dos. Por tanto, si la creación es un hacer de varios, estos requieren dialogar, concertar, ponerse de acuerdo. Por esta particularidad se establecen relaciones proporcionales y complementarias y no unidades de medida como en las lógicas occidentales fundadas en la idea de la unicidad como referencia de medida de todas las cosas.

Esta visión cosmológica da origen a lo comunitario, como sujeto colectivo y consciente de su pertenencia con la creación o la vida que nos es más que las múltiples relaciones que establecen los ‘entes’. El ser humano por tanto se concibe como una parte del tejido de la vida y del cosmos. Desde esta visión se construyen los principios ordenadores de complementaridad, vincularidad, reciprocidad que constituyen el andamiaje cognoscitivo de estos pueblos.

De allí que el ser humano se siente vinculado y complementado con los otros seres vivos. Establece estos vínculos a través de la reciprocidad, principio que permite mantener el equilibrio, social, económico, político y espiritual.

Por esta razón, para los pueblos indígenas la tierra, como entidad religiosa es “La madre que cumple con nosotros al darnos la vida y el sustento, es por tanto responsabilidad nuestra reciprocidad con ella, cuidándola y alimentándola”. Como podemos entender los rituales de pago a la Pachamama no es más que el rito de reciprocidad a la madre tierra. Por ello, la madre tierra o la natu-



raleza no es una cosa, apropiable, es nuestra fuente de vida, dependemos de ella, pues ella no depende de nosotros.

El Estado plurinacional debe asumir esta concepción del mundo, tan vigente y necesaria ahora, cuando estamos enfrentando la mayor crisis económica, energética, alimentaria y climática mundial, generada por la explotación capitalista y la irracional depredación e irrespeto a la naturaleza o Pachamama.

Avanzando, en nuestra exposición abordemos el significado del Sumak Kawsay o Buen Vivir en nuestros pueblos para conocer por lo menos en líneas generales los principios fundamentales que lo sustenta, este esfuerzo también es un imperativo político que debe evitar que se lo vacíe de sus contenidos por intereses extraños.

¿Qué es el Sumak Kawsay en la concepción Andina?

Decíamos que el Sumak Kawsay, ha sido traducido al castellano como Bien Vivir. Esta traducción me parece deficiente, porque este concepto Viene del Runa Shimi ó Kichwa, compuesto por dos términos Sumak que significa plenitud, grandeza, excelencia, magnificencia y belleza (Grim 1896, Guzman 1919, Aguiló 2000). Y Kawsay que significa vida, existencia, conducta, sustento. Es decir; literalmente Sumak Kawsay sería vida en plenitud o existencia plena, bella.

En *Runa Shimi*, existe el término *Alli* que significa bien, literalmente *Alli Causay*, sería Bien Vivir, en el sentido moral y de la satisfacción de las necesidades. No es lo mismo *Alli* que *Sumak*, por tanto Sumak Kawsay va más allá del buen vivir. Es un estado de vida, una cualidad que se construye y trasciende.

En este sentido, es necesario preguntarse ¿qué es la vida, cómo se construye una existencia en plenitud o Sumak Kawsay? Podemos dar entonces algunos indicios en base a la observación de las formas de vida de las comunidades kichwa. La vida se construye en comunidad, cultivando una vida equilibrada, complementándose y relacionándose, sosteniendo el “tejido cósmico, del cual el ser humano no es más que una hebra” (Seattle, 1854).

Como ya lo hemos dicho anteriormente, es necesario recurrir a los mitos fundantes, para extraer de ellos sus estructuras de pensamiento y orden del cosmos. Nuestros mitos fundacionales hacen referencia a los dioses, en plural, no en singular, específicamente a la existencia de dos dioses que se interrelacionan, esta acto voluntario interrelacionado crea y cría la vida y los seres vivos. En el caso Kichwa desde tiempos remotos, se hace referencia a las siguientes huacas⁴: *Yanañanca* y *Tutañanca* (caos y oscuridad), *Huallallo* y *Carhuincho*, *Cuniraya*



(*Huiracocha*) y *Cahuillaca*, *Mama Ocllo* y *Manco Cápac*, etcétera. Esta paridad también expresa el espacio geográfico, los ríos, las plantas, las montañas, son seres sexuados y en este orden se organiza también la sociedad política y económica.

En síntesis la creación y la vida se origina del par originario, todo es parido. Estas entidades son diversas pero complementarias. La concepción de la totalidad no es un universo, sino un pariverso. Por tanto, insisto en que esta visión cosmológica concibe al ser humano como un componente más de la naturaleza y no como la cúspide de la creación, destinado a dominarla.

En una relación paritaria, no se puede establecer una relación vertical e impositiva, si los dos se necesitan para complementarse, por tanto, estas relaciones se establecen respetando al otro, asumiendo al otro como su interlocutor, su igual, estableciendo acuerdos que proporcionalmente buscan un equilibrio. De aquí se derivan principios ordenadores y cognoscitivos como el de complementariedad, vincularidad, relacionalidad, reciprocidad y proporcionalidad.

La búsqueda del equilibrio evita 'el dominio' sobre el otro, la apropiación material y, por tanto, de la explotación y las enormes diferencias sociales.

La vida entonces es producto del equilibrio, lo mismo que social, económica y políticamente se expresa en el *Ayni*, o las relaciones de reciprocidad, principio que consiste en saber dar para recibir.

Esta práctica cultural es una 'obligación' social ética, que se constituye en la columna vertebral de la vida de los pueblos indígenas. Por ello, reciprocamos ritualmente a la madre tierra, a las montañas, a los animales, a los antepasados, etcétera, porque ellos contribuyen o han contribuido a asegurar la vida.

En términos políticos, la autoridad y liderazgo social se alcanza en la medida que más retribuyo, de esa manera aseguro y garantizo mi subsistencia. En otras palabras, mientras más doy, más recibo, más prestigio alcanzo y más poder tengo en las sociedades kichwa. La pobreza es asociada a la soledad, al aislamiento, al desligamiento y desarraigo de la comunidad. Una persona sola es pobre, porque esta imposibilitada de reciprocitar, el término kichwa que designa esta situación es *wakcha*, que literalmente quiere decir huérfano. De la misma forma, la unicidad, el uno o *chulla* en kichwa, es absolutamente inútil, inservible.

Podemos definir, entonces que el Sumak Kawsay es una forma de vida, plena, equilibrada, sana, armónica y modesta, en los planos individual y social. Es un sistema de vida consciente que mantiene y cultiva relaciones de equilibrio y armonía con la naturaleza que le permite al ser humano alcanzar una existencia en plenitud.



Posiblemente, nos permita comprender mejor, el siguiente cuadro comparativo en el que se señala los principales elementos que distinguen la economía capitalista y la economía de la reciprocidad que presentamos a continuación a manera de ilustración.

Visión capitalista

- Propiedad privada como valor fundamental.
- Acumulación-crecimiento económico.
- Sujeto económico, e individuo, individualismo egoísta.
- Consumismo.
- Mercado mecanismo regulador económico, social y político.
- La naturaleza, la sociedad y la persona son un recurso del capital- propiedad. Entran en el ciclo de compra-venta.
- Finalidad de producción es ganancia.
- Lógica - racionalidad costo-beneficio.
- La producción no responde a las necesidades reales sino a las del capital.
- Es un proyecto civilizatorio-universalidad.

Elementos Sumak Kawsay

- El sujeto económico colectivo, busca beneficio social.
- Complementariedad; aprovechamiento RRNN y trabajo comunitario o colectivo.
- La valoración de las relaciones comunitaria en el uso de los bienes.
- Abstención de la acumulación; ritualización del excedente.
- Armonización con el entorno y la naturaleza.
- Intercambio simbólico y ritual (prima el valor de uso).

Las políticas públicas interculturales como instrumento idóneo de relación con el Estado

Con respecto a las políticas públicas interculturales, como es evidente, implica el conocimiento profundo sobre las cosmovisiones, saberes y conocimientos culturales de los pueblos indígenas, de sus necesidades y de las estrategias adecuadas para su implementación. Caso contrario se tiene el riesgo de que las políticas públicas a pesar de que tengan el propósito de resolver una situación grave, más bien lo empeore.



En la actualidad, las políticas públicas no pueden ser entendidas como una actividad de expertos. La actual constitución por lo menos en el caso ecuatoriano establece que las políticas públicas serán formuladas de manera participativa y también serán actores de todo el proceso de su implementación.

En el marco de estos avances, entonces amerita redefinir a las políticas públicas como la formulación de objetivos de mediano y largo plazo, que están orientadas a resolver problemas concretos, en realidades sociales y culturales diversas, que requieren su participación. Estas políticas deben ser de obligatoria aplicación, para lo cual debe tener un soporte legal, esto es una ley o decreto presidencial. Se debe establecer con claridad la institucionalidad responsable o instituciones responsables. Y, fundamentalmente contar con los recursos necesarios y oportunos para implementar los planes y programas que concretizan la política pública.

En sociedades como las nuestras, rica en diversidad cultural, el enfoque debe ser intercultural, pertinente culturalmente y el marco jurídico político deben ser los derechos humanos y colectivos reconocidos en los instrumentos internacionales y en las constituciones y leyes nacionales.

Además, es necesario asegurar la participación permanente de los pueblos a través de observatorios que monitoreen, evalúen y redefinan las políticas públicas.

Finalmente, la tendencia en nuestras sociedades en las que están vigentes relaciones coloniales, se reproducen de variadas y creativas maneras de reproducir relaciones de dominación. Así, toda actividad social, política, científica que entre en la lógica cultural dominante se la considera buena, civilizada, los pueblos indígenas se encuentran en el estadio inferior, salvaje, arcaico, por ello es perseguido, violentado u ocultado. En consecuencia a partir de nuestros esfuerzos fortalecemos las instituciones y conocimientos de la cultura dominante y debilitamos la del dominado. En el caso de la salud por ejemplo, ¿el incorporar e institucionalizar en la formalidad del sistema de salud oficial, los saberes y las instituciones indígenas, en vez de fortalecerlas no las debilita o estamos debilitando? Queda planteada la interrogante, fundamental para elaborar políticas públicas interculturales.

Notas

- 1 Escuela de Gobierno y Políticas Públicas para las Nacionalidades y Pueblos del Ecuador.
- 2 Mito de la creación en la Biblia. “Dios crea a imagen y semejanza al hombre” y luego de una costilla de él a la mujer, como ‘ayudante y complemento’. Genesis 1. 26.



- 3 Este concepto es desarrollado por Javier Lajo, 2006.
- 4 Huaca hace referencia a sitios u objetos sagrados, pueden ser montañas, rios, piedras, animales, plantas o inclusive los antepasados.



Derechos humanos e interculturalidad

Amilcar Castañeda¹



La presente ponencia contiene una reflexión sobre la relación entre salud e interculturalidad desde el enfoque de los derechos humanos. Previa conceptualización sobre la salud en general y la salud indígena como derecho humano, se hace un recorrido por los principales instrumentos y órganos internacionales de derechos humanos, identificando los alcances específicos que cada uno de ellos pueden tener para la exigibilidad de los derechos a la salud de los pueblos indígenas. La consagración de los derechos indígenas en los tratados universales y regionales de derechos humanos es un factor que potencia la justiciabilidad del derecho a la salud demandado largamente por los movimientos indígenas en diversos espacios.

En los regímenes democráticos el objeto de la política es la consagración del estado de derecho, la democracia y la extensión del goce de los derechos humanos. El enfoque de derecho significa asumir su contrapartida, es decir, que tras el derecho hay una obligación correlativa. Y por lo mismo, es necesario contemplar los medios idóneos para exigir responsabilidad por la violación de la obligación de satisfacción. Y la satisfacción comprende tres obligaciones: no violarlos, promoverlos y garantizarlos.

El enfoque de derechos deberá considerar como hilos conductores los principales principios que emanan de la Declaración Universal de Derechos Humanos y de todos los textos declarativos y convenciones posteriores:

- El principio de la dignidad de la persona humana.
- El principio de no discriminación.
- El principio de igualdad.



1. Bases de los derechos humanos

El término derechos humanos es un concepto que la humanidad ha ido construyendo a través de la historia de acuerdo a sus necesidades. Los derechos humanos siguen desarrollándose según se dan cambios en las sociedades y la humanidad. En un sentido amplio, los derechos humanos son valores fundamentales vinculados con la dignidad, la libertad y la igualdad de las personas, y que se manifiestan como derecho, facultades y condiciones necesarias para que todas las personas, sin ningún tipo de discriminación, tengan acceso a una vida digna. Éstos tienen como objetivos regular y limitar el poder estatal, proteger a las personas y mejorar sus vidas. Los derechos humanos son exigibles en todo momento y lugar. Son anteriores y superiores al Estado, el cual no los otorga, sino que los reconoce y, por lo tanto, es el principal obligado a respetarlos y garantizarlos. Los derechos humanos tienen las siguientes características:

- Son universales, porque pertenecen a todas las personas (sin distinción de sexo, edad) en cualquier tiempo y lugar.
- Son indivisibles, interdependientes, integrales y complementarios. Todos los derechos humanos están relacionados entre sí y forman un sistema armónico independientemente de que unos puedan tener énfasis en derechos individuales o colectivos. No se puede respetar unos, e irrespetar otros. Son derechos indisolubles.
- Son irrenunciables e imprescriptibles, por lo tanto, representan un estatus personal que sigue a la persona dondequiera que se encuentre y no puede ser obligada a renunciar a ellos en ninguna circunstancia. Son derechos que las personas tienen desde que nacen hasta que mueren.
- Son inalienables e inviolables. De la misma manera en que nadie puede renunciar a sus derechos, mucho menos pueden ser violentados, pero cuando ello ocurre, el Estado debe asumir las consecuencias en términos de responsabilidad, tanto en el ámbito del Derecho Interno, como en el Derecho Internacional. La protección de los derechos es a nivel nacional e internacional.
- No son derechos suspendibles, salvo de manera excepcional y temporal y en circunstancias muy especiales.
- Los derechos generan deberes de conducta hacia los demás y hacia nosotros mismos.

Tipología de los derechos humanos

Desde el punto de vista de quién ejerce o exige un derecho, se pueden identificar dos tipos de derechos: 1. Derechos individuales (corresponden a intereses personales del ser humano y los ejerce cada persona) y 2. Derechos sociales (se refieren a intereses colectivos o de grupos sociales). Según la naturaleza del derecho, se pueden distinguir tres tipos:

- a) Derechos civiles y políticos (derecho a la vida, libertad, seguridad personal, participación política y otros).
- b) Derechos económicos, sociales y culturales, se refieren a las condiciones para una vida digna (educación, salud, trabajo, protección social).
- c) Derechos de los pueblos, se refiere a la protección de las naciones o pueblos como unidades culturales que habitan un territorio, como son los pueblos indígenas (derecho a la paz, autodeterminación, desarrollo sostenible). Estos son los derechos de la tercera generación.

Derecho individual de las 'minorías' y derecho colectivo de los pueblos

Uno de los efectos inmediatos de las relaciones interétnicas desiguales es la consideración de que los grupos étnicos constituyen 'minorías' en sus respectivos países, independientemente de que éstos constituyan o no una minoría demográfica. En países como Bolivia y Guatemala, donde la población indígena es mayoritaria, ésta no ha dejado de ser concebida como una 'minoría'. Igual ocurre en amplias regiones de países como México, Ecuador o Perú. En estos cinco países, que concentran la mayor población indígena del continente americano, ésta ha sido percibida, por lo general, como una 'minoría'.

Las constituciones de estos países, sobre todo las de la primera mitad del siglo XX, han dado un tratamiento especial a estas 'minorías' para asegurar, en principio, su integración. Las constituciones aprobadas después de la Segunda Guerra Mundial brindaron más espacio a derechos de las llamadas minorías, aunque en el marco de los derechos individuales y como parte de los derechos humanos universales.

El llamado 'problema de las minorías' nacionales en el mundo durante el tiempo comprendido entre las dos guerras mundiales, fue concebido como una amenaza a la paz interna e internacional, debido a que las etnias y particularmente los nacionalismos, dieron paso a la Primera Guerra Mundial e incluso a la Segunda Guerra Mundial. A partir de la Segunda Guerra Mundial, el Sis-

tema de Naciones Unidas concibió la protección de los derechos de las minorías como el ejercicio de los derechos individuales en el marco de los derechos humanos universales, basándose en los principios de igualdad y de no discriminación. La Liga de las Naciones elaboró incluso el llamado ‘régimen de minorías’. Con los años, este concepto de los derechos individuales de las minorías pasó a concebirse como derechos colectivos de las ‘minorías’ y como parte de los derechos humanos universales.

Los derechos colectivos que exigen los grupos étnicos y los pueblos indígenas no son universalmente reconocidos, pero en los últimos años ha existido una preocupación por la estructuración de los derechos colectivos. Esta lucha, encabezada por los pueblos indígenas, implica que la diversidad cultural del mundo es un recurso cultural de toda la humanidad.

Sin embargo, no deben confundirse las luchas de las ‘minorías’ nacionales (inmigrantes, colonos, etcétera) con las luchas de los indígenas, porque estos últimos, a diferencia de los primeros, reivindican un estilo de vida como naciones o pueblos soberanos, que perdieron su soberanía sólo con la invasión, conquista o colonización de sus territorios organizada por etnias ajenas, ya que fueron forzados a incorporarse en una nueva estructura social en contra de su voluntad. Como bien anota Rodolfo Stavenhagen, las complicadas relaciones entre los pueblos originarios y los estados nacionales que surgieron de la caída y fragmentación de los imperios coloniales “constituyen hasta la actualidad el marco de referencia de la problemática de los derechos humanos de los pueblos indígenas”².

El derecho internacional podría ser definido como el sistema legal que gobierna las relaciones entre las Naciones-Estados. Originariamente el derecho internacional fue establecido por consentimientos tácitos de relaciones entre las distintas naciones. En 1935, con la creación de la Liga de las Naciones y con la creación de las Naciones Unidas en 1945, ingresamos a lo que se llama el moderno derecho internacional, basado en las nuevas ideas sobre soberanía, territorialidad, nacionalidad, pueblo, nación, reconocimiento por la igualdad de las naciones, tratados y convenios de paz.

Los valores universales y los valores culturales

Los derechos humanos no son una promesa de felicidad, sino un conjunto de principios y valores al que pueden ser incorporados otros nuevos. Los derechos humanos son considerados al mismo tiempo como principios y como valores. Principios en cuanto constituyen una base sobre la cual los individuos

pueden actuar y los Estados pueden legislar, y valores en cuanto reflejan las aspiraciones humanas, constituyendo un ideal, un horizonte. Los derechos humanos han sido definidos y protegidos sobre la base de los valores de la dignidad de cada individuo, la libertad, la igualdad y la justicia.

- La dignidad: hace alusión al valor inherente o propio que tiene todo ser humano, cualquiera que sea su origen familiar, social o cultural. Esta dignidad reside en cada una de las personas y debe ser reconocida y respetada.
- La libertad: es un principio y un valor fundamental. Con base en la consideración de que el ser humano es libre, se reconoce que tiene derechos. La libertad se expresa de varias formas, tales como la libertad de opinión, la libertad de conciencia, la libertad de asociación, la libertad de movimiento, etcétera. Se dice que la libertad no puede ser cuestionada por 'valores' relacionados con costumbres y tradiciones que restringen la libertad individual. Se parte de que no todos los valores son universales, pero que los valores de los derechos humanos sí lo son.
- La igualdad: es otro principio y valor, según el cual todos los seres humanos, independientemente de sus diferencias y de su variedad de origen, nacen libres y son libres ante la ley. Este es un valor en tanto es un ideal, aunque la gente en la vida cotidiana experimente desigualdades económicas (desempleo, jornales y salarios bajos) y desigualdades sociales, provocadas por los privilegios de unos y el estado de dominación de otros, así como por la desigualdad de oportunidades, por ejemplo en educación. De acuerdo con la Declaración de los Derechos Humanos, no se puede luchar en contra de las desigualdades ignorando la libertad, porque sería una dictadura o una forma de poder absoluto y arbitrario de unos seres humanos sobre otros. La prisión, tortura, maltrato o cualquier forma de poder arbitrario, son considerados como una violación a los derechos humanos. La igualdad es un principio que prohíbe cualquier forma de discriminación por sexo, raza, nacionalidad, religión, edad o lengua. Cuando la libertad y la igualdad están juntas se alcanza el valor de la justicia.
- La justicia: implica que los seres humanos son iguales en derechos. De allí que los que niegan la libertad y los derechos de otras personas deben responder ante la justicia. La justicia social es un principio que induce a compartir la riqueza para promover la igualdad y el reconocimiento igualitario de los méritos individuales. Esto es algo que deben proponerse tanto los Estados como los individuos.

Aplicar los derechos humanos a la vida diaria exige una actitud ética, en la cual juegan un papel decisivo los juicios de valor, los juicios morales y la capacidad de pensar en términos universales. Se proclama el carácter indivisible de los derechos humanos, ya que forman un todo. No se pueden cumplir ciertos derechos y dejar de cumplir otros. Por otro lado, se declara su universalidad, lo que para efectos prácticos significa que se da el mismo énfasis a los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. Ninguna persona puede decidir que unos derechos son importantes y otros no.

Los derechos económicos, sociales y culturales son fundamentales porque no puede haber participación si hay pobreza, privaciones y enfermedades. Los derechos económicos son, por tanto, un prerrequisito para la efectividad de los derechos humanos.

Los derechos culturales hacen alusión a la diversidad cultural y a la especificidad de los derechos culturales que son necesarios respetar y proteger. La Declaración Universal reconoce el derecho de todas las personas a participar en la vida de su comunidad y del país a la educación, capacitación e información. La diversidad cultural no invalida la universalidad de los derechos humanos, pues se considera que las diferencias culturales no pueden usarse como argumento para no respetar los derechos humanos³.

Para fortalecer el ejercicio y la protección de los derechos humanos, se distinguen diversos grupos de personas con sus propias especificidades como son, entre otros, las mujeres, las niñas y niños, los pueblos indígenas, las comunidades afrodescendientes, las poblaciones migrantes, las personas discapacitadas, los colectivos minoritarios étnicos, religiosas o lingüísticas, tomando en cuenta su especificidad con relación a otros grupos de personas.

De la Declaración Universal de los Derechos Humanos surgen algunas consideraciones, dentro de las cuales estimamos fundamentales las siguientes:

- Hay un desconocimiento y menosprecio de los derechos humanos, lo que ha dado origen a actos de barbarie que resultan ultrajantes para la conciencia de la humanidad.
- La aspiración más elevada del hombre es el advenimiento de un mundo en el que los seres humanos, liberados del temor y la miseria, disfruten de la libertad de palabra y de la libertad de creencias.
- Los Estados y los pueblos de las Naciones Unidas están resueltos a promover el progreso social y a elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de libertad.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos es, como sabemos, un compromiso entre los Estados miembros de las Naciones Unidas. Sin embargo, lo que es interesante en el análisis es partir del hecho de que dada la naturaleza de los actores de este compromiso, no es raro que muchos de sus artículos hayan sido concebidos desde el tipo de visión de una sociedad eurocéntrica, cuyos valores y principios no representan o no coinciden con los de muchos de nuestros pueblos indígenas.

2. La salud como un derecho humano

El concepto de salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en 1946 la salud como “un estado de complejo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o afecciones”⁴. Esta definición ha sido tomada como base en diversos instrumentos de derechos humanos que contienen estipulados sobre la salud, como veremos más adelante. El concepto ha sido desarrollado por la práctica médica y social de las décadas posteriores para efectos operativos, orientándose hacia un enfoque más integral que vislumbra las dimensiones físicas, mentales, sociales, emocionales y espirituales de manera interdependiente e integrada en el ser humano, el cual funciona como una entidad completa en relación al mundo que le rodea. El concepto bienestar se refiere a la adecuada adaptación e integración (una condición de equilibrio) de la dimensión física, mental, social, espiritual y emocional a cualquier nivel de salud o enfermedad.

Hablar sobre la salud a nivel colectivo o social requiere relacionar con la noción de ciudadanía, de los derechos y los deberes. La salud pública requiere un esfuerzo por parte del ciudadano y el Estado. Se trata de la prevención de condiciones enfermizas, de manera que se pueda prolongar las expectativas de vida. Esto requiere esfuerzos sociales/gubernamentales para poder controlar aquellos factores ambientales que afectan la salud de las personas, el desarrollo de medidas de prevención ante las enfermedades infecto-contagiosas, un sistema administrativo médico/hospitalario eficiente que sea capaz de prevenir, diagnosticar y/o tratar a tiempo las enfermedades, y la implementación de un mecanismo colectivo que garantice el disfrute de un estado óptimo de salud.

Concepción indígena de salud

La salud como el bienestar biológico, psicológico y social de un individuo equivale en los pueblos indígenas a la armonía de todos los elementos que hacen

la salud, es decir el derecho a tener su propio entendimiento y control de su vida, y el derecho a “la convivencia armónica del ser humano con la naturaleza, consigo mismo y con los demás, encaminada al bienestar integral, a la plenitud y tranquilidad espiritual, individual y social”⁵. Las prácticas médicas dentro de este paradigma indígena no están relacionadas exclusivamente con enfermedades físicas individuales, sino que también abordan ‘enfermedades’ relacionadas con la sociedad y el entorno como un todo. El bienestar de la persona está unido al de la comunidad y el entorno a través de prácticas que buscan el equilibrio, es decir, holístico.

En el 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.

La salud como derecho humano

La Conferencia Internacional de la Salud, realizada en Nueva York, en el año 1946, establece un principio internacional fundamental en virtud del cual el goce del grado máximo de salud no es solamente un estado o condición de la persona, sino también “uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”, lo que implica que surgen obligaciones para los Estados Miembros de la OMS con relación al ejercicio de este derecho y que, por lo tanto, “los gobiernos tienen la responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual solo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias adecuadas...”⁶.

Diversos instrumentos internacionales de derechos humanos han incluido este derecho como parte de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC), como veremos más adelante. Se puede señalar que en la evolución de los derechos, el derecho a la salud es incorporado en todas las generaciones. Así, los derechos de primera generación resguardan la salud presente en el individuo, los de segunda generación obligan al Estado a proveer servicios y acciones de salud, tanto en el ámbito individual como en el colectivo. Los de tercera generación incorporan nuevos paradigmas que permean la intersectorialidad y transdisciplinariedad del sector salud instando a la discusión de asuntos éticos. Por ejemplo, en el uso de la tecnología en salud, la investigación del

patrimonio genético (humanos, animales, plantas), en la preservación del patrimonio arqueológico y cultural, en la inscripción de patentes colectivas, la preservación del medio ambiente y de los recursos naturales. Estos aspectos extrapolan el nivel individual, circunscribiéndose al nivel colectivo, y apuntan hacia una política de desarrollo sustentable, inclusiva y redistributiva⁷.

La salud como un Derecho Económico, Social y Cultural (DESC)

La efectivización de los DESC por lo común implica el deber esencial del Estado de proporcionar los mecanismos necesarios para satisfacer las necesidades de carácter social, económico y cultural de los ciudadanos. El Estado es visto como promotor, protector y guía del cumplimiento de los DESC, sin que ello implique que sea el encargado directo de proveer y suministrar todas las decisiones y recursos para el cumplimiento de los DESC. Se requiere la interacción del Estado, gobierno, sociedad civil, comunidad internacional, etcétera.

Es muy importante el concepto de nivel de vida, que es común denominador de todos los derechos, para considerar los DESC. Generalmente, los indicadores socioeconómicos para evaluar el nivel de vida son: salud, alimentación, educación, condiciones de trabajo, situación ocupacional, vivienda, descanso, esparcimiento, seguridad social. Todo esto constituye los DESC. El derecho a la salud está consagrado en los instrumentos sobre DESC del Sistema de Naciones Unidas y el Sistema Interamericano de Derechos Humanos, y en las Constituciones Nacionales de los Estados.

La configuración de la salud como un derecho, tiene arraigo en el desarrollo de la doctrina de los derechos humanos, particularmente de los derechos económicos, sociales y culturales (DESC). La Declaración Universal de Derechos Humanos proclama que todos los seres nacen libres e iguales en dignidad y derechos y que toda persona tiene los derechos y libertades sin distinción de ningún tipo, raza, color u origen nacional. De igual manera, la Convención Americana de Derechos Humanos preserva el principio de igualdad y no discriminación en su Art. 1⁸.

El Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos en materia de Derechos económicos, sociales y culturales (Protocolo de San Salvador, 1988)⁹, compromete a los Estados a adoptar medidas necesarias hasta el máximo de recursos disponibles para lograr el desarrollo progresivo entre otros derechos, “a la seguridad social, a la salud, a un medio ambiente sano”. El art. 10 del Protocolo define el derecho a la salud como “el disfrute del más

alto nivel de bienestar físico, mental y social” e indica las medidas para garantizarlo:

- a) La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad.
- b) La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado.
- c) La total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
- d) prevención y tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole.
- e) La educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud.
- f) La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

En el sistema de las Naciones Unidas, el derecho a la salud está reconocido, definido y protegido por el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)¹⁰, art. 12, como el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Entre las medidas a adoptar por los estados están: 1. La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; 2. El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; 3. La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; 4. La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Se puede afirmar que éstos son los compromisos que normalmente desarrollan los Estados mediante los servicios generales de las instituciones del sector salud, que a su vez se sustentan sobre los principios: equidad, universalidad, solidaridad, ética e inclusión social. La normativa del sector salud refleja estos postulados generales sobre la salud como un derecho humano. Sin embargo, el desarrollo doctrinario del derecho a la salud no se detuvo allí, siguió avanzando hacia una relectura de este derecho universal desde el enfoque específico diferenciado, siguiendo un camino iniciado por el movimiento de mujeres, luego por los indígenas, afrodescendientes y otros.

Configuración de la salud indígena como un derecho humano

En junio de 1957, surge el primer instrumento internacional sobre derechos indígenas, el Convenio 107 de la Organización Internacional del Trabajo sobre Poblaciones Indígenas y Tribales en los Países Independientes¹¹. Este vendría a ser el primer instrumento vinculante que contiene estipulaciones precisas para los Estados sobre la salud de la población indígena como: los sistemas existentes de seguridad social se les deberán extender progresivamente (art. 19), la responsabilidad de poner servicios de sanidad adecuados basados en el estudio sistemático de las condiciones sociales, económicas y culturales, y estará coordinado con la aplicación de medidas generales de fomento social, económico y cultural (art. 20)

El Proyecto de Declaración Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas

En el seno de la Organización de Estados Americanos se viene discutiendo desde hace más de una década el “Proyecto de Declaración Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas”, la versión aprobada por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en 1997¹² dedica el art. 12 a la salud y bienestar que contemplan el reconocimiento de varios derechos relacionados a la salud de los indígenas. Esta declaración aún no ha sido aprobada por la Asamblea General de la OEA, aunque se ha referido en varias ocasiones de la prioridad de su aprobación. Pese a que este instrumento será el primero del sistema interamericano relativo a los derechos de los pueblos indígenas, no será vinculante al igual que otras declaraciones. Es decir, no impone obligaciones jurídicas de cumplimiento por los Estados Parte, es básicamente una obligación de tipo moral y político. No obstante, este instrumento puede ser referido en los procesos pertinentes a la validación de los derechos a la salud de los indígenas, entre otros derechos.

Proyecto de Declaración Americana sobre
los Derechos de los Pueblos Indígenas

Artículo XII. Salud y bienestar

1. Los pueblos indígenas tendrán derecho al reconocimiento legal y a la práctica de su medicina tradicional, tratamiento, farmacología, prácticas y promoción de salud, incluyendo las de prevención y rehabilitación.
2. Los pueblos indígenas tienen el derecho a la protección de las plantas de uso medicinal, animales y minerales, esenciales para la vida en sus territorios tradicionales.
3. Los pueblos indígenas tendrán derecho a usar, mantener, desarrollar y administrar sus propios servicios de salud, así como deberán tener acceso, sin discriminación alguna, a todas las instituciones y servicios de salud y atención médica accesibles a la población en general.
4. Los Estados proveerán los medios necesarios para que los pueblos indígenas logren eliminar las condiciones de salud que existan en sus comunidades y que sean deficitarias respecto a estándares aceptados para la población en general.

El tratamiento del derecho a la salud indígena en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos

El no disponer de un instrumento específico sobre derechos de los pueblos indígenas en el Sistema Interamericano no ha sido motivo para no referirse al tema indígena en el cumplimiento de los mandatos de la Comisión y la Corte Interamericana de Derechos Humanos como órganos centrales del sistema. Pueden también aplicar como norma complementaria instrumentos internacionales especiales, como por ejemplo: el Convenio 169 de la OIT sobre “Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes”, la Opinión Consultiva 1/82 de la Corte así lo entiende¹³.

Particularmente, la Comisión mediante sus informes de país, visitas *in loco* y medidas cautelares¹⁴ ha abordado el derecho a la salud de los pueblos indígenas, como puede verificarse en los informes sobre Paraguay, Perú y Surinam¹⁵ que contiene una sección sobre derecho a la salud en el capítulo correspondiente a situación de los derechos indígenas. Las recomendaciones de la Comisión son objeto de seguimiento en los informes sucesivos.

En el caso de Paraguay, la Comisión detecta el deficiente acceso a la salud de los indígenas e insta a asumir compromisos de carácter continuado sobre

asistencia sanitaria y médica. La medida cautelar de la Comisión del año 2003 sobre el caso Yaxye Axa incluye asistencia médica. El informe sobre Guatemala (2001) incluye la recomendación de “Que adopte a la brevedad las medidas y políticas necesarias para crear y mantener un sistema de salud preventiva y asistencial eficiente, al que puedan acceder sin dificultad todos los miembros de las diferentes comunidades indígenas, y que aproveche los recursos medicinales y sanitarios propios de las culturas indígenas. Que provea los medios a dichas comunidades para mejorar las condiciones de sanidad ambiental, incluyendo servicios de agua potable y desagües”¹⁶. La mayoría de las medidas cautelares de la Comisión sobre pueblos indígenas se refieren al derecho a la vida y la integridad física.

En la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos ya hay casos donde se han considerado los DESC para las reparaciones, en caso de “Awas Tigni” contra Nicaragua y “Caso Aloeboetoe” contra Surinam se tomaron en cuenta los valores, usos y costumbres culturales, es decir el derecho consuetudinario. En el “Caso Yaxye Axa” contra Paraguay¹⁷, la Corte requirió en su audiencia la presentación de un peritaje médico sobre el estado de salud de la población indígena. No obstante, no hay un sólo caso sometido a la Corte sobre el derecho a la salud o de DESC propiamente. El juez Manuel Ventura lo explica: “la razón principal de porqué no se han sometido a consideración de la Corte casos que involucren directamente violaciones a los DESC obedece fundamentalmente a que estos derechos no fueron incluidos en la Convención Americana sobre Derechos Humanos”¹⁸. Recientemente, la Corte emitió la sentencia sobre el Caso de las niñas Yean y Bosico vs. República Dominicana¹⁹, aunque no fue fallado en torno a la violación del derecho a la educación, es la referencia más cercana tenida hasta hoy en materia de DESC.

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) y la Organización Panamericana de la Salud establecieron colaboraciones en varias líneas, visitas *in loco* a hospitales, con opiniones técnicas para interpretar la Convención Americana y Declaración Americana de Derechos del Hombre en asuntos relativos a la salud²⁰. La estrategia de la OPS podría facilitar una reforma integral de los sistemas de salud pública: leyes, políticas, procedimientos judiciales y servicios de salud pública relativos a los pueblos indígenas. La Iniciativa de la Salud de los Pueblos Indígenas (SAPIA/OPS) ha tenido un impacto importante en la perspectiva interamericana.

Resolución CD37.R5 de la OPS sobre Salud de los Pueblos Indígenas²¹

También conocida como Resolución V, fue emitida en septiembre de 1993 en el marco del XXXVII Consejo Directivo de la OPS. La misma decidió adoptar el Documento CD37/20, que describe la iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas (SAPIA) y el informe de la Reunión de Trabajo de Winnipeg²² con sus conclusiones y recomendaciones. De este modo, la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas, conocida como SAPIA, constituye el marco de referencia específico del trabajo de la OPS con los pueblos indígenas.

La SAPIA surgió en 1992 en el Subcomité de Planificación y Programación de la OPS en el contexto del V centenario de la conquista europea de América. Desde varios sectores y principalmente desde el sector indígena se escuchaban demandas de atención a diversos aspectos de su problemática, entre ellos, educación, salud, tierra, territorio, en un marco del respeto a sus derechos como ciudadanos y como pueblos. SAPIA consensuó cinco principios que regirían el trabajo de la OPS y de sus Estados Miembros al abordar la temática de los pueblos indígenas, estos son: 1. Necesidad de un enfoque integral de la salud; 2. Derecho a la autodeterminación; 3. Respeto y revitalización de las culturas indígenas; 4. Reciprocidad en las relaciones; 5. Derecho a la participación sistemática.

La Resolución V fue ratificada por la OPS en 1997 a través de la Resolución CD40.R6 que reconoce el incremento de las inequidades en el estado de salud y en el acceso a los servicios sanitarios básicos para los indígenas de las Américas debido a los obstáculos económicos, geográficos y culturales que se oponen a la prestación eficiente y eficaz de servicios de salud pública y de atención sanitaria. Exhorta a los Estados Miembros a ser persistentes en los esfuerzos para detectar, vigilar y eliminar las inequidades en el estado de salud y en el acceso a los servicios sanitarios básicos de los pueblos indígenas.

En el marco de las acciones de apoyo, asesoría y seguimiento del SAPIA desde 1994 al 2006, de 24 países con población indígena firmantes de la Resolución V, en 19 se han establecido políticas públicas que promueven el bienestar de los pueblos indígenas, en 18 se han establecido Unidades técnicas de salud sobre los pueblos indígenas en los ministerios de salud, en 19 países hay Proyectos nacionales sobre la salud de los pueblos indígenas, en 16 hay redes y temas locales, en 15 hay Políticas y experiencias en la incorporación de las perspectivas, las terapias y los medicamentos indígenas en los sistemas nacionales de salud, en 10 hay sistemas de información, seguimiento y evaluación sanitaria que incorporan la variable de grupo étnico.

El derecho a la salud indígena en el Sistema de Naciones Unidas

Los DESC recibieron un reconocimiento posterior a la Declaración de Derechos del Hombre emitida en 1798, la cual se refería básicamente a los hoy llamamos derechos civiles y políticos. La Asamblea General de la ONU en 1966 aprobó dos pactos internacionales de derechos humanos: el de derechos civiles y políticos y el de DESC. El derecho a la salud se encuentra vinculado a otros derechos humanos civiles y políticos, como es el art.7 del Pacto Internacional de derechos civiles y políticos que establece que “(...) nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médico o científicos...”²³, es vinculación entre la salud y el derecho a la integridad física y psíquica del ser humano.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

El derecho a la salud está reconocido, definido y protegido por este Pacto²⁴ en su art.12. Las Naciones Unidas encargaron al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales el seguimiento del cumplimiento de los Estados Parte, quienes deben informar regularmente sobre la implementación de los compromisos. El Comité analiza los informes de los Estados y emite observaciones finales y observaciones generales. Esta última es un instrumento importante porque la Comisión emite aclaraciones o interpretaciones sobre los contenidos y alcances del Pacto a efectos de facilitar la redacción de los informes por los países.

El año 2000, el Comité emitió la Observación general N°14²⁵ sobre el derecho a la salud contenido en el art.12 del Pacto “derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”. En el numeral 27, el Comité estimó conveniente identificar los elementos que contribuirían a definir el derecho a la salud de los pueblos indígenas, a fin de que los Estados con poblaciones indígenas puedan aplicar más adecuadamente las disposiciones contenidas en el art. 12 del Pacto. El Comité considera que los pueblos indígenas:

Esto es otro ejemplo de una relectura del instrumento a la luz del Convenio 169 de la OIT que deben ser tomadas en cuenta por los Estados Parte para la elaboración de sus informes regulares de implementación del instrumento internacional.

**Derecho a la salud de los pueblos indígenas según
Observación General 14 (numeral 27)**

Artículo XII. Salud y bienestar

- Tienen derecho a medidas específicas que les permitan mejorar su acceso a los servicios de salud y a las atenciones de la salud.
- Los servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista cultural, es decir, tener en cuenta los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales.
- Los Estados deben proporcionar recursos para que los pueblos indígenas establezcan, organicen y controlen esos servicios de suerte que puedan disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental.
- Deberán protegerse las plantas medicinales, los animales y los minerales que resultan necesarios para el pleno disfrute de la salud de los pueblos indígenas.
- En las comunidades indígenas, la salud del individuo se suele vincular con la salud de la sociedad en su conjunto y presenta una dimensión colectiva.
- Las actividades relacionadas con el desarrollo que inducen al desplazamiento de poblaciones indígenas, contra su voluntad, de sus territorios y entornos tradicionales, con la consiguiente pérdida por esas poblaciones de sus recursos alimenticios y la ruptura de su relación simbiótica con la tierra, ejercen un efecto perjudicial sobre la salud de esas poblaciones.

Los Informes Finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales²⁶

Han jugado un papel importante en el seguimiento del cumplimiento de los DESC en los países latinoamericanos. Varios de los informes se refieren a los pueblos indígenas. Algunos han sido explícitos en las observaciones el cumplimiento del art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en cuanto a la situación de la salud de los pueblos indígenas. En su informe sobre El Salvador²⁷ de 1996 el comité se extraña de no haber recibido información sobre los programas que podría haber aplicado el Gobierno para garantizar los derechos económicos, sociales y culturales de las minorías étnicas. El informe de 1997 sobre Perú²⁸ alienta al Estado a que adopte medidas para mejorar el sistema de atención de la salud y extenderlo a todos los sectores de la población. El Comité expresó su preocupación sobre la salud de los indígenas mexicanos en el informe de 1999²⁹ donde se señala la limitación de disponibilidad de los servicios de salud para las poblaciones indígenas en Chiapas, Guerrero, Veracruz y Oaxaca y exhorta al Estado de México a tomar medidas eficaces.

Se deplora la discriminación de la población indígena venezolana en el informe del 2001³⁰ especialmente a los servicios de salud y saneamiento, y a una nutrición adecuada. Señala también el impacto sobre la salud de los indígenas por la explotación extractiva de los recursos naturales como la minería. La situación del desplazamiento interno de los pueblos indígenas y afrocolombianos ha sido motivo de las recomendaciones de los informes de 1995 y 2001³¹ que insta al gobierno de Colombia a garantizar se atiendan las necesidades básicas. Sobre Panamá, el informe³² del 2001 manifiesta la preocupación por la persistente situación desfavorable en el acceso al agua potable y la salud. La situación de discriminación de los indígenas en los servicios de salud en Guatemala es foco de atención del informe del 2001³³, en la que la Comisión insta al Estado a reorientar sus políticas.

El Comité, en el caso de Ecuador (2004)³⁴, hace un contraste entre el marco jurídico establecido y de la creciente influencia de los grupos comunitarios de base indígenas y la discriminación contra la población indígena, especialmente en salud. Le preocupa la escasa cobertura, la baja calidad y los insuficientes recursos financieros del sistema de salud pública. También los efectos negativos sobre la salud y el medio ambiente de las actividades de extracción de recursos naturales que las empresas realizan.

El último documento donde se hace referencia a la salud indígena es el Informe sobre Chile de diciembre del 2004³⁵, éste observa que continúan estando en situación de desventaja en el disfrute de los derechos. Le preocupa a la Comisión el no reconocimiento constitucional de los pueblos indígenas y la no ratificación del Convenio N° 169 de la OIT. Insta a mejorar la situación de los indígenas en las zonas rurales, en particular en lo que respecta a la salud tomando en cuenta las recomendaciones del informe sobre Chile del Relator especial de las Naciones Unidas sobre pueblos indígenas.

Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial³⁶ (1965)

Esta ha sido ratificada por todos los países del continente americano, contiene en su art. 5 compromisos de los Estados para prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, del derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales.

Convenio N° 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes³⁷. La OIT casi desde su creación ha realizado actividades relacionadas con los pueblos indígenas sus condiciones laborales y trabajo forzoso. Se establecieron varios convenios que hacen referencia como el N° 29 (1930) sobre trabajo forzoso, el N° 107 sobre poblaciones indígenas y tribales (1957), también ese mismo año se emitió la Recomendación N° 104 sobre pueblos indígenas y tribales.

El Convenio 169 constituye el instrumento de derechos humanos de carácter vinculante más avanzado en materia de Derechos Indígenas. Es el Convenio internacional más citado y usado por los pueblos indígenas para hacer validar sus derechos en diversos ámbitos. Contiene un conjunto de normas mínimas internacionales que promueven el diálogo entre los gobiernos, organizaciones indígenas y organizaciones no gubernamentales referente a temas como política general, identidad, cultura, autodeterminación, tierras y sus recursos, condiciones de trabajo, formación profesional, seguridad social, salud, educación, y medio ambiente.

Un efecto inmediato de la ratificación de este convenio es que los Estados Miembros se comprometen a adecuar la legislación nacional y a desarrollar acciones pertinentes de acuerdo con las disposiciones contenidas en el Convenio. Esto es una base para que la OIT solicite anualmente información a los Estados Miembros. En la primera memoria después de la ratificación se pide al Estado Miembro que se informe artículo por artículo. La OIT cuenta en su estructura con órganos de control regular de la aplicación de los convenios y las recomendaciones: la Comisión de Expertos y la Comisión de Aplicación de Convenios y Recomendaciones. La comisión de expertos analiza las memorias enviadas por los Estados³⁸.

El derecho a la salud en el Convenio N° 169 de la OIT

Artículo 25

1. Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados, servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.
2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación

con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

3. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.
4. La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país.

Artículo 30

1. Los gobiernos deberán adoptar medidas acordes a las tradiciones y culturas de los pueblos interesados, a fin de darles a conocer sus derechos y obligaciones, especialmente en lo que atañe al trabajo, a las posibilidades económicas, a las cuestiones de educación y salud, a los servicios sociales y a los derechos dimanantes del presente Convenio.
2. A tal fin, deberá recurrirse, si fuere necesario, a traducciones escritas y a la utilización de los Medios de comunicación de masas en las lenguas de dichos pueblos.

El art. 7:2 estipula el mejoramiento de las condiciones de vida y del nivel de salud de los pueblos indígenas con su participación y cooperación. Los arts. 25 y 30 son los que mejor expresan los derechos a la salud.

Convenio sobre la Diversidad Biológica³⁹

Este convenio establecido en 1992, su art. 8: j sobre conservación *in situ* estipula que se “respetará, preservará y mantendrá los conocimientos, las innovaciones y las prácticas de las comunidades indígenas y locales que entrañen estilos tradicionales de vida pertinentes para la conservación y la utilización sostenible de la diversidad biológica...”.

La Declaración Universal de Derechos de los Pueblos Indígenas (2007)

Este instrumento ya es referido en los procesos de validación de los derechos indígenas. Básicamente los arts. 23 y 24 son los que contienen derechos relativos a la salud de los pueblos indígenas. Tiene énfasis en la autodeterminación para el manejo de los programas de salud, la protección del sistema de salud indígena y las garantías de acceso irrestricto a los servicios de salud.

Declaración universal de los derechos de los pueblos indígenas

Artículo 23: Los pueblos indígenas tienen derecho a determinar y a elaborar prioridades y estrategias para el ejercicio de su derecho al desarrollo. En particular, los pueblos indígenas tienen derecho a participar activamente en la elaboración y determinación de los programas de salud, vivienda y demás programas económicos y sociales que les conciernen y, en lo posible, a administrar esos programas mediante sus propias instituciones.

Artículo 24: 1. Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas, animales y minerales de interés vital desde el punto de vista médico. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud. 2. Las personas indígenas tienen derecho a disfrutar por igual del nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente la plena realización de este derecho.

El informe de febrero del 2006 del Relator Especial sobre la situación de los derechos humanos y las libertades fundamentales de los indígenas⁴⁰ da cuenta que los indígenas están utilizando cada vez más los mecanismos internacionales para la defensa de sus derechos humanos y para procurar cerrar la 'brecha de la implementación'. A nivel regional ha jugado un papel de creciente importancia el sistema interamericano de derechos humanos y a nivel internacional, la OIT y los mecanismos de los tratados en las Naciones Unidas tienen una autoridad moral que se ejerce cada vez más en defensa de los derechos de los pueblos indígenas.

Se ha dado un progresivo avance en el reconocimiento de un conjunto de derechos de los pueblos indígenas, incluyendo el derecho a la salud, de manera que hay recursos considerables del derecho internacional para hacer justiciables los derechos. La adecuada conversión del derecho internacional indígena en normas y políticas internas será base para hacer efectivo el disfrute de los derechos a la salud de los indígenas.

3. Interculturalidad

¿Qué entendemos por cultura?

Dependiendo de cómo se conceptualice la cultura, así serán las estrategias que se sigan. Esto es relevante porque en la mayoría de los programas o proyectos subyace una concepción de la cultura que enfatiza el folklore, la tradición y la costumbre, es decir, los aspectos más pintorescos de la cultura material (vestidos festivos, máscaras, artesanías) y de las tradiciones y costumbres (fiestas, danzas, música, cocina típica). No se incluyen las instituciones sociales, la visión del mundo ni las prácticas comunicativas de los grupos humanos en la planeación o proceso de intervención social.

La cultura es la forma como vive un pueblo, conoce, produce, construye, se expresa, actúa y se comunica. Comprende su modo de ser, de vivir y valorar. La manera de relacionarnos de acuerdo al medio que nos rodea y a nuestra forma de ver y entender el mundo. Son los conocimientos, producciones materiales y espirituales. La cultura se aprende o se transmite, es decir se socializa de padres a hijos, de maestros a alumnos, de miembros comunitarios. Se transmite el lenguaje, destrezas técnicas, habilidades, significados relacionados entre las personas y otros objetos, hábitos, valores, sentido común.

Un concepto articulado a la cultura es la identidad, por ella entendemos, lo que somos y el sentido de pertenecer a un pueblo o grupo humano específico que compartimos elementos comunes por la procedencia de un territorio, una cultura que nos distingue, cómo nos vestimos, alimentamos, cómo son nuestras fiestas, tradiciones, lenguas, historia, la forma específica de relacionarnos con los seres humanos y la naturaleza.

La cultura es un derecho humano

Los derechos culturales son derechos humanos promovidos para asegurar, garantizar que las personas⁴¹ y las comunidades tengan acceso al disfrute de la cultura y de sus componentes en condiciones de igualdad, dignidad humana y no discriminación. Son derechos relativos a cuestiones como la lengua, la producción cultural y artística, la participación en la cultura, el patrimonio cultural, los derechos de autor, las minorías y el acceso a la cultura, entre otros.

La experiencia de las dos últimas décadas demuestra que el reconocimiento de los derechos culturales de las personas pertenecientes a minorías no es un riesgo y una fuente de conflicto, sino más bien un factor importante de

paz y estabilidad. Numerosos conflictos internos, especialmente en Europa, están vinculados a las crisis de identidad existentes y a la creación de nuevas crisis con la denegación o el rechazo del derecho a una identidad cultural diferente, y con la negación de la protección de los derechos culturales de las minorías.

El 18 de diciembre de 1992, la Asamblea General, en su resolución 47/135, aprobó la “Declaración sobre los derechos de las personas pertenecientes a minorías nacionales, étnicas, religiosas y lingüísticas”. En ésta se formula la obligación de los Estados de proteger la existencia y la identidad de las minorías dentro de sus territorios respectivos. Entre los derechos de las personas pertenecientes a minorías enumera los siguientes:

- El derecho a disfrutar de su propia cultura.
- A profesar y practicar su propia religión.
- A utilizar su propia lengua.
- A participar efectivamente en la vida cultural, religiosa, social, económica y pública, así como en el proceso de adopción de decisiones relativo a la minoría a la cual pertenecen.
- A establecer y supervisar sus propias asociaciones.
- A establecer y mantener sin discriminación alguna, contactos libres y pacíficos con otros miembros de su grupo u otros ciudadanos u otros Estados con los cuales estén relacionados por vínculos étnicos, religiosos o lingüísticos nacionales.

Se complementan con el derecho de toda persona a no ser objeto de discriminación de cualquier tipo, ejerciendo la libertad de pensamiento, creencia, religión y asociación, y el derecho a la dignidad en los intercambios y relaciones sociales. Se desprende además, el derecho a ser apoyado de forma activa por el Estado, en el ejercicio de estos derechos, a través de la emisión y acatamiento de normas específicas sobre los temas de interés.

La diversidad cultural

La diversidad cultural, para la UNESCO, “se manifiesta en la originalidad y la pluralidad de las identidades que caracterizan a los grupos y las sociedades que componen la humanidad (...) es fuente de intercambios, de innovación y de creatividad, la diversidad cultural es tan necesaria para el género humano como la diversidad biológica para los organismos vivos...”⁴². La diversidad se

manifiesta en características diferenciadas étnicas, culturales, lingüísticas y religiosas.

La diversidad cultural forma parte de un contexto sociopolítico y tiene relación con las estructuras de poder, con distintos grados de acceso e influencia. En los conflictos entre grupos culturales a menudo puede verse que en la base están factores políticos y económicos donde lo cultural puede ser una manifestación, y no propiamente la causa.

Interculturalidad

La interculturalidad como tema surge en América Latina en contextos de diversidad cultural asociada al tratamiento de las relaciones con el llamado ‘otro’ (pueblos indígenas, afrodescendientes, y grupos culturales). Su primer ámbito de desarrollo fue la educación⁴³. Esta noción aparece ligada a la emergencia de los movimientos indígenas, afroamericanos y, en menor grado, migrantes, como actores sociales en el escenario sociopolítico latinoamericano impugnando el proyecto homogenizador e integracionista de las políticas estatales.

La UNESCO definió la interculturalidad como “un concepto dinámico que se refiere a las relaciones evolutivas entre grupos culturales, tiene como premisa la presencia e interacción equitativa de diversas culturas y la posibilidad de generar expresiones culturales compartidas, adquiridas por medio del diálogo y de una actitud de respeto mutuo” (Directrices de la UNESCO sobre Educación Intercultural). La interculturalidad significa ‘entre culturas’, pero no simplemente un contacto entre culturas, en decir de Catherine Walsh, “es un intercambio que se establece en términos equitativos, en condiciones de igualdad”⁴⁴. En ese sentido, 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. La interculturalidad es una propuesta de diálogo, intercambio y complementariedad. Constituye una noción propositiva que apunta hacia la articulación de las diferencias pero no a su desaparición, bajo el lema de la unidad en la diversidad.

Interculturalidad supone impulsar espacios de encuentro, diálogo y asociación entre seres y saberes, sentidos y prácticas distintas. Mas allá de la mera relación entre culturas, requiere confrontar las desigualdades en los intercambios culturales y entre culturas mismas. La interculturalidad en el espacio de la

sociedad y el Estado es un ‘deber ser’ alcanzable por medio de nuevas prácticas, valores y acciones sociales concretas y conscientes que se pueden construir mediante procesos formativos y participativos colectivos en los que se relacionen los miembros de culturas diversas.

La interculturalidad no se puede reducir a una mezcla, fusión o combinación de elementos, tradiciones, características o prácticas culturalmente distintas. Sobre todo, representa procesos dinámicos y de doble o múltiple dirección, repletos de creación y de tensión y siempre en construcción; procesos enraizados en las brechas culturales reales y actuales, brechas caracterizadas por asuntos de poder y por las grandes desigualdades sociales, políticas y económicas que no permiten una relación equitativa. Son procesos que pretenden desarrollar solidaridades y responsabilidades compartidas.

Superación de la discriminación, inequidad y exclusión mediante políticas interculturales

Para que la interculturalidad sea factor de construcción de sociedades más justas y democráticas, se debe buscar que la organización de la convivencia social “supere el horizonte de la inclusión y la homogeneización”⁴⁵ y aceptar que se trata de crear y recrear identidades y culturas en forma colectiva, en diálogo e intercambio. Nuestras sociedades corresponden a espacios con sistemas de relaciones de poder asimétricos, lo que justifica la necesidad, para culturas subalternas, de afirmarse primero en cuanto tales, de apropiarse y empoderarse, antes de abrirse a un encuentro que plantee retos—como la asimilación— para los que quizá, no se cuente con capacidad de respuesta. De lo que trata la interculturalidad, no es sólo de reconocer las diferencias, sino de a partir de ellas, permitir la posibilidad de los pueblos de autodeterminarse, en el sentido de construir y reconstruir la organización social, con sus respectivas cargas simbólicas, a partir de lo que cada cultura es y elige conservar, transformar o crear.

Hay tres tipos de opresión recurrentes en América Latina contra las que hay que luchar:

1. **Discriminación** étnica y cultural: las prácticas que impiden o niegan el goce de sus derechos en razón de sus diferencias.
2. **Inequidad** económica: la asimetría en el acceso y la distribución de bienes, servicios y oportunidades, más allá de su posición como actores económicos.

3. **Exclusión** política: están fuera de los mecanismos de participación y de representación de sus intereses.

Como se ha visto, el enfoque intercultural supone la actitud o voluntad de fomentar un desarrollo armónico en la diversidad, y esto a su vez supone un enfoque basado en derechos, porque parte de reconocer las diferencias, promover y garantizar su respeto. Esto implica tener como referente el catálogo de derechos humanos concebidos como parte de su ciudadanía y que tiene asidero legal en los instrumentos internacionales de derechos humanos, sobre todo aquéllos relativos a su condición de colectividades humanas diferenciadas: indígenas, afrodescendientes, migrantes y otros colectivos.

El enfoque de derechos humanos exige, además, reconocer al Estado integralmente como sujeto de obligaciones para el respeto y promoción de los derechos en la diversidad. Un Estado es multicultural por su composición, pero sólo es intercultural si es influenciado por los grupos culturalmente diversos en su territorio. No se trata únicamente de tener en cuenta elementos culturales para no discriminar o para tolerar, sino de la construcción política de nuevas relaciones entre ciudadanos, y de ellos con el Estado. La interculturalidad, como paradigma, proyecto y política se propone eliminar las asimetrías respecto a las culturas subalternas⁴⁶.

La noción de ciudadanía como ‘vivir juntos’ o ciudadanía intercultural supone trastocar el ‘Estado-nación’ para avanzar hacia una democracia basada en principios y pautas pluriculturales. Los tres conceptos: tolerancia, diálogo e integración son como la Santísima Trinidad, no se pueden desligar el uno del otro.

La tolerancia como acción practica el respeto como punto de partida, pero también requiere el reconocimiento de los contextos sociales y culturales de grupos sociales, de la existencia de inequidad, marginación social y cultural. Esto es posible superarlo mediante el diálogo, que no es otra cosa, que negociar y buscar el consenso en la reelaboración de nuevas relaciones sociales, culturales, políticas y económicas en el seno del Estado. El proyecto de ciudadanía intercultural sólo es viable si se expresa en una democracia inclusiva de participación plena.

En otros términos, se hace necesario construir un proyecto social participativo que genere relaciones sociales basadas en la convivencia social y la equidad económica, lo cual implica el cumplimiento efectivo de los derechos humanos. Un mecanismo que los estados latinoamericanos están incluyendo en sus políticas públicas, son las medidas afirmativas o de diferenciación positiva.

La operacionalización del concepto de interculturalidad en políticas de salud según la Organización Panamericana de la Salud (OPS)⁴⁷, supone el trabajar bajo los siguientes principios:

- Diálogo fundamentado en el respeto a la diferencia.
- Tolerancia a las contradicciones que conduzca a la solidaridad.
- Democracia cultural.
- Participación que incorpora la representación, la consulta.
- El consenso y la convergencia de objetivos comunes.

Estos principios traducidos a la práctica se orientan básicamente a:

- Combatir las relaciones asimétricas excluyentes y discriminadoras.
- Llegar a relaciones de equidad entre los diferentes pueblos, culturas, etnias.
- Valorar las diferentes culturas para eliminar el racismo.
- Crear formas de poder compartido en las que todos los actores participan en la dinámica social.
- Construir la ideología, los valores, las actitudes, y las prácticas para lograr nuevas formas de relación.

La trascendencia de incorporar el enfoque intercultural en las políticas del sistema nacional de salud, obedece a la necesidad de que los servicios que se otorgan a la población, deban ser dotados de una visión basada en el reconocimiento y respeto de la diversidad cultural, así como la participación de los usuarios en el diseño de estrategias y programas. Esto redundará en una percepción para promover mejoras, adecuaciones y servicios complementarios que fomenten la calidad, la accesibilidad y la satisfacción del usuario y el proveedor. ‘Ver con nuevos ojos’, propiciará actitudes de respeto, comprensión y apertura de parte del personal de salud hacia la población que atiende y su cultura, mejorara el impacto clínico y educativo que se realiza en las unidades de salud, propiciando la comprensión y el enriquecimiento de ambas medicinas la institucional y la tradicional.

Notas

- 1 Antropólogo y politólogo peruano, consultor del Instituto Interamericano de Derechos Humanos, Organización Panamericana de la Salud y docente de la universidad URACAN de Nicaragua.

- 2 Stavenhagen, Rodolfo. “Los derechos de los pueblos indígenas: esperanzas, logros y reclamos” en Pueblos Indígena y derechos humanos. Bilbao: Universidad de Deusto, 2006. p. 23.
- 3 Al respecto ver el artículo de Bartolomé Clavero “Derecho y cultura: el derecho humano a la cultura propia”, en Derechos Humanos de los Pueblos Indígenas. México: Programa de Cooperación sobre Derechos Humanos México – Comisión Europea, 2006, pp. 29 – 35.
- 4 La definición es parte de la Constitución de la OMS adoptada en el marco de la Conferencia Internacional de la Salud celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946 y firmada el 22 de julio por los representantes de 61 Estados.
- 5 Taller de Salud, Guaranda, Bolívar, Ecuador, 1995. Citado por Rocío Rojas. *Ibíd.*, p.7.
- 6 Citado por Javier Vásquez. El derecho a la Salud. en Revista IIDH N°40. Edición especial sobre derechos económicos, sociales y culturales. San José: Instituto Interamericano de Derechos Humanos, junio-diciembre 2004, p. 270.
- 7 Rocío Rojas y Nur Shuqair. Orientación de los Marcos Jurídicos hacia la Abogacía en Salud de los Pueblos Indígenas. Estudios de las Legislaciones de Colombia, Bolivia, El Salvador, México y Honduras. Washington, D.C: OPS/OMS, mayo de 1998. p.11.
- 8 La Declaración Americana de los derechos y deberes del hombre contempla en el art. 11 el derecho a la preservación de la salud y bienestar y en el art.16 a la seguridad social.
- 9 Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”. Suscrito por la Asamblea General de la OEA, San Salvador, El Salvador, 17 de noviembre de 1988. <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>.
- 10 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Entrada en vigor: 3 de enero de 1976. <http://www.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>.
- 11 Adoptado por la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo el 26 de junio de 1957.
- 12 Proyecto de Declaración Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. Aprobado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos el 26 de febrero de 1997, en su sesión 1333a. durante su 95º periodo ordinario de sesiones. Ver texto completo en: <http://www.cidh.org/Indigenas/Cap.2g.htm>.
- 13 Citado por Osvaldo Kreimer, en Fergus Mackay. Los derechos de los pueblos indígenas en el sistema internacional. Lima: APRODEH/FIDH, 1999, pp. 13 y 14
- 14 <http://www.cidh.oas.org/Indigenas/Default.htm>.
- 15 Ver Tercer informe sobre la situación de los derechos Humanos en Paraguay. Cap. IX (2001), Segundo Informe sobre la Situación de los Derechos Humanos en el Perú. Cap. X (2000), y Segundo informe sobre la situación de los Derechos humanos en Surinam (1985). <http://www.cidh.oas.org/pais.esp.htm>.
- 16 <http://www.cidh.oas.org/countryrep/Guatemala01sp/indice.htm>.
- 17 Al respecto ver también el caso de la tribu Aché: Ariel Dulitzky. “Jurisprudencia y práctica del sistema interamericano de protección de los derechos humanos relativo a los derechos de los pueblos indígenas y sus miembros en El sistema Interamericano de Protección de

- los Derechos Humanos y los derechos de las poblaciones migrantes, mujeres, los pueblos indígenas y los niñas, niñas y adolescentes. San José: IIDH, 2004, pp. 216 – 218.
- 18 Manuel E. Ventura Robles. Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales. En Revista IIDH N°40 Julio – diciembre 2004.
- 19 Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso de las niñas Yean y Bosico vs. República Dominicana. Sentencia de 8 de septiembre de 2005 http://www.corteidh.or.cr/seriepdf/seriec_130_esp.pdf.
- 20 Ver casos de colaboración en salud mental y VIH/SIDA en Javier Vásquez. El derecho a la salud. San José: Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Revista IIDH N°40 julio – diciembre 2004.
- 21 Resolución V “SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS” Aprobada por la XXXVII REUNIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO de la Organización Panamericana de la Salud. (Aprobada en la cuarta sesión plenaria, celebrada el 28 de septiembre de 1993). <http://www.ops-oms.org/Spanish/AD/THS/OS/ResolucionVspan.doc>.
- 22 En Winnipeg – Canadá tuvo lugar entre el 13 y 18 de abril de 1993 la Reunión de Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Salud. Las recomendaciones hechas durante esta reunión se agruparon en una propuesta —la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas que es el Documento CD37/20.
- 23 Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Entrada en vigor: 23 de marzo de 1976. http://193.194.138.190/spanish/html/menu3/b/a_ccpr_sp.htm.
- 24 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Entrada en vigor: 3 de enero de 1976. <http://www.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>.
- 25 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación general N° 14 (2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). E/C.12/2000/4 11 de agosto de 2000. <http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/G00/439/37/PDF/G0043937.pdf?OpenElement>.
- 26 Se recomienda acceder por internet al documento: Compilación de observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre países de América Latina y el Caribe (1989 - 2004) [http://www.ohchr.org/english/bodies/cescr/docs/publications/CESCR-Compilacion\(1989-2004\).pdf](http://www.ohchr.org/english/bodies/cescr/docs/publications/CESCR-Compilacion(1989-2004).pdf).
- 27 Comité de DESC E/C.12/1/Add.4, 28 -5 - 1996 numeral 23.
- 28 Comité de DESC E/C.12/1/Add.14, 20 - 5 - 1997 numeral 36.
- 29 Comité de DESC E/C.12/1/Add.41, 8-12-1999 numeral 18 y 42.
- 30 Comité de DESC E/C.12/1/Add.56, 21- 5- 2001 numeral 12.
- 31 Comité de DESC E/C.12/1995/12, 28-12-1995 numeral 22 y E/C.12/1/Add.74, 6-12- 2001 numeral 43.
- 32 Comité de DESC E/C.12/1/Add.64, 24- 9-2001 Numeral 12.
- 33 Comité de DESC E/C.12/1/Add.93, 12-12- 2003 numeral 11 y 41.
- 34 Comité de DESC E/C.12/1/Add.100, 7-6-2004 numeral 11 y 29.

- 35 Comité de DESC E/C.12/1/Add.105, 1-12-2004 num. 13, 32 y 33.
- 36 Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 2106 A (XX), de 21 de diciembre de 1965. Entrada en vigor: 4-1-1969 <http://www.ohchr.org/spanish/law/cerd.htm>.
- 37 Adoptado el 27 de junio de 1989 por la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo en su septuagésima sexta reunión. Entrada en vigor: 5 de septiembre de 1991. http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/62_sp.htm.
- 38 Gabriela Olguín. Guía Legal sobre la utilización de convenio y recomendaciones de la OIT para la defensa de los derechos indígenas. San José: OIT, 2002, pp. 32-37. También consultar: Magdalena Gómez. Derechos Indígenas: lectura comentada del Convenio 169 de la OIT. México: INI, 1995.
- 39 Convenio sobre la Diversidad Biológica. Junio de 1992 <http://www.biodiv.org/doc/legal/cbd-es.pdf>.
- 40 Rodolfo Stavenhagen. Informe del Relator Especial sobre la situación de los derechos humanos y las libertades fundamentales de los indígenas. E/CN.4/2006/78 16 de febrero de 2006, Comisión de Derechos Humanos. 62.º período de sesiones. Numeral 90. <http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/G06/108/70/PDF/G0610870.pdf?OpenElement>.
- 41 Si bien los derechos culturales son derechos individuales de los cuales es titular todo ser humano, suelen ejercitarse principalmente, si no exclusivamente, en asociación con otros. Así ocurre especialmente en el caso de las personas pertenecientes a minorías y pueblos indígenas. Este hecho se ha tenido en cuenta en el Artículo 27 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, en el cual se dispone que “en los Estados en que existan minorías étnicas, religiosas o lingüísticas, no se negará a las personas que pertenezcan a dichas minorías el derecho que les corresponde, *en común con los demás miembros de su grupo*, a tener su propia vida cultural, a profesar y practicar su propia religión y a emplear su propio idioma”. Otra importante dimensión colectiva de los derechos culturales de las personas pertenecientes a grupos vulnerables se vincula a la circunstancia de que esos derechos pueden ser plenamente garantizados y observados sólo si se protegen la identidad y la propia existencia de tales grupos. Si bien la Carta de las Naciones Unidas y la Declaración Universal de Derechos Humanos no mencionan la protección de las minorías, la cuestión no fue completamente suprimida del orden del día de las Naciones Unidas, puesto que el Consejo Económico y Social autorizó a la Comisión de Derechos Humanos a que formulara una recomendación sobre este tema y aprobó la creación, en 1947, de la Subcomisión de Prevención de Discriminaciones y Protección a las Minorías.
- 42 Art. 1 Declaración Universal de la UNESCO sobre la Diversidad Cultural, 2 de noviembre de 2001. La diversidad cultural debe ser entendido como un factor de desarrollo (art. 3) accesible para todos (art.6).
- 43 Luis Enrique López. La cuestión de la interculturalidad y la educación latinoamericana. PROEIB Andes - Universidad Mayor de San Simón - GTZ. Seminario sobre prospectivas de la Educación en la Región de América Latina y el Caribe. UNESCO (Santiago de Chile, agosto de 2000).
- 44 Catherine Walsh. Propuesta para el tratamiento de la interculturalidad en la educación: Documento Base. Lima: Setiembre, 2000.
- 45 Consorcio Intercultural, 2004: Reflexiones de Raúl Fonet-Betancourt sobre el concepto de interculturalidad, p. 45.

Derechos humanos e interculturalidad

- 46 Adda Chuecas, en *Agendas Públicas en una visión intercultural: exclusión e inclusión de los pueblos indígenas en América Latina*. Lima: Paz y Esperanza, 2006, p. 151.
- 47 OPS/OMS. *Incorporación del Enfoque Intercultural de la Salud en la Formación y Desarrollo de Recursos Humanos*. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Abril de 1998.

La interculturalidad y la salud desde el marco ético de la salud pública

José Sola



Introducción

Desde los tiempos que se muestran en los relatos de Jorge Icaza y de *Los que se van* hasta la fecha, la situación del acceso a los servicios públicos de salud ha cambiado ostensiblemente, sin embargo persisten algunas formas de discriminación, explicadas en parte por el carácter racista de la sociedad mestiza.

Múltiples son los esfuerzos emprendidos para corregir esta situación vergonzante. El país ha caminado desde los enfoques de la multiculturalidad para asentarse actualmente en el desarrollo de la interculturalidad. Para este fin se han creado aparatos y se han definido algunas estrategias operativas, no obstante todavía hace falta claridad teórica en el sector para entender debidamente los alcances y la práctica de la interculturalidad en los servicios, no como un requisito normativo, sino como una conducta adquirida a favor del Buen Vivir.

Algunas señales muestran estos esfuerzos por trabajar la interculturalidad. Es el caso de la promoción del parto vertical y de la instalación de agentes tradicionales, para que presten atención en unidades públicas. Este último hecho amerita un comentario crítico: la presencia de los agentes tradicionales en las unidades públicas de salud, les lleva a un proceso de institucionalización con su consecuente integración al sistema formal y la subordinación a un conjunto de normativas y jerarquías que obscurecen su propio referente filosófico (atender enfermos y no tratar enfermedades) y que desnaturaliza su autonomía, pero sobre todo se resquebraja una práctica que es esencialmente comunitaria, con lo cual se anula su sentido de solidaridad, se debilitan las redes sociales de apoyo y se maltratan las formas locales de la reciprocidad. Pero cabe reconocer también, que esa misma presencia en los servicios ha abierto el abanico de posibilidades terapéuticas al conjunto de la población.



Pero también la interculturalidad se ha restringido al tratamiento casi exclusivo de la relación de los servicios públicos de salud con los grupos étnicos, nacionalidades y pueblos, dejando de lado los vínculos con los grupos poblacionales nacidos por ejemplo de las preferencias sexuales o de la edad. Precisamente son todos estos hechos los que obligan a avanzar en el desarrollo de referentes conceptuales de la interculturalidad más sólidos y, de esta manera, viabilizar el mandato constitucional que indica el derecho a la salud sin distingo de ninguna especie. Debe quedar claro, por cierto, que estos esfuerzos se deben llevar desde el conjunto de la sociedad, en todos sus estamentos y niveles, siendo infructuoso que sólo se restrinjan al sector de la salud.

La interculturalidad es caracterizada de varias formas y desde diversos enfoques; la que propone Xavier Albó orienta debidamente el sentido que deben llevar las actuaciones de los servicios públicos de salud:

La interculturalidad es cualquier relación entre personas o grupos sociales de diversa cultura. Por extensión, se pueden llamar también interculturales a las actitudes de las personas y grupos de una cultura en referencia a los elementos de otra cultura.

Desde este punto de vista, las relaciones interculturales pueden ser positivas o negativas. Positivas si llevan a aceptar al que es culturalmente distinto y a enriquecerse mutuamente aprendiendo unos de otros. Dice Albó, que la simple tolerancia del que es culturalmente distinto, sin un verdadero intercambio enriquecedor, no llega a ser todavía una interculturalidad positiva. Por su lado, las relaciones interculturales son negativas si llevan a la destrucción del que es culturalmente distinto o por lo menos a su disminución o asimilación, como ha ocurrido de manera insistente en nuestras sociedades neocoloniales. Es decir, “la plenitud intercultural se dará cuando lleguemos a ser iguales sin dejar de ser distintos. Iguales en nuestra aceptación pública y oportunidades, pero distintos en nuestras identidades personales y de grupo”.

Las barreras que frenan la interculturalidad en la salud

Varias son las prácticas sociales y técnicas que se dan en los servicios de salud que confluyen a generar un limitado acceso cultural. Destacan sobre todo:

- El predominio del paradigma biomédico desarrollista, que al decir de Diego Quiroga es el fundamento desde el cual se generan los programas de intervención médica basados en una serie de mediciones, tasas, esta-



dísticas y proyecciones por medio de los cuales se definen las poblaciones a ser intervenidas. Creándose así una justificación para los diferentes tipos de propuestas y para la existencia de una serie de instituciones encargadas de implementarlos. Esta propuesta, resume Quiroga, tiende a descontextualizar y aislar el cuerpo del enfermo de los factores socioeconómicos que generan la enfermedad. De ahí, dice el autor, que es frecuente oír reclamos por parte de los practicantes de la medicina tradicional, así como de las personas a quienes estos programas están dirigidos, en el sentido de que muchas de las soluciones médicas son incompletas pues no toman en cuenta una gran variedad de factores sociales y espirituales que juegan un papel importante en determinar los patrones de enfermedad, salud y muerte.

- Problemas de origen socioeconómico y cultural, es decir de naturaleza estructural como el hambre, se transforman en problemas médicos y se los maneja como enfermedades, (para el ejemplo nominándole desnutrición), constituyéndose esto en una verdadera metáfora de oscurecimiento de la realidad.
- 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. La señal que muestra esta situación es la denuncia permanente de ‘maltrato’, por ejemplo, siguiendo a Norman Whitten Jr., se puede advertir que en los centros de poder de predominio blanco–mestizo se mira a los ‘otros’, sobre todo indios, negros y urbano-marginales como la causa del atraso del país y en consecuencia la misión es la de transformar a las personas que se encuentran en este lado negativo/pasivo del paradigma y hacerlos miembros de la nación moderna.
- Las prácticas de atención obedecen a distintos sentidos: 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. En teoría, este debería impedir su integración para evitar la asimilación o fagocitosis...
- Vale destacar también el rol que juega el consentimiento informado en la relación médico-paciente. Usualmente se lleva como un mero requi-

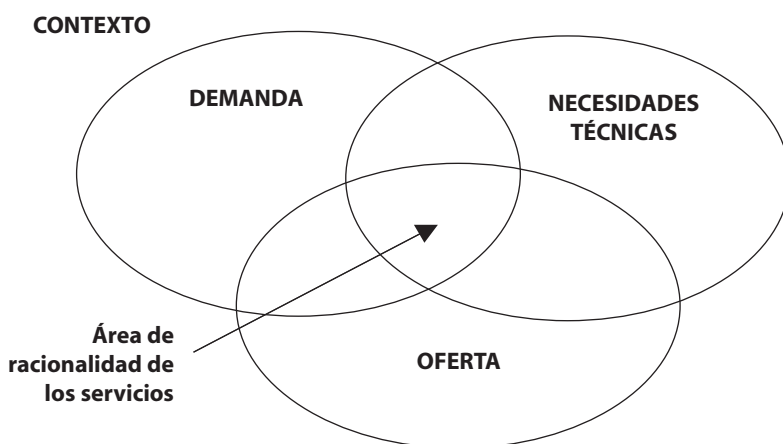


sito, sin el desarrollo dialógico que se demanda a favor de fortalecer la autonomía del paciente. Este requisito es por lo general impuesto, no se lo reflexiona y se lo usa para validar las prácticas y proteger a los ejecutantes.

Lo intercultural en el desarrollo del Sistema Nacional de Salud

Albó manifiesta que en el caso de la salud se necesita desarrollar (no indicar o imponer) un enfoque intercultural de forma explícita, pues en este caso no sólo está en juego la buena relación social entre los interlocutores de distinto origen cultural. Con frecuencia tener o no una buena comunicación y actitudes entre distintos, puede acarrear consecuencias también en la futura calidad de vida y hasta en la sobrevivencia misma de los pacientes.

De inicio y para dar sustento a la planificación del sector se deben considerar los argumentos no sólo del ambiente de las necesidades técnicas, pues hasta la fecha sus indicadores han sido los únicos usados en estas tareas de diseño de planes, programas y proyectos, dejando de lado las expresiones de los operadores de los servicios así como las necesidades, exigencias, aspiraciones y demandas de la población. De lo que se trata entonces es de generar un área de racionalidad creciente en los servicios que se argumente en la intersección de estas tres fuentes de datos



Esto significa que también hay que conciliar la investigación en estos ambientes. Si bien, son valiosos los reportes estadísticos y epidemiológicos, hay que configurar un cuerpo de conocimiento agregando datos cualitativos y los resultados de estudios realizados con la metodología de la investigación-acción.

A más de una 'ética de mínimos' que demanda el ejercicio de la interculturalidad a través del respeto entre unos y otros que aceptan los distintos modos de ser, es ineludible garantizar a toda la población el acceso a los servicios públicos de salud en igualdad de condiciones al amparo de un marco ético que parte de establecer a la equidad como la columna vertebral de este propósito, debidamente apalancada por la solidaridad y la universalidad, con procesos que se manifiesten a través de la eficiencia y la efectividad.

Este propósito se aleja de la retórica cuando se concretan prácticas para garantizar la calidad de la atención, de los servicios, de los sistemas locales, de la participación y de las políticas locales.

- En el momento de la consulta se debe propender a una atención global, continua e integrada para considerarla de calidad, cuyos procedimientos sean eficientes con resultados efectivos y, de esta manera, satisfacer las demandas de la población. Se trata entonces de una atención centrada en el paciente, la familia y la comunidad, socialmente aceptada y culturalmente adaptada, revalorizando de forma fundamental el sentido de la atención sanitaria esencial, que es el alma de la APS.
- En cuanto a la calidad del servicio se debe garantizar la accesibilidad plena, sobre todo en términos económicos, pero también de acceso cultural, funcional y temporal.
- La calidad de los sistemas locales se manifiesta en el desarrollo de la complementariedad entre el primero y segundo nivel, así como su especificidad con una adecuada circulación de los pacientes y su información en el sistema. Se trata de emprender en el desarrollo de redes multifocales que no se basen en el control jerárquico, sino en acuerdos de trabajo fundamentados en enlaces estratégicos a partir de una negociación ética. También debe ser una prioridad fortalecer a los proveedores comunitarios tradicionales, garantizando su disponibilidad y evitando vulgarizar el trabajo de los agentes de enlace (promotores).
- La calidad de la participación a nivel individual significa la promoción de la autonomía para la toma de decisiones. Autonomía para escoger el proveedor que estime conveniente, debiendo el sistema garantizar este acceso. En el plano colectivo significa garantizar una capacidad de deci-



sión en el armaje de las políticas locales de salud, así como el establecimiento de veedurías para valorar las políticas y de formas de contraloría para ponderar la gestión.

Finalmente, todo esto significa crear una estructura política necesaria de forma permanente que integre a la población, las autoridades y los trabajadores de la salud. Esto permitirá socializar los entes de control poblacional, que sólo es posible con una alta participación, la misma que también permitirá generar políticas locales por consenso.

Estos procesos de consolidación de la calidad en sus diferentes ambientes, demandan el desarrollo de una 'intelectualidad orgánica'. El reto está planteado.



Bioética en la interculturalidad

Fernando Ortega Pérez¹



Bioética e interculturalidad

Temas complejos y algo abstractos, pero de actualidad; es por este motivo que poseen gran popularidad al iniciar la segunda década del siglo XXI.

En el transcurso de los dos últimos años se ha puesto en boga en Ecuador dar charlas, conferencias, seminarios, talleres y hasta clases que involucran a ambos términos. Sin temor a equivocaciones, la palabra 'interculturalidad' es la que mayormente ha incitado la atención de políticos, académicos, personas del sector público y del sector privado, mestizos, afros e indígenas. Los términos intercultural, multicultural y pluricultural han sido confundidos entre sí, pues revelan más de una cultura; es decir, pluralidad, heterogeneidad, diversidad y diferencia.

Si todos los seres humanos fuéramos idénticos, homogéneos e inconfundibles, conformaríamos un mundo simple, monótono, aburrido e insípido. Menos mal que aquél que inventó el barro original construyó un modelo adaptable, moldeable, configurable, flexible, dúctil, transformable; tanto así que, con el paso del tiempo, al modelo contemporáneo le cuesta reconocerse como idéntico al modelo inicial.

Quien inventó la evolución dio testimonio de las transformaciones del modelo original y nos demostró cómo los factores biológicos sirvieron a las especies para luchar por su subsistencia. En el caso del *homo habilis* los factores biológicos favorecieron el crecimiento de un cerebro que paulatinamente daría capacidades especiales de comportamiento; éstos lograron no necesariamente adaptarse al entorno, sino adaptarlo para su comodidad. En poco tiempo evolutivo sus habilidades de comportamiento darían paso al *homo sapiens*, el mismo que logró capacidades tanto o más importantes que la dotación biológica, éstas son las capacidades culturales.



Biológicamente los seres humanos han desarrollado una variación genética producto de su relación con el ambiente y consigo mismos, hecho que no ha permitido un aislamiento genético².

Efectivamente, antropólogos, biólogos moleculares y genetistas de población consideran en consenso que el concepto de ‘razas’ biológicas en los seres humanos no tiene sentido, pues toda la variación genética de la especie se encuentra en cualquier población humana alrededor del mundo. Por lo tanto, no hay razas biológicas humanas. La única especie humana que existe en la actualidad, *homo sapiens*, emigró a una gran variedad de hábitats desde hace unos 50.000 años y en tiempo relativamente corto se extendió de África al Medio Oriente, Europa, Asia, Australia y cruzó por el norte de Asia a las Américas hace por lo menos 12.000 años.

La evidencia científica indica que nuestra especie no ha tenido modificaciones biológicas significativas en los últimos 100.000 años. Lo que sí ha cambiado mucho es la cultura humana, nuestra capacidad de desarrollar, transmitir y ampliar el caudal de conocimientos y experiencias transmitidos de generación en generación por medios culturales no genéticos; esto hizo que fuéramos la primera especie del planeta capaz de cambiar el mundo que la rodea (rápida y dramáticamente) por medios culturales, superando al lento y limitado mecanismo de la evolución biológica³.

Por lo mencionado, la población de América es la más joven del planeta; además, su historia reciente es testigo de un intenso flujo genético acelerado por las expansiones territoriales de las civilizaciones azteca, maya e incaica. Dicha dinámica de intercambio genético se vio incrementada por la conquista española, que venía de un reciente cruce genético de 800 años entre moros y cristianos europeo africanos. En América Latina el cruce genético no cesó, pues las migraciones de los siglos XIX y XX trajeron recientes genes europeos, de oriente y medio oriente. En recientes décadas el mestizaje continúa, esta vez a la inversa con una reconquista de tierras europeas por parte de latinoamericanos, quienes al brindar a Europa su contingente genético, demuestran en forma contemporánea que ‘la especie humana es una y es mestiza’, desde la Eva mitocondrial.

Con el transcurso del tiempo el *homo sapiens* se convierte en *homo anthropologicus*; de este modo, pasa a estudiarse. Claude Levi-Strauss (1908-2009), a quien rindo un homenaje público a pocos días de su partida, transformaría al pensamiento antropológico con “la idea de que las culturas comparten similitudes que subyacen a sus mitos y patrones de comportamiento”. Para él



las culturas del mundo tienen elementos comunes y universales, su legitimidad está basada en el reconocimiento y en el consenso del grupo respecto de sus valores, de sus creencias y de su comportamiento colectivo.

“He also pointed out that the modern view of primitive cultures was simplistic in denying them a history” (Levi Strauss, 1968).

Cultura es todo lo que crea el ser humano al interactuar con su medio físico y social y lo que es adoptado por toda la sociedad como producto histórico. Por tanto, no existen culturas superiores o inferiores, todas tienen legitimidad por provenir de un ejercicio social de individuos que logran su autoidentidad con valores y comportamientos auténticos adoptados por convención del grupo. Sin embargo, estamos tan íntimamente relacionados con nuestra propia cultura que nos resulta difícil estudiar, objetivamente, otra (Foster y Anderson, 1978).

La palabra intercultural denota relación, trato, correspondencia, funciones establecidas entre las partes o culturas. Es poner juntas dos o más realidades auténticas y legítimas desde su origen. Además, se refiere a la multiplicidad de culturas y a la interrelación de las mismas, no sólo a las de un país, sino a las del mundo.

La cultura es social, dinámica, acumulativa e histórica, nos permite aprender, acumular y transmitir conocimientos; no es biológica y no se hereda genéticamente. Así, cada cultura determina cómo una persona define la salud, reconoce una enfermedad y busca tratamiento (Ortega, 2007).

Todas las culturas tienen elementos comunes: origen, historia, organización social, creencias, valores, expectativas de vida y de futuro; no obstante, también tienen peculiaridades que las distinguen entre sí, matices que pueden ser vistos como favorables desde una perspectiva y no favorables desde una perspectiva distinta. Todas las culturas aportan al aprendizaje, pues cada una ha evolucionado partiendo de un tronco común y construyendo su presente en base a una exposición o relación continua con el entorno físico y social. Todas aquellas hacen la diferencia, permiten la diversidad, que es otra forma de pensar, de expresarse y hacer. Pese a que biológicamente los seres humanos seamos de apariencia semejante, son infinitos los matices inducidos tanto por el ambiente ecológico en el que nos desarrollamos, como por el ambiente cultural al cual pertenecemos.

La interculturalidad no es un descubrimiento reciente, se trata de una experiencia de vida real y concreta, porque contempla creencias y valores dife-



rentes de los nuestros, incrementando nuestra experiencia y ampliando nuestras posibilidades de elección y tolerancia. Al viajar por el mundo nos damos cuenta de similitudes básicas y diferencias infinitas entre los individuos; y en ese juego entre la semejanza y la pluralidad seguramente experimentaremos grados variables de alegría, libertad, dolor, solidaridad, etcétera (Muñoz, *El País*, 22/02/1995).

Ecuador es un pequeño pedazo del planeta verde azul, cuenta con la más alta diversidad en flora y fauna, minerales, zonas agrícolas, paisajes y grupos étnicos además, es un país plural en equipos de fútbol, en camisetas electorales, en cultos y en modelos de salud, todos fruto de una cultura mixta, en la cual también se conjugan diferencias sociales intensas. Así, mientras en las ciudades se concentran los servicios básicos, la educación, los supermercados y el dinero magnético o virtual, en las zonas rurales aún hay gente que vive de la recolección, la caza, la pesca y el trueque, sin agua potable, ducha, ni servicios higiénicos.

Desde hace años se reconoce que Ecuador es un país multicultural y pluriétnico; no obstante, la ignorancia cívica es muy amplia. Ni la mayoría de profesionales formados en tercer o cuarto nivel de instrucción superior son capaces de enumerar las nacionalidades y pueblos del país, menos aún de estimar el número de pobladores, su ubicación geográfica, la lengua en que se comunican, sus valores y creencias, su organización social y su medicina.

En el 2008 se redactó una constitución que reconociendo las gruesas falencias de una sociedad injusta, trata de proponer un enfoque distinto, donde lo intercultural “toma vigencia” y se estrella con el desconocimiento de la realidad.

Para ser efectivos en la solución de los problemas de los grupos de población se ha creído en la ejecución de planes formulados sin ‘su’ participación, impuestos de manera homogénea a todos. Al hablar de salud se ha creído que el problema central que explica la baja utilización de los servicios instalados por el Estado radica en que la población indígena prefiere más a la medicina tradicional porque forma parte de ‘su’ cultura, y, además, a la difícil relación históricamente establecida entre el personal de salud y el paciente indígena.

Entonces, se creyó conveniente capacitar a parteras y promotores en saberes occidentales, por considerarlos representantes comunitarios, suponiendo que podrían hacer de mediadores de la transformación comunal y promover el acercamiento de la población a los subcentros.

Este supuesto ha servido de base para la aplicación, creación y diseño de programas, que introduciendo el término ‘interculturalidad’ desean proponer



la integración de modelos considerados opuestos. Hasta el presente han sido intentos fallidos en su mayoría.

En la actualidad se ha propuesto un Nuevo Modelo de Atención Integral en Salud, con enfoque familiar, comunitario e intercultural, basado en atención primaria y promoción de la salud, garantizando acceso universal, equitativo y sin costo directo⁴.

Es, por consiguiente, importante reflexionar sobre las lecciones aprendidas y recordar que todas las culturas al representar la legitimidad del grupo humano que las generó son dignas y merecedoras de respeto. La interculturalidad 'no' debe ser homogeneizante. Por esto se debe proponer un proceso de diálogo donde cada interlocutor tenga la misma probabilidad de conocer, reconocer, respetar y dar cabida a la diversidad de pensamientos y acciones de los demás interlocutores.

La interculturalidad es interacción dinámica entre segmentos socioculturales. Es una propuesta de convivencia de todas las formas de vida, de conducta y conocimientos. Habla sobre armonía, supone interacción y, por tanto, posibilidades de conflicto, probabilidad de tensiones, pero a la vez conlleva mecanismos de regulación y estrategias de control.

La única forma de entender correctamente a las culturas es interpretando sus manifestaciones de acuerdo con sus propios criterios culturales.

Para proponer la interculturalidad en salud hay algunos aspectos relevantes: primero, recordar que las culturas son cambiantes, dinámicas y abiertas, no son rígidas, ni estáticas; consiguientemente, hay que evitar imponer un mismo modelo a todos los pueblos, sin consultarles. De igual manera, si bien es importante tener una proposición flexible, hay que tener cautela para no sesgarnos por presiones de grupos dominantes que no necesariamente representan a cada cultura. Es importante evitar estereotipos o paradigmas.

La interculturalidad genera el compromiso social de valorar lo auténtico y propio de cada manifestación grupal. Queremos pueblos libres con identidad, y un modelo de vida sustentado en la igualdad; es decir, un planteamiento opuesto a la asimilación, al irrespeto, a la desigualdad, a la marginación y a la dominación de sociedades diferentes. La interculturalidad es una meta, una forma ideal de vivir, igualdad de oportunidades y de poder para el desarrollo autónomo, para que se respeten los derechos y especificidad cultural. No es compatible con la exclusión, el racismo, la prepotencia o la discriminación. Así, no habrá interculturalidad mientras la actual estructura social no se transforme.

Para que nuestros esfuerzos sean interculturales, los trabajadores de salud deberíamos: trabajar extramuralmente en las casas de la comunidad, con las fa-



milias de la comunidad, con los entendidos de la comunidad y con las amas de casa.

Vivir en forma intercultural exige en lo personal:

1. Entender la variedad y relevancia de las culturas del mundo.
2. Revisar la realidad social, política, étnica y cultural del país.
3. Comprender críticamente las interrelaciones entre el servidor, la institución, la escuela, el hogar y los grupos culturales de la comunidad.
4. Realizar una inmersión cultural efectiva: 1. Siendo flexible para adaptarse a nuevas ideas, 2. Demostrando voluntad de cambio, y 3. Flexibilidad para tolerar la ambigüedad de una situación desconocida.
5. Capacitarse en temas de Salud Intercultural.

Trabajar en salud en forma intercultural exige:

- Participativamente, identificar, analizar y sistematizar intervenciones y estrategias para superar barreras culturales en los servicios de salud.
- Identificar y comparar los aspectos benéficos y no benéficos de las prácticas de salud de la comunidad.
- Recomendar procedimientos o modelos interculturales.
- Promover servicios con calidad y sensibilidad cultural.
- Adaptar los servicios de salud a los valores sociales, culturales y espirituales de los usuarios.
- Proponer procedimientos éticos en salud.
- Divulgar los hallazgos: publicar, compartir y difundir los valores culturales mediante mensajes, foros especializados, clases y conferencias.

La bioética en la interculturalidad

Una vez esbozados estos criterios sobre interculturalidad y acerca de la importancia de vivir y trabajar en forma intercultural, es conveniente referirnos a los aspectos éticos que una relación de valores distintos produce cuando debemos contrastar principios morales provenientes de raigambres culturales distintas. En este sentido y de forma coyuntural, observamos en años recientes que el pueblo ecuatoriano, a través de una Asamblea Constituyente, fue testigo de un proceso inicial de transformación social (Constitución de 2008) que continúa planteando cambios y reformas administrativas y sociales, con la finalidad de llegar a una vida ciudadana más justa y equilibrada. Este es el caso cuando hablamos de la prestación de servicios de salud en Ecuador; sin embargo, los



aportes que vienen a continuación son para el pueblo latinoamericano, basados en el ejemplo ecuatoriano.

La inclusión de los principios fundamentales de la bioética en el proceso de reforma del sector salud constituye una contribución a disminuir la inequidad y exclusión y asegurar el cumplimiento de los derechos humanos en salud.

La reciente propuesta de Transformación Sectorial de Salud en el Ecuador⁵ contempla valores morales, cívicos y sociales que traslucen un espíritu de reivindicación social, el mismo que propone suspender las restricciones a las que hasta el presente, en forma arbitraria o no intencionada, estuvieron sometidos grupos de población, excluidos por ello de la equidad y expuestos a discriminación, cuando en realidad debieron ser los beneficiarios.

La generación de pautas bioéticas nacionales y locales deben ser consecuencia de la revisión histórica de documentos previos que parten de los valores humanos considerados apropiados para la convivencia de individuos y sociedades, pasando por los principios éticos fundamentales, las leyes y normas nacionales, así como los acuerdos y declaraciones internacionales (Ortega, 2009).

Principios fundamentales de la bioética

1. Derecho a saber y a decidir sobre su propia salud

El Principio de Autonomía reconoce la necesidad del respeto a la capacidad de libre decisión del individuo, tomando en cuenta sus preferencias personales, para decidir respecto de su salud. En la práctica este derecho toma vigencia a través de tres aspectos básicos:

- 1) La autodeterminación.
- 2) El consentimiento informado.
- 3) La protección especial para grupos de personas vulnerables:
 - Personas con escasa o nula instrucción.
 - Personas pobres.
 - Personas con dificultades para obtener acceso a los servicios de salud.
 - Mujeres⁶.

La autodeterminación del paciente

Desde la perspectiva bioética es necesario que los pobladores libremente tomen la decisión de solicitar los servicios ofertados o de someterse a procedi-



mientos diagnósticos, terapéuticos, quirúrgicos o de rehabilitación a través del ejercicio de su derecho a conocer, a estar informados y a decidir sobre su problema de salud en particular. Este procedimiento permite al paciente aceptar y compartir con el agente o institución de salud la responsabilidad del mantenimiento o recuperación de su salud, siendo éste un concepto relacionado básicamente con el principio de autonomía.

Según esta nueva concepción el agente de salud, tanto profesional como no profesional⁷, deja de ser el centro y el protagonista incuestionable de la atención de salud, para convertirse en quien debe mantener informado al paciente y su familia y, además, quien rendirá cuenta de procedimientos y acciones de salud evaluables con parámetros conocidos y con precisos indicadores de cumplimiento y satisfacción. El paciente se convierte ahora en el centro del diálogo asistencial y el agente de salud es quien da respuestas que orientan coherentemente los cuidados de salud.

De igual manera, todos los pacientes tienen derecho a conocer la naturaleza y las posibles consecuencias de su dolencia, así como el tipo de procedimientos a los que deberá someterse y los riesgos que éstos revisten, los beneficios que se lograrán y el pronóstico de su futuro. Esta información la debe recibir del agente de salud en forma clara, concisa y veraz. En casos especiales su consentimiento debe ser solicitado en forma verbal o escrita; para ello la autoridad de salud debe estandarizar los formatos a utilizar y los procedimientos que requieren de dicho documento. Por consiguiente, los agentes de salud deberán haber sido formados con el conocimiento de los principios de bioética, a más de cumplirlos y hacerlos cumplir. Las instituciones formadoras de recursos en salud son las llamadas a coordinar con la institución rectora de la salud (MSP), para la instrucción adecuada de sus educandos.

El consentimiento informado

Más que un documento es un proceso que contribuye al respeto de la autonomía del paciente y debe traducir una decisión consciente e informada, a través de la cual el paciente y el agente de salud se pongan de acuerdo y resuelvan conjuntamente las opciones diagnósticas, terapéuticas o quirúrgicas y sobre las consecuencias anticipadas de las mismas. No se trata de la aceptación resignada de un individuo que en un ambiente de incertidumbre tiene la esperanza de su recuperación confiado en el saber o fama de un agente que decide por él.



El consentimiento informado no es un acto rutinario que deja constancia del paso eventual de información al paciente. Además, revela que existió un proceso de mutua reflexión, con la comprensión de los conceptos, la seguridad de los procedimientos y la tranquilidad de compartir la responsabilidad en el manejo de la enfermedad. En él se trasluce el esfuerzo conjunto por aclarar dudas y resolver entre diversas alternativas, incluida la opción de ninguna acción. Es una decisión informada que se plasma en un documento denominado Consentimiento Informado, reflejo de la interacción entre el paciente y el agente de salud.

Este documento es el proceso mediante el cual se garantiza por escrito que después de haber recibido y comprendido toda la información necesaria y pertinente, una persona sana o enferma expresa voluntariamente su intención de participar en cualquier investigación o procedimiento de salud que supone molestias, riesgos o inconvenientes que previsiblemente podrían afectar su salud o su dignidad, así como las alternativas posibles, derechos, obligaciones, responsabilidades y beneficios de su participación.

La solicitud de firma del documento de Consentimiento Informado implica una obligación profesional de tipo moral que vincula al personal de los servicios de salud con sus pacientes.

El Principio de Autonomía y la elección de un modelo de salud

Este principio se relaciona con el respeto que se merece el paciente al manifestar su preferencia por un modelo de salud determinado y cuando acude al tipo de agente de salud que creyera adecuado para su necesidad. Pese a que la pluriculturalidad y la interculturalidad son dos términos utilizados en los documentos legales en los que se sustenta la propuesta de transformación (TSSE), es notoria la necesidad de ubicar en el panorama nacional la presencia de otros modelos de atención de la salud que no han sido incluidos en el Sistema Nacional de Salud ni en la propuesta de Transformación Sectorial.

No hacerlo es desconocer la presencia de otros modelos y de la autenticidad de las respuestas que ante la enfermedad han sido generadas en forma ancestral por los pobladores del país, aún antes de que éste se constituyera. Negar las medicinas tradicionales amazónicas, andinas o de otra región, es también hacerlo con el derecho de los pueblos a expresarse culturalmente. No reconocer la utilización de otras formas de tratar la enfermedad, como las medicinas tradicionales de otras culturas del mundo o las medicinas alternati-



vas, es suspender el derecho a la libre decisión de los pacientes. La transformación del sector salud para ser de aplicación universal debe demostrar su sensibilidad ante los demás modelos de salud existentes en Ecuador, salvo que se trate de un Sistema Nacional de Salud que no se relaciona ni regula a todos los modelos de salud, incluida la práctica privada de la medicina convencional.

Evidentemente, si la aplicación del principio de autonomía debe ser parte fundamental de la propuesta de transformación sectorial de salud, para que la misma cumpla su rol de transformación (pacientes informados cuya decisión es respetada por el agente de salud), la capacitación del personal de salud es indispensable, tanto como la difusión de este derecho en forma extensiva a toda la comunidad.

2. Derecho a la igualdad y a la protección en salud

El Principio de Justicia buscó desde un inicio establecer un equilibrio en la administración universal de los beneficios de salud evitando la exclusión de individuos o grupos sociales. Cabe destacar dos aspectos importantes al aplicar el principio de justicia. El primero se refiere al derecho a la distribución equitativa de los beneficios y por ende a la reducción equitativa de los riesgos; y el segundo es el derecho a la protección especial para los grupos vulnerables.

Si se acepta que todas las personas tienen derecho a la salud, también se admitirá que todas deben tener igualdad de oportunidades para recibir dicha atención. En el marco de la salud el Principio de Justicia debe entenderse como la distribución equitativa de bienes escasos en una comunidad; esto es lo que los filósofos denominan ‘justicia distributiva’⁸⁷, también denominada ética social.

“Es cosa amable hacer el bien a uno solo; pero más bella y más divina es hacerlo al pueblo y las ciudades”, decía Aristóteles (Sánchez, 1998).

El Principio de Equidad es de valor fundamental para garantizar la satisfacción del derecho a un trato justo, sin que medien distinciones sociales, culturales, económicas, geográficas o aspectos tan específicos como el género, el nivel de instrucción, la edad, etcétera.

Equidad e igualdad son dos conceptos estrechamente relacionados pero distintos. “La equidad nos obliga a plantearnos los objetivos que debemos conseguir para avanzar hacia una sociedad más justa. Una sociedad que aplique la igualdad de manera absoluta será una sociedad injusta, ya que no tiene en



cuenta las diferencias existentes entre personas y grupos. Y, al mismo tiempo, una sociedad donde las personas no se reconocen como iguales, tampoco podrá ser justa”⁹.

En sentido práctico la implementación de estos principios puede verse cuestionada cuando el Estado trata de iniciar la transformación sin contar con los recursos suficientes y adecuados y, por tanto, las acciones deben ser orientadas hacia grupos específicos, posponiendo (discriminando) de alguna manera a otros individuos.

La priorización o establecimiento de categorías a ser atendidas con los escasos recursos depende de la idoneidad y confiabilidad de la autoridad de salud, quien debería proponer un plan de priorización basado en la certidumbre de no incurrir en exclusiones arbitrarias por condiciones económicas, educacionales, étnicas, políticas, religiosas, sociales, u otras diferentes a una razón de salud.

A manera de ejemplo, existe en los países latinoamericanos amplios programas de atención a la fecundidad. Programas y proyectos de salud materna, de maternidad gratuita, de planificación familiar, de alojamiento conjunto, etcétera. Éstos se enfocan hacia la población de mujeres en edad fértil y específicamente en las mujeres embarazadas. Las beneficiarias de dichos programas no llegan a superar al 3% de la población de cada país; sin embargo, en los mismos Estados existe un grupo de personas de ambos sexos que es proporcionalmente más grande, altamente vulnerable y biológicamente más susceptible de padecer patologías. Pese a ello, no existe ni el mismo número de programas, ni la atención necesaria para brindar una atención acorde a su necesidad de población de la tercera edad.

En los países andinos (Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela), el índice de envejecimiento (el número de personas de 60 años o más por cada 100 niños menores de 15 años) se duplicará en dos décadas. A diferencia de la experiencia de otras partes de Latinoamérica, estos países necesitan concentrarse en las personas mayores que viven en zonas rurales¹⁰.

La propuesta de transformación TSSE ya ha previsto esta condición de inequidad y ha advertido la necesidad de una priorización basada en principios incluidos en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud: equidad, calidad, eficiencia, pluralidad, solidaridad y universalidad. Si bien los principios ya han sido enunciados es menester el desarrollo de las normas e indicadores que los harán viables y comprobables¹¹.



Tomando en consideración que la equidad y la eficiencia han sido enunciados en la propuesta de transformación como “...factores de cohesión que permiten la articulación y la integración de mecanismos, tendencias y políticas...”, nos preguntamos si será este el momento de recomendar la discusión sobre la libre aceptación y articulación en el SNS de otros modelos de salud tales como: las medicinas tradicionales y las medicinas alternativas.

El Principio Bioético de Justicia aboga por el Principio de Equidad como un valor fundamental para garantizar la satisfacción del derecho a la salud, sin que medien distinciones sociales o culturales. Si las medicinas tradicionales y alternativas son consideradas en los artículos 360 y 362 de la Constitución de 2008 como elementos de importancia para la complementariedad del SNS, debemos esperar que la propuesta de transformación, TSSE, prevea su inclusión en el plazo considerado conveniente (Constitución de la República del Ecuador 2008).

La aplicación del Principio de Justicia también alcanza relevancia en relación con la promoción del desarrollo integral del personal de salud. Es justo, por lo tanto, que el personal sea instruido en los principios de la bioética, así como en un conocimiento cercano de los valores culturales de la población a la que sirve. El personal de salud tiene derecho para conocer sobre cada uno de los modelos de salud existentes en el país, actualmente integrados en el sistema nacional de salud. En este sentido, tanto el agente de la medicina convencional como el agente de la medicina ancestral deben conocer sobre los valores y principios que guían a cada modelo. Ésta parece ser una oportunidad conveniente para optimizar un proceso de articulación de esfuerzos complementarios en salud.

3. Derecho al buen trato

El tercer principio fundamental de la bioética se relaciona con la intención básica de la práctica profesional en salud que es la de hacer el bien o brindar un beneficio al paciente. Esta norma orienta los actos del agente de salud hacia la conservación de la vida y la protección de la salud de quien lo consulta.

El Principio Bioético de Beneficencia se refiere a la obligación ética de lograr los máximos beneficios y de reducir al mínimo el daño o la equivocación. Éste da origen a normas que permitan garantizar los beneficios previstos para el paciente, así como a la competencia de las personas que participan para salvaguardar el bienestar de los enfermos.



4. Derecho a no sufrir daño

Este es el Principio de No Maleficencia que debe complementarse con el Principio de Beneficencia (Beauchamp y Childress, 1999). El cuarto principio fundamental de la bioética es un llamado a la prudencia en el afán de hacer bien al enfermo. Constituye la desaprobación de cualquier acto por el cual se inflija daño en forma deliberada a las personas. Recordar el aforismo Hipocrático *primum non nocere*, primero no hacer daño.

Cuando el Principio de Beneficencia-No Maleficencia es aplicado, son tres los elementos de mayor importancia:

- 1) El bienestar físico, mental y social.
- 2) La reducción de los riesgos al mínimo.
- 3) La responsabilidad del agente de salud.

Los tres elementos van a relacionarse evidentemente con la calidad en la formación de los recursos humanos en salud, con la calidad de la atención brindada al paciente, su familia y comunidad y, claramente, con los esfuerzos preventivos y de promoción de la salud que todo el Sistema Nacional de Salud debe efectuar.

Los principios de los que ha partido la propuesta de transformación sectorial son: equidad, calidad, eficiencia, participación, pluralidad, solidaridad y universalidad. La aplicación de estos siete permite considerar la posibilidad de un proceso de complementación de modelos de salud, donde el modelo convencional público (unidades de salud del Estado) propuesto en el Sistema Nacional de Salud podría relacionarse con los modelos tradicional, alternativo y convencional privado (consultorios, clínicas, hospitales, farmacias y laboratorios particulares).

El establecimiento de una Red de Prestadores Públicos que promueva un modelo convencional público de atención integral y priorice la promoción, prevención y atención primaria no evitará la duplicación de actividades frente a los demás modelos, ya que es el paciente, su familia y la comunidad quienes escogen el modelo y agente de salud de su preferencia. La equidad y la eficiencia tendrán relevancia si realmente se convierten en factores de cohesión; esto es cuando permitan la integración de mecanismos, tendencias y políticas que pueden concertarse entre los distintos sectores que participan en los servicios de salud.



Para que el modelo de atención integral, familiar y comunitario pueda tener un enfoque intercultural y responda a las aspiraciones y necesidades de los diferentes grupos sociales que habitan en el país se requiere una formación adecuada del personal en términos de conocimiento de los conceptos y valores en salud que posee la comunidad; además, se necesita de una apertura personal a la interculturalidad, hecho que únicamente será posible conociendo a los grupos étnicos, respetando sus valores y saberes ancestrales. Es indispensable un proceso de sensibilización de los servicios, todos los agentes de salud deben recibir un conocimiento básico sobre los principios de la bioética, más aún aquellos que proponen proyectos de investigación con la participación de seres humanos.

Aspectos bioéticos en investigación en salud intercultural¹²

“Las normas internacionales para la evaluación ética de las investigaciones biomédicas son textos que tienen un significado histórico. Éste es expresión de aquellos enunciados morales que una comunidad internacional más o menos amplia pudo postular como suyos en un tiempo determinado” (Tealdi, 2005).

La proposición de normas internacionales como el Código de Núremberg o la Declaración de Helsinki ha tenido sentido histórico para la humanidad, pues en su momento supieron expresar un consenso de naciones o actores sociales que actuaron en representación de sus países ante eventos adversos a los intereses de la humanidad. Dichos actores sociales habían sido atribuidos de un poder nacional a manera de interlocutores de una diversidad de grupos sociales, como si existiera un consenso racional entre las partes que los delegaron para la construcción de las normas.

El criterio de legitimación de este consenso racional de las normas éticas internacionales fue la generación de enunciados morales con capacidad de ser universalizados. No obstante, dicha posibilidad no está exenta de generar tensiones o contradicciones no sólo en el enunciado de las normas, sino también en el alcance efectivo de su aplicación, debido fundamentalmente a la naturaleza de su origen vinculado con patrones mentales y sociales pertenecientes a un enfoque biomédico específico (occidente).

Inicialmente, las normas éticas internacionales nacieron de un consenso racional de representantes de una corriente cultural, la de la sociedad occidental (los Aliados: Reino Unido, Estados Unidos, Francia y Unión Soviética); por lo tanto, limitan la posibilidad de un acceso intercultural más amplio. Los Juicios



de Núremberg representaron un avance jurídico que sería aprovechado posteriormente por las Naciones Unidas para el desarrollo de una jurisprudencia específica internacional que desarrollaría más tarde la Declaración de los Derechos Humanos; empero, los representantes de los países a las deliberaciones internacionales no necesariamente han representado los anhelos de miles de grupos humanos minorizados integrantes de múltiples culturas. Por todo esto, dichas normas son perfectibles y deberán considerar la posibilidad de su reformulación y complementación.

La investigación en salud humana no necesariamente debe obedecer a un patrón intelectual biomédico. Es conveniente, por el bien de quienes sufren deterioro en su salud, que la investigación en salud deje el paradigma biológico y medicalizado actual, para dar paso a una visión más amplia donde exista un balance entre los aportes de las Ciencias Biológicas y Médicas con las Ciencias Sociales y con los saberes ancestrales de las culturas del mundo.

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.

Por lo común, es el científico, la industria, la institución quienes obtienen los primeros reconocimientos de los resultados de la investigación biomédica dejando en última instancia al sujeto de investigación. La investigación en Salud Intercultural es menester, por lo tanto, tomar en consideración que muchos de los conocimientos y prácticas en salud de otras culturas tienen la legitimidad y autenticidad que aquellos grupos humanos les imprimen. Por ende, es menester el establecimiento de procedimientos de investigación cuyo enfoque abarque esquemas mentales diversos en su aproximación a la realidad estudiada. El resultado será el empoderamiento del saber local y el desarrollo de conocimientos y prácticas de beneficio universal.

La buena relación social entre interlocutores de distintos modelos de atención de salud es importante, pero no sólo hay que considerar esto sino todo el ambiente, sin dejar de lado las demandas, exigencias y aspiraciones de la población. Las fuentes de datos deben dejar de ser las necesidades técnicas del investigador, sino por el contrario deberían ser lo que dice la población y lo que dicen los operadores (Sola, 2009).



La noción de derechos humanos implica la existencia de sociedades humanas distintas entre las cuales se da la posibilidad de desacuerdos morales. La práctica de la investigación en salud en contextos interculturales debe basarse en una bioética fundamentada en los derechos humanos y, consecuentemente, respetuosa del contexto y tradiciones culturales de las diferentes comunidades.

Una bioética fundada en los derechos humanos es universalista pero a la vez no puede concebirse si no es contextualmente porque la noción misma de derechos humanos como límite inestable entre los mundos de la moral y la inmoralidad sólo se verifica en un tiempo y lugar como lo es, por ejemplo, América Latina (Tealdi, 2005).

En este sentido, para realizar estudios en Salud Intercultural en contextos culturales diversos es conveniente tomar en consideración el contexto histórico y social en que el investigador ha desarrollado su conocimiento, experiencias, antecedentes académicos, la sociedad que representa, la realidad urbano citadina de la que procede, el contexto histórico y social de la realidad que pretende investigar.

Antes de establecer el primer contacto el investigador debe recurrir a información secundaria previamente recopilada, conocer, por ejemplo, la relación entre las condiciones de salud del grupo de estudio en relación a factores de pobreza: estigmatización, discriminación y marginación.

Por lo general, las investigaciones nacen de un cuestionamiento de la realidad en la mente del investigador, por ello es importante reflexionar sobre el interés que motiva la realización del estudio. Su origen puede provenir de la comunidad, de la institución prestadora de servicios, de la academia, de la industria, etcétera.

Establecer si la investigación obedece a una curiosidad científica o a una realidad sentida por parte de la población a investigar es de crucial importancia, pues los resultados del estudio podrán tener destinos distintos: incrementar el conocimiento teórico sobre el fenómeno estudiado, o favorecer la implementación de un proceso de cambio social de la realidad. Idealmente podría cumplir con una función intelectual de incremento del conocimiento, aplicada a un cambio de la condición biológica, social o ecológica de la población estudiada.

Conocer cuál será el impacto del proceso investigativo en la población informante debería ser un planteamiento ético presente en toda investigación de Salud Intercultural. A partir de la década de los setenta el desarrollo de la investigación a gran escala y el descubrimiento de estudios realizados en poblaciones cautivas o marginales hicieron necesario crear códigos que protejan



a los grupos vulnerables. Con la finalidad de brindar protección a la población de los países y regiones pobres y subdesarrolladas, en 1982, el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas, (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS), elaboró las “Pautas Internacionales Propuestas para la Investigación Biomédica en Seres Humanos”, las cuales pretendían adecuar los principios éticos contenidos en Nuremberg y Helsinki a las realidades regionales particulares (Penchaszadeh, 2008-09).

La producción de normas supone, en la democracia, procedimientos que confrontan a los participantes con necesidades normativas conducentes al bien común, para lo que resulta imprescindible el entendimiento entre los ciudadanos en relación con las reglas para su convivencia (Justo, Erazun y Villarreal, 2004: 73-82).

Un procedimiento democrático que viene ganando la aceptación de la colectividad es la práctica de incorporar al investigado en el proceso investigativo. Esta conducta muestra claramente los alcances morales de la investigación, ya que reconociendo al sujeto se confiere mayor legitimidad al proceso que únicamente incorporándolo físicamente como objeto de la investigación. En este sentido, el investigador debe considerar las consecuencias de tal participación, la manera en que la investigación afecta a todos los implicados, la pertinencia de investigación en relación con las necesidades sentidas de la comunidad, el respeto de los derechos de cada individuo y la conveniencia de la participación colectiva de la comunidad para llegar a consensos acerca de lo que conviene al individuo y/o al bien común.

Antes de iniciar el proceso investigativo es necesario preguntarse sobre la factibilidad de aplicación del estudio, es decir, si se cuenta con todos los recursos necesarios: conocimiento intercultural, experiencia previa, contactos comunales apropiados, materiales y equipos indispensables, procedimientos conocidos, personal experimentado, financiamiento suficiente, entre otros.

De igual manera, en un sentido práctico antes de iniciar el estudio de terreno, el investigador deberá cerciorarse de la preparación de los instrumentos éticos a ser aplicados: descripción impresa, sencilla y completa del proceso investigativo en la lengua local y en redacción comprensible; instrumento de consentimiento informado; descripción sencilla de procedimientos diagnósticos, terapéuticos o de otra índole que el participante debe realizar, así como un cronograma sencillo de actividades; descripción de riesgos potenciales de la participación; beneficios esperados u ofertados; responsabilidades del equipo investigador y direcciones y teléfonos de contacto.



Las investigaciones de salud relacionadas con poblaciones indígenas, sean emprendidas por iniciativa de la propia comunidad o de un centro de investigación, deben ser organizadas, estructuradas y puestas en práctica tomando en cuenta las diferencias culturales, basándose en el respeto mutuo y buscando resultados beneficiosos y aceptables para ambas partes. La relación que se establezca ha de basarse en la colaboración y deberá hacerse un esfuerzo expreso por asegurar el equilibrio entre los intereses y responsabilidades del centro de investigación y los de la población indígena¹³.

La autonomía de los pueblos debe ser respetada y para ello los investigadores y la población indígena deberían establecer una relación de sociedad en condiciones de igualdad, preparando las propuestas de investigación en forma conjunta e incluyendo las modificaciones sugeridas por la comunidad ajustándose a sus necesidades.

Debe respetarse la autodeterminación del grupo cultural a participar o a desistir su continuada participación en la investigación, así como es indispensable asegurar la entrega de los resultados, su comprensión y aconsejar de ser necesario la pertinencia de la implementación de las recomendaciones.

Notas

- 1 Fernando Ortega Pérez: Doctor en Medicina, Magister en Antropología Cultural, Ph.D. en Salud Pública, Diplomado en Bioética-UNESCO. Profesor a tiempo completo en la Universidad San Francisco de Quito. Consultor de Naciones Unidas, UNFPA. Coordinador del Seminario Taller Internacional “Interculturalidad y ejercicio de Derechos en la Subregión Andina, con énfasis en la Salud Sexual y Reproductiva, para el fortalecimiento del *Sumak Kawsay*”.
- 2 Biomaxi. Marzo 2006. <http://Evolucionarios.blogaglia.com>.
- 3 Ardea Skybreak, Evolución de las razas humanas. <http://tantra84.spaces.live.com>
- 4 Ministerio de Salud Pública. Subsecretaría de Extensión de protección social en salud. Modelo de atención integral, familiar, comunitaria e intercultural. Quito. Abril 2008.
- 5 Transformación Sectorial de Salud en el Ecuador. La reforma estructural del sector salud. Equipo técnico para la transformación sectorial. Quito. Agosto 2008.
- 6 Pautas Éticas Internacionales para la Experimentación Biomédica en Seres Humanos Preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra 1993. Publicado originalmente en inglés por CIOMS, con el título “International Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects”. Traducido por Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER).
- 7 Recordar que se supone la creación de un Sistema Nacional de Salud integrador de todos los modelos de salud profesionales y no profesionales, públicos y privados existentes en el país, es decir las medicinas convencionales, alternativas y tradicionales.



- 8 The relationship of autonomy and integrity in medical ethics”. Bulletin of PAHO 24 (4): 361, 1990. <http://en.colombia.com/etica-médica-capitulo-V-parte-2.htm>.
- 9 Instituto de Estudios sobre Desarrollo y Cooperación Internacional. <http://www.bantaba.ehu.es/obs/ocont/eq/>
- 10 Perfil de adultos de la tercera edad en América Latina y el Caribe. ONU. 26 enero 2004. <http://www.un.org/Spanish/news>. Centro de noticias ONU, 25 de enero 2010.
- 11 V. Articulación de los principios del SNS Pág. 11. Transformación Sectorial de Salud en el Ecuador. La reforma estructural del sector salud. Equipo técnico para la transformación sectorial. Quito. Agosto 2008.
- 12 Este componente toma en consideración algunas reflexiones éticas presentadas por Nefalí Cueva del CENSI, Perú en el Seminario Taller Internacional sobre Interculturalidad y ejercicio de Derechos organizado en Quito por el Ministerio de Salud Pública con los auspicios de UNFPA del 10 al 13 de Nov. 2009.
- 13 OMS. Poblaciones indígenas e investigaciones sanitarias participativas. Planificación y gestión. Preparación de acuerdos de investigación. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 2003.

Bibliografía

BIOMAXI

2006 <http://Evolucionarios.blogaglia.com>.

BEAUCHAMP, T.L. y J.F.

s/a *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson.

EQUIPO TÉCNICO PARA LA TRANSFORMACIÓN SECTORIAL

2008 Transformación Sectorial de Salud en el Ecuador. La reforma estructural del sector salud. Quito. Agosto.

FOSTER, George y Barbara Anderson

1978 *Medical Anthropology*. New York: John Wiley and Sons.

INSTITUTO DE ESTUDIOS SOBRE DESARROLLO Y COOPERACIÓN INTERNACIONAL. <http://www.bantaba.ehu.es/obs/ocont/eq/>

JUSTO, Luis, Fabiana Erazun y Jorgelina Villarreal

2004 *La investigación participativa como derecho: ¿posibilidad o utopía?* Perspectivas Metodológicas, Vol.4 No.4, 73-82. Argentina: Universidad Nacional del Comahue.

LÉVI-STRAUSS, Claude

1968 *Mitológicas. Lo crudo y lo cocido*. México: Fondo de Cultura Económica.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (Subsecretaría de Extensión de protección social en salud)

2008 *Modelo de atención integral, familiar, comunitaria e intercultural*. Quito. Abril.

MUÑOZ MOLINA, Antonio

1995 “Travesías”. *El País*.



OMS

- 2003 *Poblaciones indígenas e investigaciones sanitarias participativas*. Planificación y gestión. Preparación de acuerdos de investigación. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

ONU

- 2004 Perfil de adultos de la tercera edad en América Latina y el Caribe. 26 enero. <http://www.un.org/Spanisg/news>. Centro de noticias ONU 25 de enero 2010.

ORTEGA PÉREZ, Fernando

- 2007 “Otras opciones en la atención de la salud: lo tradicional y lo alternativo”, en: *La equidad en la mira: la salud pública en el Ecuador durante las últimas décadas*. OPS/OMS 2007. Quito: OPS MSP CONASA.
- 2009 “La Bioética y la transformación Sectorial de Salud en el Ecuador”, en: *Alcances de la Propuesta de Transformación Sectorial a partir de la nueva Constitución 2008*, del IV Congreso por la Salud y la Vida, y del Nuevo modelo de gestión del MSP. MSP. Quito. Agosto.

PAHO

- 1990 The relationship of autonomy and integrity in medical ethics”. Bulletin of PAHO 24 (4): 361). <http://en.colombia.com/etica-médica-capitulo-V-parte-2.htm>.

PENCHASZADEH, Víctor B.

- 2008-09 Modulo III. Organización institucional e investigación en genética. Buenos Aires: UNESCO. Diploma en Bioética de la Investigación. Programa de educación permanente en bioética de la investigación en seres humanos. Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética.

SÁNCHEZ TORRES, Fernando

- 1998 *Temas de Ética Médica*. Bogotá: INET Colombiana S.A.

SKYBREAK, Ardea

- Evolución de las razas humanas. <http://tantra84.spaces.live.com>

SOLA, José

- 2009 La interculturalidad y la salud desde el marco ético de la salud pública. Seminario Taller Internacional “interculturalidad y ejercicio de derechos en la subregión andina, con énfasis en la salud sexual y reproductiva, para el fortalecimiento del Sumak Kawsay”. Quito (10 al 13 de noviembre).

TEALDI, Juan Carlos

- 2005 Historia y significado de las normas éticas internacionales sobre investigaciones biomédicas, en: Keyeux, G; Penchaszadeh, V.; Saada, A. (orgs.). *Investigación en seres humanos y políticas de salud pública*. Bogotá, UNIBIBLOS – Universidad Nacional de Colombia / Red Latino-Americana y del Caribe de Bioética de UNESCO.



II
INTERCULTURALIDAD,
GENERO Y SALUD



Género y etnia, los cruces de las inequidades en salud

Lilia Rodríguez*¹



Prefieren a la partera, no les gusta hacerse atender aquí. No les gusta venir a los servicios por el maltrato, el tiempo de espera, el idioma y porque tienen más confianza con la partera (entrevista a una enfermera del Hospital San Luis de Otavalo).

En la realidad de una mujer indígena, pobre, analfabeta o con muy pocos años de escolaridad, monolingüe en su lengua nativa, que vive en zona rural confluyen varios factores que configuran su situación de discriminación y exclusión. Estos mecanismos presentes en las sociedades actuales no pueden ser analizados como sistemas aislados o paralelos, sino como ejes que se articulan de manera compleja para reforzar estas inequidades.

A la desigualdad que se origina en las diferencias por género, se añaden otras desigualdades por clase, etnia, raza, edad, región u otras diferencias. “La categoría género permite delimitar con mayor claridad y precisión cómo la diferencia cobra la dimensión de desigualdad” (Lamas, 2002:38). El concepto de género, si bien, expresa una forma de desigualdad entre hombres y mujeres que tiene su base en la diferencia sexual, ésta no puede ser entendida si no es en su contexto cultural. Aquello que una cultura asigna, construye y acepta como conducta femenina o masculina es la construcción del género. Ésta es un fenómeno histórico que tiene lugar en las relaciones cotidianas, en la escuela, en los medios de comunicación, en las iglesias, partidos políticos, en el Estado y en todos los ámbitos en que se desarrollan los seres humanos. A nivel simbólico, lo femenino y lo masculino tienen distinto valor, reconocimiento, estatus, y son estos valores los que organizan relaciones jerárquicas entre hombres y mujeres, en la mayoría de sociedades.



Cada mujer y cada hombre sintetizan y concretan en la experiencia de sus propias vidas, el proceso sociocultural e histórico que los hace ser precisamente ese hombre y esa mujer: sujetos de su propia sociedad, portadores de su cultura, cobijados por las tradiciones religiosas de su grupo familiar, ubicados en la nación y en la clase en que han nacido, envueltos en los procesos históricos de los momentos y de los lugares en que su vida se desarrolla (Cazés, 1994:336).

El concepto de género emerge en el mundo de la academia, para cuestionar el esencialismo de que ‘biología es destino’, que todas las mujeres, por el hecho de serlo, viven iguales o similares experiencias de discriminación y exclusión y que, por tanto, su estrategia debe ser unirse como mujeres para poner fin al patriarcado. Con frecuencia, las estrategias que se reducen a trabajar desde la victimización de las mujeres, dejan de lado un aspecto fundamental que es el análisis del poder y cómo éste se expresa en las relaciones hombre/mujer, hombre/hombre, mujer/ mujer y cómo junto a las diferencias por género actúan otras diferencias que refuerzan las desigualdades.

Las representaciones del ser hombre y ser mujer tienen un anclaje en la cultura y en nuestro caso en la cultura occidental, que se asienta en sus propios valores y en su visión del mundo. Mohanty (1991) cuestiona la adopción de los patrones occidentales para medir la situación de las mujeres promedio en el llamado Tercer Mundo, “esta mujer promedio lleva una vida esencialmente frustrada basada en su género femenino (léase: sexualmente restringida) y en su carácter tercermundista (léase: ignorante, pobre, sin educación, tradicionalista, doméstica, apegada a la familia, victimizada, etcétera) Esto, sugiero, contrasta con la representación (implícita) de la mujer occidental como educada, moderna, que controla su cuerpo y su sexualidad, y libre para tomar sus propias decisiones (ibíd.: 56). Vale decir que esta crítica se aplica desde luego a la homogeneización de las mujeres del llamado Tercer Mundo, a su victimización y a los efectos de tipo paternalista que se expresan en las políticas de desarrollo, orientadas a ‘incorporar a las mujeres’ como si éstas estuviesen fuera de estos procesos, o fuesen receptoras pasivas del desarrollo, aspectos que por lo demás han sido ampliamente rebatidos (Moser, 1995, 91).

Lo que está en cuestión en realidad es el paradigma de desarrollo que promueve la modernización, el crecimiento económico acelerado, el dominio del pensamiento y de acción, basado exclusivamente en un sistema de conocimiento correspondiente al occidente moderno y la necesidad de deconstrucción de ese paradigma, que ha resultado en mayor exclusión y pobreza para hombres y mujeres, desvalorización de las culturas, y descalificación de otros sistemas de conocimiento no occidentales (Escobar, 1998).



El Sumak Kawsay, Buen vivir, como principio orientador de la vida en la filosofía andina, es una de las contribuciones más recientes que aporta al debate sobre el desarrollo y la necesidad de repensar la vida, el progreso, la riqueza y la pobreza, es decir, las relaciones entre los seres humanos. El bienestar no puede ser medido sólo por la bonanza material y el consumo. Por sobre éstos cuenta la calidad de la vida, la forma de relacionarse entre los seres humanos y la naturaleza, la cantidad de recursos naturales que utilizamos, la pervivencia de la riqueza cultural, aquella riqueza intangible, los conocimientos, prácticas, formas de nacer, crecer, vivir y morir que nos hacen únicos. Es en este contexto que también deben redefinirse las relaciones entre hombres y mujeres.

El Sumak Kawsay alude a relaciones armónicas del ser humano con la naturaleza, la espiritualidad, la comunidad, los otros seres humanos, tienen como bases el principio de la dualidad complementaria o *Karywarmikay* y hace referencia a la presencia de un polo opuesto que implica la presencia del otro, los complementarios que no se contraponen. “Ningún ente y ninguna acción existe monádicamente, sino siempre en coexistencia con su complemento específico” (Estermann, 1998, 126). Este principio de la filosofía andina señala que el “individuo autónomo y separado en el fondo es incompleto. Recién en conjunto con su complemento, la entidad particular se convierte en un todo, completo”. Así, cielo y tierra, sol y luna, claro y oscuro, día y noche, masculino y femenino no son contradicciones excluyentes, sino complementos para afirmar una entidad superior. El ideal andino no es el extremo, uno de dos opuestos, sino la integración armoniosa de los dos” (ibíd.:129).

El principio de complementariedad explica que ningún ente existe solo, por sí mismo, sino siempre en coexistencia con su complemento, que hace que el ente sea completo. Este principio enfatiza la inclusión de los opuestos en un ente integral. Este principio aplicado a la comprensión de las relaciones de género en los pueblos indígenas andinos indica que las relaciones hombre-mujer no son antagónicas, sino complementarias, cada uno cumple una función necesaria para la vida. En la práctica, sin embargo, este principio se ve alterado por la evidencia de relaciones inequitativas donde quizá la expresión más clara es la violencia de género presente en las relaciones entre hombres y mujeres en los pueblos indígenas.

¿Cómo se construyen las relaciones de género en el mundo indígena? ¿Qué se consideran conductas aceptables, deseables de hombres y mujeres? ¿Cuál es la cosmovisión sobre las relaciones entre hombres y mujeres? Empezaremos reconociendo que no cabe una generalización de la construcción del género en



los pueblos indígenas, los pueblos indígenas en nuestra región no constituyen una categoría homogénea, diferencias por género, residencia urbana/rural, nivel de escolaridad, edad, nivel de ingresos, constituyen factores que inciden en su mayor o menor acceso a los recursos de la salud y a la posibilidad de decidir sobre los mismos. Por otra parte, cada cultura elabora sus atributos de género, lo que se espera y valora de hombres y mujeres, estos los atributos de género varían a lo largo del ciclo vital, y se modifican por influencia de los procesos de urbanización, migración, los contactos interculturales etcétera.

Estas relaciones requieren, sin embargo, un mejor análisis partiendo de que el género es una construcción social y cultural que es dinámica sujeta a cambio y que ninguna práctica violatoria de los derechos humanos puede ser aceptada como una práctica cultural que justifique, por ejemplo, la violencia de género.

¿Cómo se expresan las diferencias de género en la salud? ¿El ser hombre o ser mujer conlleva diferente posibilidad de acceso a los recursos de la salud? ¿Qué sucede cuándo a la diferencia de género se añade la diferencia racial, étnica, de clase o de edad?

La ‘inequidad’ en salud ha sido definida como la falta de iguales oportunidades de acceso a los recursos disponibles en salud y una distribución no democrática del poder en el sistema de salud (OPS). La inequidad en salud puede estar basada en diferencias de clase, género, raza, etnia, generación, discapacidad u otras diferencias.

La salud de las mujeres está relacionada con su historia reproductiva, número y espaciamiento de los hijos, tipo de embarazo y partos si fueron atendidos o no por personal calificado, por su inserción en las actividades económicas, sea en el mercado formal, informal o en la economía de subsistencia, el tipo de actividad económica, las condiciones en que se desarrollan, el prestigio social o no de estas actividades, inciden de una u otra manera en la salud de las mujeres.

Junto con la historia reproductiva y la inserción en el mercado de trabajo o en actividades económicas o de subsistencia, operan también otros factores relacionados con su inserción en las actividades comunitarias, aquello que Carolina Moser (1995) llama el triple rol de las mujeres, el productivo, el reproductivo y el comunitario. Partiendo del reconocimiento de que las mujeres y los hombres tienen distintas posiciones dentro del hogar y distinto control sobre los recursos, cumplen distintos roles y también tienen distintas necesidades, Moser cuestiona tres supuestos que operan en las políticas públicas: 1. La su-



puesta homogeneidad de las estructuras de hogar, donde la estructura predominante es la familia nuclear, con el hombre como cabeza de familia, 2. El hogar como una unidad socioeconómica natural dentro de la cual hay un control y distribución equitativa de los recursos y de la toma de decisiones y 3. La división del trabajo por género dentro del hogar, considerada como natural, con actividades definidas para hombres y mujeres en lo productivo, reproductivo y comunitario, tareas que son culturalmente asignadas.

Si bien, los aportes de Moser se originaron en una crítica a la teoría y práctica de la planificación y de las políticas públicas con relación a las mujeres, proponiendo una planificación de género, y pese a que su teoría no considera de manera específica a las mujeres indígenas, podemos coincidir en que esta triple carga de responsabilidades y roles de las mujeres se aplican también a las mujeres indígenas, con algunas especificidades, y que en lo fundamental refuerzan su situación de discriminación y exclusión, con consecuencias para su salud.

Podríamos añadir, que la salud de las mujeres está determinada por una serie de factores asociados a sus roles o funciones sociales. Así, los ‘factores biológicos’ que incluyen las funciones reproductivas, el riesgo de enfermar o morir durante el embarazo, parto, postparto, son riesgos agravados por la pobreza, la diferencia étnica o cultural, la edad, la escolaridad, la residencia urbana/rural, entre otros.

Los ‘factores socioeconómicos’, donde incluimos la triple carga que soportan las mujeres por su trabajo reproductivo, productivo y comunitario, y las condiciones en que cumplen esas funciones, junto con la violencia de género, el abuso sexual, el embarazo no deseado en adolescente y jóvenes, así como las infecciones de transmisión sexual, tienen características específicas cuando se trata de mujeres indígenas.

Entre los ‘factores políticos’, incluimos la desigual participación y toma de decisiones de hombres y mujeres en la vida pública y privada. La toma de decisiones en la vida personal, incluidas las decisiones sobre la salud sexual y reproductiva, está influenciada por el nivel de escolaridad, la posibilidad de acceso a la información, las oportunidades de desarrollo de liderazgos capaces de incidir en las decisiones a nivel privado y a nivel comunitario.

Los ‘factores culturales’ donde se incluye la discriminación por diferencias culturales y étnicas y que tienen incidencia en la calidad de los servicios de salud, son factores que juntos conllevan una mayor desventaja para las mujeres indígenas en el acceso a los servicios, lo que a su vez tiene repercusiones concretas por ejemplo en la morbilidad materna e infantil.



En este último aspecto, vamos a mostrar evidencia de cómo los factores culturales inciden directamente en la calidad de la atención y en la cobertura de los servicios.

Con base a un diagnóstico realizado en Otavalo, provincia de Imbabura, entre el 2007 y 2008² sobre las usuarias de servicios de salud del Hospital San Luis, el personal de salud y las parteras, como base para implementar cambios en el hospital, se encontró que la atención al proceso reproductivo está atravesado por prejuicios y discriminación basados en las diferencias étnicas y de género. Los prejuicios y discriminación se originan tanto en las diferencias de género, como en las diferencias culturales y étnicas. De hecho, no es lo mismo ser mujer mestiza usuaria de los servicios del hospital, que mujer indígena.

Sí he venido madrugando a coger el turno....pero siempre ellas (las mestizas) tienen preferencia...a nosotras nos dejan siempre al último (mujer indígena).

La percepción de desigualdad en el trato en el hospital con base a las diferencias culturales y étnicas es una de las razones por las que las mujeres indígenas desconfían del hospital, tienen recelo de acudir a sus servicios, pues sienten que son pacientes de segunda categoría.

El no uso de los servicios que ofrece el hospital y en particular la atención del parto, implica que alrededor de un 60% de partos se realicen en los domicilios con ayuda de un familiar o una partera. Las diferencias en las prácticas hospitalarias y las prácticas de las mujeres indígenas alrededor del embarazo, parto y posparto muestran dos concepciones distintas del proceso reproductivo. A continuación un resumen de las brechas encontradas.

Los resultados de este estudio muestran que las prácticas alrededor del embarazo, parto, postparto, son procesos medicalizados en los que el cuerpo de las mujeres es manipulado por agentes de salud que deciden qué hacer, cómo hacer y cuándo hacer, generalmente sin mayores explicaciones sobre dichos procesos. El proceso reproductivo dejó de ser un atributo del cuerpo y se ha convertido en un tema médico. Se ignora que “hay una pluralidad de cuerpos del mismo modo que hay una pluralidad de culturas, pues el cuerpo es una construcción social y cultural” (Le Breton, 1990, 182).



Brechas entre la oferta de servicios del Hospital San Luis en la atención del embarazo, parto y posparto y la demanda de las mujeres indígenas

Brechas	Percepciones, prácticas y demandas de las mujeres indígenas de Otavalo	Percepciones y prácticas del personal de salud
Lengua	Mujeres indígenas prefieren que se les hable en su propia lengua, el Kichwa, pues es más familiar, especialmente las mayores que tienen dificultad de entender el castellano. Las mujeres más jóvenes son bilingües castellano/kichwa, mientras las mayores son monolingües. Éstas últimas tienen mayores dificultades para relacionarse y comprender el castellano.	El personal de salud en su mayoría no habla el kichwa ni otras lenguas nativas. No existen diferencias entre hombres y mujeres. Existen pequeñas diferencias entre el personal que por razones de trabajo o estudio ha tenido que relacionarse con población indígena.
Educación y comprensión de la información sobre procedimientos en el hospital.	El lenguaje técnico sobre procedimientos durante el embarazo, parto, posparto es incomprensible para muchas mujeres y tampoco se les informa sobre dichos procedimientos. La falta de información genera temor del hospital. Nivel de escolaridad de mujeres indígenas es bajo. El promedio de escolaridad de hombres indígenas es de 4,2 años. El promedio de escolaridad de mujeres indígenas es de 2,5 años.	El personal de salud toma decisiones que se las transmite de manera poco comprensible para mujeres que hablan otra lengua y con poca escolaridad. Brecha en escolaridad. Promedio nacional 7,1 años
Uso de hierbas y Aguas aromáticas	Las mujeres quisieran que en el hospital se permita el uso de hierbas medicinales de acuerdo a su costumbre, las que sirven para aliviar el dolor o apurar el trabajo de parto.	El personal de salud no conoce mucho pero permiten que algunas que solicitan tomen aguas que traen los familiares.
Temperatura	En la cosmovisión indígena, el principio frío-calor está presente en las prácticas y tratamiento de enfermedades y también en la atención del embarazo y parto. El parto debe desarrollarse en un ambiente cálido, sin corrientes de aire, el cuerpo está cubierto para evitar enfriamiento y complicaciones del parto.	El personal de salud desconoce los principios del frío/calor. Los criterios de higiene son distintos para el personal de salud y para las usuarias del hospital. El hospital es frío por el tipo de construcción. Adicionalmente existe la práctica de baño a las indígenas que llegan para dar a luz.
Ropa en el hospital	Las mujeres se quejan del frío del hospital, que se agrava por el uso de batas de tela ligera o desechable que dejan descubierto su cuerpo y que son de color blanco, que no solo produce miedo sino también vergüenza y temor de que se manche.	La práctica de los hospitales públicos es el uso de este tipo de ropa, generalmente color blanco o verde, con abertura posterior.
Posición del parto	Las mujeres quisieran que se les pregunte y se les dé oportunidad de decidir sobre la posición del parto. De preferencia quisieran dar a luz en posición vertical: arrodilladas, en cuclillas o como se acomodan, y de acuerdo a sus costumbres.	El personal de salud no pregunta cuál es la preferencia de las mujeres porque consideran que la posición "natural" es la ginecológica. El parto vertical no se practica porque el personal de salud no sabe cómo hacerlo. Las universidades no enseñan estas alternativas ni se prioriza la opinión y necesidades de las usuarias. El médico impone la posición de parto.



Género y etnia, los cruces de las inequidades en salud

Brechas	Percepciones, prácticas y demandas de las mujeres indígenas de Otavalo	Percepciones y prácticas del personal de salud
Pudor	Las mujeres tienen vergüenza de que se les pida desvestirse y que no haya privacidad en el servicio.	El personal de salud considera natural pedir que se desvistan y hacerlo en presencia de otras personas como enfermeras, estudiantes u otro personal del hospital.
Tactos	Las mujeres no quieren que les realicen tactos, más aún cuando son médicos hombres y los realizan de manera repetida.	La realización de tactos es práctica común.
Ingreso de familiares	Las mujeres insisten en que los familiares deben ingresar al hospital para ofrecer apoyo moral a la parturienta.	Por razones de espacio y de que no es una clínica, el personal no está de acuerdo con el ingreso de familiares.
Masajes	Las mujeres quisieran que se les alivie el dolor con masajes durante la etapa previa a la expulsión.	Esta práctica no está incluida ni permitida en el servicio.
Presencia de la partera	Las mujeres indígenas se sentirían acompañadas si se permitiera el ingreso de su partera de confianza, que generalmente habla su propia lengua y que las ha acompañado durante el embarazo. El ingreso de la partera sería un factor positivo que contribuiría a que las mujeres tengan confianza en el hospital para que el personal pudiera reconocer y aprender del trabajo de las parteras.	Las parteras no pueden entrar al hospital. Hay desconfianza sobre su trabajo y se las culpa de malas prácticas. ¿Quién asumiría el pago del trabajo de la partera? No es política del hospital ningún tipo de relación con las parteras.
Manejo de la placenta	Una práctica tradicional es el entierro de la placenta generalmente cerca de la casa con un ritual relacionado con el bienestar del bebé y de la madre.	Se desecha la placenta sin preguntar a la mujer ni a la familia. Es parte de la rutina hospitalaria. El hospital podría devolver la placenta a quien la solicite.

La sexualidad, la reproducción y la planificación de la familia

Los conocimientos sobre fecundación y concepción son distintos entre hombres y mujeres. Las mujeres entrevistadas en el citado estudio no poseen información clara sobre el proceso reproductivo ni sobre el momento de la fecundación. Las mujeres más jóvenes con algún nivel de instrucción conocen más. Los hombres sí conocen los días fértiles de la mujer, según ellas, son sus maridos quienes 'llevan la cuenta' de cuáles son los días peligrosos para embarazarse.

No sé cuándo será...él sí sabe cuándo me enfermo.
Parece que es cualquier rato.

Más de la mitad de las mujeres entrevistadas para el estudio tuvieron sus hijos antes de cumplir 19 años, lo que indica que inician temprano el ciclo reproductivo. Culturalmente, el embarazo a temprana edad no es considerado



un problema, sin embargo, este criterio está cambiando. Así lo expresan las mujeres más jóvenes y con mayor nivel de educación, que sí consideran que el embarazo de las muy jóvenes puede ser peligroso.

En cuanto a la práctica de la planificación familiar, las familias indígenas utilizan algunos recursos y métodos naturales para retardar los nacimientos, como el uso de plantas. También ciertas prácticas como el encaderamiento luego del parto, la lactancia prolongada, infusiones y el *coitus interruptus* son prácticas frecuentes. La Encuesta Endemain 2004, muestra que existen diferencias entre la tasa global de fecundidad observada en las mujeres indígenas (4,9 hijos/as por mujer) y la tasa global de fecundidad deseada (3,5 hijos/as por mujer), es decir existe una diferencia de 1,5 hijos. La misma encuesta muestra la diferencia en el uso de métodos anticonceptivos modernos, en el caso de las mujeres mestizas llega a 61,9% en tanto que en las mujeres indígenas llega al 26,5%. ¿A qué se deben estas diferencias?

Creemos que inciden factores culturales asociados al significado que se otorga a los hijos y su importancia a nivel social y económico, quienes no tienen hijos por alguna razón, son vistos como personas incompletas. Otros factores que inciden son la pobreza, la falta de educación e información, la falta de servicios de salud culturalmente adecuados, que indaguen sobre los factores culturales y que puedan ofrecer información de acuerdo a las diferencias de los/las usuarias.

Las prácticas anticonceptivas indican el deseo de hombres y mujeres de tener algún control sobre su fecundidad. Pese a este deseo y necesidad, hay parejas que desconocen cómo hacerlo.

Yo he oído que es malo, dicen que deja débil, no se puede trabajar, daña el cuerpo, por eso yo no tomé nada, no me hice nada (usuaria del hospital).

No es justo tener hijos así nomás, sin pensar. Yo tuve cinco hijos seguidos por no tener experiencia, después me cuidé y tuve otro hijo después de cinco años (usuaria del hospital).

En mi comunidad todos nos conocemos. Las mujeres que no tienen hijos dicen 'ya han de estar abortando' entonces por eso, no cuidamos (mujer indígena).

Casi la mitad de las entrevistadas indicó que la decisión de usar métodos anticonceptivos había sido tomada en pareja, mientras una cuarta parte de las entrevistadas señaló que ella sola había tomado la decisión 'calladita' del marido, porque él se opone. La otra cuarta parte, señaló que fue el esposo el que decidió sobre los métodos anticonceptivos.



Hay que conversar en pareja sobre planificación familiar. -Dicen las parteras. Cuando vienen solas las mujeres no funciona. Porque los hombres no entienden, hay machismo, no dejan que las mujeres tomen pastillas. Yo he tenido problemas por aconsejar a las mujeres que usen métodos. Los hombres toman a mal, dicen que las mujeres que no quieren hijos andan con otros (partera). Algunas mujeres hacen calladito, no avisan a los maridos porque ellos prohíben. Se ponen inyección y así no se nota. Así planifican porque la mujer es la que más fregada queda con tanto guagua (partera). La principal razón de uso de anticonceptivos o deseo de usarlo es “ya no quiere tener más hijos”, así como “espaciar los embarazos” “por razones de salud”, “por razones económicas”.

La opinión de los esposos o compañeros es que si se ligan se van a volver ‘locas’, los van a traicionar y van a abusar de su libertad, una vez que no tengan peligro de embarazarse. El temor a la infidelidad de las mujeres hace que los hombres prohíban el uso de anticonceptivos por parte de las mujeres. Este temor se profundiza en las parejas con uno de ellos migrante, generalmente hombre. Cuando uno de los dos migra, queda la duda. La migración está cambiando patrones de relación entre hombres y mujeres. Cuando ellos migran tienen mayor libertad. Las mujeres que se quedan en la comunidad tienen control familiar y social.

Las mujeres indígenas tienen temor a los métodos anticonceptivos y en particular a la ligadura, por los efectos secundarios que pueden producir como dolores de cabeza, disminución de energía para trabajar. Existe temor de que los maridos las dejen si se ligan.

Dicen que con ligadura se pierde fuerza, ya no se puede cargar leña ni hacer trabajos fuertes que hacemos en el campo.

Da recelo hablar de métodos da vergüenza. También da miedo de algunos métodos como ligadura.

El uso de anticonceptivos está mediado por el conocimiento, el acceso a la información, el nivel de escolaridad.

Violencia de género

Las evidencias de la violencia en las relaciones entre hombres y mujeres en el mundo indígena cuestionan el uso del argumento del principio de complementariedad usado en ocasiones para invisibilizar o justificar la violencia de género. De hecho, cuando se infringe la norma culturalmente aceptada relativa



a los papeles de hombres y mujeres en la comunidad, la violencia está justificada.

Cuando se trata de violencia de género en comunidades indígenas los usos y costumbres propias, es decir a las formas de administración de justicia y normas existentes en las comunidades no se aplican. De manera general, estos casos buscan resolverse a través de otros mecanismos dentro de la familia, donde el sesgo a favor de los varones opera desde la lógica de que el hombre es el jefe de familia y tiene derechos sobre la mujer.

Los problemas de violencia al interior de las familias y en particular contra las mujeres tienen sus mecanismos de tratamiento. La participación de los parientes rituales que incluyen a los padrinos, compadres y ahijados cumplen una función importante en solucionar problemas de este tipo. Los padrinos de matrimonio actúan como ‘consejeros’. Cuando surge algún problema entre los esposos, la primera instancia de apelación son los padres del culpable y si esto no es suficiente, se apela a los padrinos de matrimonio, si fuesen distintos que los padres. Sin embargo, los procesos migratorios y los cambios culturales que se están operando en las comunidades indígenas, indican que las relaciones rituales se están debilitando, lo que tiene efectos no sólo a nivel individual y familiar, sino también comunitario.

A nivel comunitario, son las personas mayores, los abuelos, quienes gozan de autoridad y quienes aconsejan. Si ello no es suficiente, acuden a los jueces de paz, a la organización comunitaria. Sin embargo, los Cabildos y las organizaciones comunitarias no están preparados para sancionar problemas de violencia familiar. Las autoridades de los Cabildos y de las organizaciones, por lo general, son hombres, por lo que su opinión puede tener un sesgo de género.

La violencia contra las mujeres durante el embarazo es un problema del que poco se conoce, pues la ficha clínica de los servicios de salud no registra este detalle. En el Hospital San Luis de Otavalo, el personal de salud reconoce que es muy frecuente atender mujeres que llegan maltratadas, algunas de las cuales están embarazadas. Según el estudio, el 15% de las mujeres entrevistadas sufrió algún tipo de agresión en el actual o en el último embarazo por parte del esposo, compañero o pareja.

Las leyes para sancionar la violencia contra las mujeres, en el caso de las mujeres indígenas son insuficientes. De hecho, la ley contra la violencia doméstica ha sido cuestionada por tener un sesgo urbano, mestizo y no considerar la diversidad cultural. Son las mujeres indígenas organizadas quienes están empezando a revisar los argumentos que justifican la violencia en base al principio de complementariedad y son ellas quienes empiezan a repensar y criticar los



usos y costumbres. Al parecer, los caminos son múltiples, los mecanismos domésticos y familiares, la justicia comunitaria y la justicia ordinaria cada uno por separado y en conjunto pueden articular redes de soporte y apoyo para enfrentar la violencia de género.

Conclusiones

1. Se necesita contextualizar los análisis de género. El análisis desde la visión del feminismo occidental es insuficiente para capturar la construcción de relaciones de género en los pueblos indígenas. El análisis de las construcciones de género está cruzado por otros determinantes de clase, etnia, generación, etcétera.
2. Las relaciones de género se construyen en contextos específicos. Los paradigmas de desarrollo moldean el ser hombre y ser mujer. Esos paradigmas generaron estereotipos sobre el papel de hombres y mujeres. La práctica mostró que los denominados roles de género al ser construcciones culturales, se modifican.
3. El triple rol de las mujeres y la forma cómo cumplen esos roles debido a sus condiciones económicas, diferencias étnicas, de región, de edad, inciden en la salud y en sus posibilidades de acceso a los recursos y bienes para preservar la salud. No necesariamente la participación social de las mujeres, implica mejores posibilidades de acceso a los recursos de la salud.
4. El principio del Sumak Kawsay, Buen Vivir, como filosofía de vida, que propone la centralidad del ser humano y valora las relaciones armoniosas entre seres humanos, debe también incluir relaciones armoniosas entre hombres y mujeres basadas en el respeto y reconocimiento de unos y otras. Las desigualdades que generan dominación, incluida la desigualdad de género son un obstáculo al Buen Vivir. La construcción del Sumak Kawsay pasa por reconocer a hombres y mujeres sus derechos y el desarrollo de sus capacidades y el ejercicio de sus libertades.
5. El acceso a la salud está limitado por barreras no solo económicas, sino también sociales y culturales. La dimensión cultural de la salud debe ser considerada en las políticas públicas.



Notas

- * Representante Auxiliar del Fondo de Población de Naciones Unidas en Ecuador, UNFPA.
- 1 Las opiniones de la autora no comprometen la posición institucional del Fondo de Población de Naciones Unidas.
- 2 Encuesta a usuarias indígenas de servicios de salud y a personal de salud del hospital San Luis de Otavalo. Agosto 2007.

Bibliografía

- CAZES, Daniel
1994 La dimensión social del género: posibilidad de vida para mujeres y hombres en el patriarcado”, en: *Antología de la Sexualidad Humana*. México: Conapo.
- ESCOBAR, Arturo
1998 *La invención del Tercer Mundo*. Colombia: Editorial Norma.
- FOUCAULT, Michel
1992 *Microfísica del poder*. Madrid: Las ediciones de la Piqueta.
1996 *El Orden del Discurso*. Colección Genealogía del Poder” No. 31, Madrid, España.
- LAGARDE, Marcela
1998 *Para entender el concepto de género*. Serie Pluriminor. Quito: Autoedición Abya-Yala.
- LAMAS, Marta, et. al.
Para entender el concepto de Género. Serie Pluriminor. Quito: Abya-yala.
- LE BRETON, David
1990 *Antropología del Cuerpo y la Modernidad*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- MOSER, Carolina
1995 *Planificación de Género y Desarrollo*. Lima: Flora Tristán Ediciones.
- RODRÍGUEZ, Lilia
2009 “Interculturalidad en salud reproductiva: Percepciones de las mujeres indígenas y prácticas de salud en el Hospital San Luis de Otavalo”. Tesis de Maestría. Universidad Politécnica Salesiana, Quito, Ecuador.



El Cairo + 15. Agenda de salud sexual y reproductiva en Ecuador

Avances y desafíos

Rocío Rosero Garcés¹



A cinco años del plazo establecido por los Gobiernos para el cumplimiento del Programa de Acción de El Cairo, a nivel nacional, regional y global se ha realizado un balance de los avances y los desafíos pendientes. Una de las mayores preocupaciones es justamente cómo hacer para que los logros no se reviertan como fruto de la crisis económica global y en este marco planteamos los desafíos y las prioridades para los próximos cinco años.

Durante estos quince años, la sociedad civil ha jugado un rol crucial, desde la propia gestación del Programa de Acción a inicios de los noventa y la aprobación del Programa de Acción de El Cairo en 1994. Es el periodo en que además se producen importantes avances en materia de desarrollo humano sustentable, derechos humanos en general y derechos humanos de las mujeres en particular. A nivel internacional, se celebró la Conferencia de Viena (1993) en donde se reconoció los derechos de las mujeres como derechos humanos y la violencia contra las mujeres como una violación de derechos humanos, la IV Conferencia Internacional de la Mujer, y la Cumbre de Desarrollo Social (1995)².

Las evaluaciones quinquenales y el seguimiento del Programa de Acción, muestran la importancia capital de la vigilancia y la exigibilidad de la sociedad civil, en particular el rol de las organizaciones feministas, de mujeres y jóvenes. Por ejemplo en Cairo + 5 fue posible establecer que a pesar de las dificultades se habían logrado importantes avances en el cambio de enfoque de las políticas y programas de población y desarrollo, en los cuales se incluye componentes sobre salud sexual y reproductiva, empoderamiento de las mujeres para la toma de decisiones y erradicación de la violencia contra las mujeres.



Cinco años más tarde, la evaluación de Cairo + 10 se realizó en un contexto mundial complejo dado el surgimiento de nuevas voces y el resurgimiento de algunos sectores fundamentalistas en contra de los derechos humanos, los derechos de las mujeres y particularmente los derechos sexuales y reproductivos. Esto último significó un riesgo para el consenso logrado en los años noventas en torno al desarrollo y los derechos humanos de las mujeres.

A quince años podemos decir además que el Programa de Acción de El Cairo se implementó en un periodo de aplicación de las políticas de ajuste estructural, de profundización de la globalización y de un conjunto de crisis financieras y comerciales que en lo económico implicó la profundización de las medidas de reducción del gasto público y de achicamiento de los aparatos institucionales del Estado, de privatizaciones, de liberalización del comercio y de los sistemas financieros. Sus resultados e impactos los estamos viviendo con mayor fuerza con la actual crisis estructural global que arrancó en septiembre de 2008 y que se ha prolongado por más de un año sin una perspectiva clara de su fin.

En este periodo, en América Latina en general y Ecuador no constituye una excepción, es sistemática y persistente la desigualdad socioeconómica que se expresa en la profunda brecha entre los grupos de altos y bajos ingresos y que adquiere manifestaciones territoriales y étnicas específicas. Las desigualdades son un claro reflejo de un ejercicio desigual de los derechos, lo cual obliga a generar respuestas públicas y sistemas universales de protección social, inherentes a un enfoque de derechos, con garantías explícitas para la población.

De acuerdo con el Informe Regional CEPAL-UNFPA³, en los últimos cinco años, América Latina ha dado pasos significativos en el cumplimiento de los objetivos y las metas del PA-CIPD, aunque en algunas de ellas el avance ha sido escaso. En los 13 diálogos realizados en Ecuador hemos visto cómo las desigualdades se refuerzan entre sí, por ejemplo cómo afecta el acceso a la educación y el acceso a la salud, y cómo el acceso universal a estos derechos básicos, constituiría una gran contribución para reducir otras desigualdades sociales.

América Latina continúa siendo una región caracterizada por las inequidades, con ambivalencias culturales e institucionales, sobre todo en el campo de la sexualidad, de la familia y de las relaciones de género. Es una región con debilidades institucionales profundas pero con una Sociedad Civil activa (CEPAL-UNFPA, 2009).

Si bien, la inclusión de los asuntos de población en la agenda pública ha sido creciente en la región, varias políticas públicas estratégicas tales como la extensión de la protección social, el mejoramiento de los sistemas previsionales,



el incremento de las inversiones en educación y los cambios en los sistemas de salud, no incluyeron los asuntos de población en las estrategias de desarrollo y su efectiva implementación. De acuerdo con el informe regional antes mencionado, “más aún, en el quinquenio analizado la institucionalidad expresamente a cargo de los temas de población no se ha reforzado”, aunque en varios países se crearon instituciones públicas a cargo de problemáticas específicas tales como las de los pueblos y nacionalidades indígenas, los afrodescendientes, las mujeres, los jóvenes, las personas adultas mayores y las personas con discapacidades, son las llamadas políticas de protección social, entre ellas, las transferencias económicas focalizadas las que predominaron y en algunos casos sustituyeron a las políticas sociales. Junto a ello hay que destacar que resulta todavía insuficiente la inversión pública en políticas públicas para la superación de las desigualdades específicas de los grupos para el logro de los compromisos establecidos en el Plan de Acción de El Cairo.

En ese sentido, nos parece importante señalar que uno de los debates durante el último quinquenio es si las políticas sociales se sitúan o no en las coordenadas del posneoliberalismo, o si mantienen una orientación neoliberal que no permite el avance hacia políticas sociales integrales universales que posibiliten la realización del conjunto de derechos de la población. Se constata que a pesar de los esfuerzos realizados es todavía muy débil la conexión entre políticas sociales y políticas económicas, lo que hace imperiosa una reconceptualización de las pautas redistributivas de la política económica y la política social, tomando en cuenta las múltiples dimensiones de las desigualdades.

De ahí que la propuesta de la sociedad civil de mantenerse alertas, de continuar desarrollando una mirada re-significada a los conceptos clave en el análisis de las inequidades y su impacto sobre las políticas y los recursos para llevarlas a cabo: equidad, igualdad, género, determinantes socioculturales y derechos son aspectos claves del cambio necesario en el sentido y la orientación de las políticas públicas para el cumplimiento del PAC.

Pero también de continuar con los procesos de vigilancia ciudadana y exigibilidad de derechos que posibilite nuevas alianzas para lograr el cumplimiento de las metas de El Cairo. En efecto, el gran desafío es continuar el fortalecimiento de los movimientos sociales y en particular el movimiento feminista y de mujeres, de sus nuevos actores: las mujeres indígenas y afrodescendientes, los movimientos juveniles y de las diversidades sexuales en el país y en la región, cuya movilización, participación e incidencia ha sido clave en el fortalecimiento de los mecanismos estatales contra las diversas formas de discriminación y en la creación y ejecución de nueva legislación y políticas de



igualdad. El reto es continuar con los esfuerzos para articular las redes nacionales y regionales que han generado espacios de intercambio de experiencias, pero sobre todo mecanismos de expresión conjunta sobre sus reivindicaciones y prioridades.

El espacio de la sociedad se ha revitalizado a través de los espacios creados por el Foro Latinoamericano de Redes Regionales sobre El Cairo+15 llevado a cabo en Panamá en agosto de 2009, así como por el Foro Global de ONG sobre Salud Sexual y Reproductiva y Desarrollo Invertir en Salud y Derechos es Invertir en el Futuro, llevado a cabo en septiembre 2009 en Berlín.

Ambos coinciden en señalar que:

Si la agenda de la CIPD era urgente en 1994, hoy lo es mucho más, puesto que los países, las comunidades y las personas a nivel individual están buscando respuestas efectivas ante las crisis financiera, política, humanitaria y ambiental, el cambio climático, los insuficientes recursos destinados a la salud, un alto y continuo índice de mortalidad y morbilidad materna y la propagación del VIH y de la inequidad en la garantía de los derechos humanos. Es importante reconocer los factores sociales determinantes de la salud que son responsables de la mayor parte de las inequidades en salud entre y dentro de los países. El acceso a la información y los servicios de salud sexual y reproductiva es esencial para hacer frente a estas situaciones. La CIPD creó un consenso global visionario que confirmó que la manera más ventajosa de mejorar la salud y las políticas demográficas globales, apoyar el desarrollo sostenible, avanzar en derechos humanos y ayudar a acabar con la pobreza es:

- Invertir en la salud y los derechos de las mujeres y las personas jóvenes.
- Proveer información, servicios y suministros integrales de salud sexual y reproductiva para todas las personas.
- Erradicar la discriminación contra las niñas y asegurar su acceso a todos los niveles de educación; avanzar en la igualdad y equidad de género y empoderar a las niñas y las mujeres.

A tan solo cinco años del plazo establecido para cumplir las metas del Programa de Acción de El Cairo, las organizaciones de la sociedad civil ponen en evidencia los retrocesos, los obstáculos y los retos pendientes para el siguiente quinquenio. En este importante proceso denominado Cairo+15, diversas voces, entre ellas las organizaciones feministas y de mujeres indígenas, afrodescen-



dientes, de jóvenes, de la diversidad sexual, han señalado algunas cuestiones de urgente atención tales como mortalidad materna, embarazo en adolescentes, VIH y SIDA y limitado acceso a métodos anticonceptivos y la pobreza como un problema estructural. Se ha planteado también con mucha fuerza la defensa de los fundamentos y el respeto del Estado Laico y de los derechos humanos de la diversidad.

La consulta nacional en el Ecuador

A 15 años del Programa de Acción de El Cairo, la organización Acción Ciudadana por la Democracia y el Desarrollo, en alianza con GAMMA Cuenca y CEPAM Guayaquil, con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Agencia Catalana de Cooperación al Desarrollo, consideramos de suma importancia evaluar los avances realizados en el Ecuador, pero sobre todo, avanzamos en un proceso participativo a establecer una agenda con los principales desafíos de la sociedad civil para los próximos cinco años y crear alianzas para su cumplimiento, teniendo en cuenta la crisis financiera global, la nueva arremetida de los grupos fundamentalistas, así como la reforma institucional, en el marco de la Constitución del 2008 y del Plan Nacional del Buen Vivir, actualmente en marcha en el Ecuador.

En el proceso nacional consideramos de enorme relevancia poner en evidencia los aportes de las organizaciones de la sociedad civil en el cumplimiento del Programa de Acción de El Cairo. En esta misma línea es clave reconocer la participación de la diversidad de actores sociales y construir una agenda desde su propia voz, lo que le permite al Ecuador contar con una ruta de acción para los cinco próximos años.

El proceso nacional de diálogo contribuyó a recuperar la visión de los actores diversos y a visibilizar sus especificidades territoriales. Para ello se celebraron nueve mesas de diálogo y tres foros regionales en las ciudades de Quito, Guayaquil y Cuenca, asegurando la participación de mujeres y hombres, población indígena y afrodescendiente, jóvenes, personas viviendo con VIH y SIDA, diversidades sexuales, adultos/as mayores, personas con discapacidades y organizaciones especializadas en temas de población y desarrollo. Participaron alrededor de 180 representantes de 150 organizaciones de la sociedad civil.

Una vez elaborado el Plan de Prioridades de la Sociedad Civil, se estableció una Mesa Nacional de Diálogo entre representantes de la sociedad civil y del Ministerio de Inclusión Económica y Social, la Asamblea Nacional, la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, para definir acuerdos, alianzas



y mecanismos de seguimiento al cumplimiento del Programa de Acción de El Cairo en el periodo 2010-2015. La Mesa de Diálogo adoptó el Plan de Prioridades planteadas por la sociedad civil para el próximo quinquenio y se estableció como un mecanismo permanente para el seguimiento del cumplimiento.

15 años después

En el Ecuador se han implementado un conjunto de políticas de Estado en el marco del Programa de Acción de El Cairo, sin embargo, la movilización de recursos y la voluntad política requerida no han sido suficientes para prevenir y erradicar problemas tales como las altas tasas de natalidad, la mortalidad materna, la violencia de género, los cambios demográficos relacionados con la movilidad humana y la migración, la degradación ambiental, la situación de pobreza que afecta de manera particular a mujeres, niños/as y jóvenes, la discriminación racial y por motivos de orientación sexual, así como la crisis alimentaria y energética.

La sociedad civil por su parte, en este periodo, ha contribuido de manera significativa en el cumplimiento del Programa de Acción, particularmente en el desarrollo e implementación de programas alternativos de salud e interculturalidad, servicios de atención especializada a víctimas de violencia, fortalecimiento del liderazgo y empoderamiento a las mujeres para su participación en los niveles de decisión, apoyo al desarrollo de emprendimientos productivos solidarios, exigibilidad de derechos, de manera particular en torno al cumplimiento de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

Es particularmente importante destacar el papel activo de la sociedad civil en la incidencia para la formulación de políticas públicas sobre derechos sexuales y reproductivos, tales como las reformas constitucionales del 1998 y del 2008, así como la aprobación del Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, la formulación de la Ley Orgánica de Salud, las reformas a los Códigos Penal y de Procedimiento Penal en materia de delitos sexuales, la inclusión del *Levonorgestrel* en la lista de medicamentos básicos del país, así como otras reformas jurídicas y cambios en las normas de salud.

Destacamos el proceso de movilización ciudadana e incidencia de las organizaciones de mujeres y de las/os jóvenes para el posicionamiento y defensa de la anticoncepción de emergencia en la agenda pública, especialmente en el 2006 cuando se realizó la demanda ante el Tribunal Constitucional para lograr la vigencia de la PAE como un derecho.



Las organizaciones de jóvenes y adolescentes en la última década fueron muy activas: han construido agendas propias y han posibilitado un debate abierto, sobre los derechos sexuales y reproductivos, la educación sexual, el embarazo adolescente, el aborto, los métodos anticonceptivos en general y la anticoncepción de emergencia en particular.

Como nunca antes en la historia del país, los derechos sexuales y los derechos reproductivos, de manera particular el aborto y la anticoncepción de emergencia, estuvieron en la agenda pública desde el 2005 hasta finales del 2008, en las campañas electorales y en el marco de los debates de la Asamblea Nacional Constituyente.

Nos parece importante destacar los avances realizados por las organizaciones de mujeres y jóvenes, de indígenas y afro-descendientes, que contra corriente con sus organizaciones de segundo grado, lograron posicionar los derechos sexuales y reproductivos, la violencia contra las mujeres y el acceso a la justicia ordinaria y la justicia indígena como temas prioritarios de sus agendas.

Parafraseando a Ana Cristina González, Feminista colombiana, si el Programa de Acción de El Cairo es como sostenemos el resultado de un gran movimiento, en los próximos cinco años pueden y deben seguir siendo la concreción de ese esfuerzo. Con el movimiento de mujeres y otras organizaciones sociales de indígenas, afrodescendientes y jóvenes, impulsando, avanzando, movilizándolo, con el gobierno nacional asumiendo sus responsabilidades con políticas, recursos y mecanismos de control y la cooperación internacional convirtiendo la ayuda en un mecanismo para lograrlo.

Los retos pendientes

A pesar de los logros alcanzados, y considerando el actual contexto político, económico y social del país, es evidente que la voluntad política y la movilización de recursos debe incrementarse para prevenir y erradicar problemas tales como las altas tasas de natalidad, la mortalidad materna, la violencia de género, los cambios demográficos relacionados con la movilidad humana y la migración, la degradación ambiental, la situación de pobreza que afecta de manera particular a mujeres, niños/as y jóvenes, la discriminación racial y por motivos de orientación sexual, así como la crisis alimentaria y energética.

En el proceso de evaluación participativa llevado a cabo en el país, entre julio y septiembre de 2009, hemos constatado, a través de los testimonios de las mujeres representantes de las diferentes organizaciones de la sociedad civil,



cómo las desigualdades se refuerzan entre sí, por ejemplo, cómo afecta el acceso a la educación y el acceso a la salud, y cómo el acceso universal a estos derechos básicos, constituiría una gran contribución para reducir otras desigualdades sociales y hacer posible la erradicación de la pobreza.

Entre los problemas estructurales se ha señalado la falta de oportunidades de trabajo e ingresos, el desempleo y la migración que ha contribuido a crear nuevas condiciones y relaciones familiares así como un fenómeno económico que colocó a las remesas como una de las principales fuentes de ingreso de divisas en el país. Igualmente se considera que los problemas ambientales, resultado del cambio climático global y aquellos generados por la explotación de los recursos naturales como base de la economía, como es el caso del petróleo y la minería, no sólo que tienen efectos nocivos en las condiciones de vida de las poblaciones directamente afectadas, sino que continúan reproduciendo un modelo económico basado en el extractivismo y la depredación de los recursos naturales no renovables.

Las/os representantes de las organizaciones de la Sociedad Civil pusieron en evidencia los obstáculos y los retos pendientes para el próximo quinquenio. Diversas voces, entre ellas las organizaciones feministas y de mujeres indígenas y afrodescendientes, de jóvenes y de la diversidad sexual, apuntaron algunas cuestiones de urgente atención tales como mortalidad materna, embarazo en adolescentes, pobreza, VIH y SIDA y limitado acceso a métodos anticonceptivos, incluida la anticoncepción de emergencia y el incumplimiento de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Se ha planteado también con mucha fuerza y preocupación la defensa de los fundamentos constitucionales y el respeto del Estado Laico como un elemento esencial de la garantía de los derechos humanos de la diversidad.

Por otra parte, se ha señalado que la persistencia de imaginarios culturales que fomentan la misoginia, la homofobia, la violencia y otras formas de discriminación tales como el racismo, constituyen un elemento adverso sobre el cual el Estado y la sociedad tienen el ineludible deber de actuar de manera urgente.

Las/os representantes de las organizaciones de la Sociedad Civil expresaron su insatisfacción con respecto del déficit en los servicios de atención de salud, la mala calidad de la educación y la desidia de los operadores de justicia, situaciones que producen una violación a los derechos humanos de las personas, particularmente de los grupos de atención prioritaria para el país.

Señalaron fehacientemente que, en concordancia con uno de los grandes desafíos del Gobierno de la Revolución Ciudadana, es necesario una correcta



adecuación de los servicios públicos, a través de la cualificación de los/as prestadores/as de servicios públicos para una respetuosa atención de los derechos humanos de las personas y de una cuidadosa y eficiente atención de calidad y con calidez en los servicios de salud, con el objeto de garantizar la protección y garantía de los derechos humanos de todas las personas sin ningún tipo de discriminación.

Manifestaron, por otra parte y con gran preocupación, la no priorización de la igualdad y la inclusión por parte del Estado Ecuatoriano en la ejecución concreta de las políticas sociales, revertiéndose el proceso de institucionalización de políticas públicas para erradicar las desigualdades de género, generacionales y étnico culturales, lo que se ha traducido en la reducción de financiamiento para los mecanismos institucionales, produciéndose un debilitamiento de los mecanismos que existían en el país, incluyendo la desaparición de algunos, como ha sido el caso del CONAMU, que actualmente se encuentra en un proceso de transición y reforma, hacia la conformación de un Consejo Nacional para la Igualdad de Género

Un elemento fundamental mencionado por los actores de la Sociedad Civil, que guarda relación con el tema de los Consejos de Derechos, se refiere a la importancia de respetar y garantizar la independencia de las organizaciones sociales y su real participación en la formulación, vigilancia de su cumplimiento y exigibilidad de políticas de igualdad de género, en tanto son considerados como actores claves de la política pública y de la construcción de un modelo de desarrollo que se corresponda con la filosofía del Buen Vivir y su Plan Nacional.

Prioridades y compromisos para la implementación del Programa de Acción de El Cairo 2010-2015 en Ecuador

En el proceso se establecieron cuatro ejes o áreas prioritarias y 69 demandas específicas que se traducen en obligaciones de los titulares de deberes, es decir de las instituciones directamente involucradas en la garantía y protección de los derechos.

Eje I. Igualdad de género y empoderamiento de las mujeres

1. Igualdad de género y no discriminación.
2. Cambio de patrones e imaginarios culturales de género, involucrando a los medios de comunicación, a las comunidades y familias, para la co-



- responsabilidad masculina en la vida reproductiva y conciliación de la vida laboral y familiar.
3. Paridad en la representación política en todos los niveles y fortalecimiento de la participación socio-organizativa de las mujeres.
 4. Autonomía económica de las mujeres.
 5. Derecho a la educación formal e informal de calidad, desde una visión integral, que articule los enfoques de género e intercultural, incluyendo medidas de acción afirmativa para los grupos en situación de atención prioritaria.
 6. Promover políticas públicas para el ejercicio del derecho al cuidado y conciliación de la vida laboral y familiar.
 7. Institucionalización de mecanismos de políticas públicas para la promoción de los derechos humanos y la igualdad de género.
 8. Difusión de instrumentos internacionales sobre derechos humanos.

Eje II. Población, desarrollo, ambiente y diversidad

1. La movilidad humana es un derecho humano inalienable de mujeres y hombres.
2. Construcción de un modelo de desarrollo económico y social, armónico con la naturaleza, los derechos humanos y la equidad de género.
3. Fortalecimiento y posicionamiento de las organizaciones sociales y en los procesos y espacios de toma de decisiones para la definición de estrategias y políticas de desarrollo.
4. Producción oficial de información desagregada que visibilice la realidad de los pueblos y nacionalidades del Ecuador.

Eje III. Autonomía para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y derechos reproductivos

1. El aborto y la maternidad segura constituyen derechos fundamentales para la autonomía sexual y ciudadana de las mujeres, así como para la erradicación de la mortalidad materna en el país.
2. Ejercicio pleno de los derechos sexuales, bajo los principios de igualdad y no discriminación, contribuyendo a la erradicación de los patrones y cambios culturales de género.
3. El desarrollo adecuado de una sexualidad responsable que permita el establecimiento de relaciones de equidad y respeto mutuo entre mujeres y



- hombres, así como la corresponsabilidad masculina para lograr el pleno ejercicio de los derechos sexuales y ciudadanos.
4. El desarrollo adecuado de una sexualidad responsable que permita el establecimiento de relaciones de equidad y respeto mutuo entre mujeres y hombres, así como la corresponsabilidad masculina para lograr el pleno ejercicio de los derechos sexuales y ciudadanos.
 5. Prevención e información sobre infecciones de transmisión sexual y VIH-SIDA, especialmente para mujeres y jóvenes, considerando los avances científicos, así como las realidades culturales diferentes de la población ecuatoriana.

Eje IV. Derecho a una vida libre de violencia

1. Erradicación de la violencia contra las mujeres y todas las formas de violencia de género, a través de políticas y programas orientados a la prevención, protección, garantía y restitución de derechos de las mujeres, niñas y adolescentes víctimas de violencia.
2. Combatir y erradicar la explotación, trata y tráfico con fines de explotación sexual y todas las formas de violencia y de discriminación contra las mujeres, niñas y jóvenes.
3. Deconstrucción de los imaginarios y concepciones estereotipadas de género, que perpetúan la violencia de género.

Notas

- 1 Acdemocracia- Ecuador.
- 2 “Las Conferencias Mundiales, convocadas por las Naciones Unidas a partir de 1990, constituyeron gigantescos foros de discusión y generación de consenso internacional sobre los grandes temas que afectan y atraviesan transversalmente el interés de la humanidad. En los debates de estos encuentros participaron todos los actores de la actual sociedad internacional (gobiernos, organizaciones internacionales intergubernamentales, —en particular organismos internacionales especializados—, y organizaciones no gubernamentales), dando lugar a una verdadera ‘diplomacia de las megaconferencias’ donde se debatieron diferentes cuestiones que hacen a los problemas más graves de la ‘aldea global’; entre ellos se encuentra el ambiente, la población, el desarrollo, la pobreza, y los derechos humanos”, en: DERECHOS HUMANOS EN LA AGENDA DE POBLACIÓN Y DESARROLLO. IDDH-UNFPA-ASDI. 2009.
- 3 CEPAL-UNFPA. Una síntesis de los avances y desafíos de la implementación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 1994-2009. Santiago de Chile. Octubre 2009, pp. 4-5.



La mujer negra en los procesos políticos, sociales, culturales en el Ecuador

Katherine Chalá Angulo



Con estas notas pretendo dar una visión de la situación de la mujer negra, a partir del proceso pastoral y organizativo de las mujeres afro de Ecuador, en la construcción de la unidad en la diversidad, los sueños de nuestras organizaciones que intentan eliminar el racismo, elevar el autoestima y que sus propuestas sean tomadas en cuenta tanto por el Estado, como por toda la sociedad, con el fin de vivir una verdadera interculturalidad.

Situación de la mujer negra

Nuestra realidad no es muy distinta de la que viven los afrodescendientes de América Latina. En la actualidad la situación de la mujer negra sigue en condiciones de inseguridad y mala remuneración. En su mayoría, las mujeres negras hemos tenido escasa instrucción académica, sin beneficios sociales y de ley. Somos pocas las mujeres negras que hemos logrado obtener una profesión y desempeñarnos en la misma. Soportamos consecuencias de violencia de género, violencia doméstica, sexual y psicológica.

Cultura: la construcción de la diversidad

La nueva Constitución del Ecuador prohíbe todo tipo de discriminación por sexo, edad, etnia, orientación sexual, etcétera. Se desprenden de ella los derechos colectivos, los que son aún motivo de perfeccionamiento por parte de las minorías étnicas de nuestro país.



Un grave problema que atraviesa la sociedad ecuatoriana, es que no se considera racista, no hay un reconocimiento oficial de este problema, es decir, no se expresa abiertamente; sin embargo, se dan a menudo situaciones de una discriminación solapada.

En ese sentido, las mujeres negras en Ecuador, a través de nuestra organización nacional vamos dando pasos firmes en el proceso de visibilización y de fortalecimiento. Su presencia y participación cada vez más requerida y solicitada en los diferentes espacios hace que nuestra perspectiva se vaya acentuando. Esta participación es fruto de un camino trazado por nosotras mismas, basado en principios como el de la identidad, solidaridad, alternabilidad, equidad, democracia que prioriza los procesos, haciendo que nuevos tipos de liderazgo surjan y se afiancen.

Varios son los logros que podríamos señalar, en los que sin lugar a dudas la decidida y calificada participación de las mujeres negras ha sido importante:

- Puesta en marcha de CODAE, organismo gubernamental, encargado de crear políticas públicas que beneficien a los afroecuatorianos.
- Proceso de consolidación de CNA, organización que aglutina a la mayoría de grupos y comunidades negras del país
- Reconocimiento en el Consejo Nacional de las Mujeres, donde se ha logrado sentar las bases de un trabajo con ejes transversales como son género, clase y etnia.
- Presencia en gobiernos locales y seccionales a través de candidaturas a diferentes dignidades como concejales, consejeras y diputadas.
- Promoción de microempresas generadoras de ingresos y fuentes de trabajo para mujeres negras.
- Participación en Cooperación Técnica para la Elaboración de Diagnóstico de la problemática afroecuatoriana y acciones prioritarias.
- Colaboración y apoyo en proceso de etno-educación a través del IFA.
- Formación y reflexión de la Biblia desde la Mujer.
- Acompañamiento a grupos y comunidades como opción de vida/misión.
- Ampliar el grado de sensibilización a los MCS sobre el uso de lenguaje racista y sexista así como mal uso de imagen de la mujer negra.

Conclusiones

He evidenciado a grupos de hombres y mujeres que dedican toda su capacidad física e intelectual para luchar contra todo tipo de racismo y desigualdades sociales, económicas, políticas, culturales, religiosas, etcétera.



Todas las esferas son un contexto privilegiado de construcción y perpetuación de nuevas prácticas sociales que transformen esas realidades racistas y sexistas.

Proponemos adoptar objetivos concretos, como:

- Promover la discusión, reflexión y formulación de acciones encaminadas a erradicar el racismo y la discriminación contra la mujer negra.
- Proponer políticas públicas para una mejor participación en el desarrollo del país
- Promover procesos de etnoeducación.
- Privilegiar una organización horizontal de redes donde nos estemos confrontando permanentemente.



Participación de los afroecuatorianos por su derecho a la salud

Irma Bautista Nazareno¹



¿Quién es el pueblo afroecuatoriano?

Se entiende por pueblo afroecuatoriano al conjunto de núcleos familiares de ascendencia africana que forman comunidades urbanas y rurales, y que han mantenido una cultura propia y una historia común, que están determinados a preservar, desarrollar y transmitir a las futuras generaciones su acervo cultural, que mantienen sus territorios ancestrales como base de su existencia, de acuerdo a sus propios patrones culturales, ancestrales, instituciones sociales y sistemas legales. Su conformación y presencia es anterior, a la creación de la República del Ecuador....

¿Qué entendemos los afroecuatorianos por salud?

Para los afroecuatorianos, la salud es el equilibrio o armonía entre el espíritu, el cuerpo y la naturaleza (Madre Tierra). Según la medicina yoruba, escuchar el lenguaje de nuestros cuerpos nos proporciona el conocimiento de cómo cuidarlo apropiadamente para recobrar el equilibrio. Considera que la única curación completa es aquella que incluye un cambio de 'conciencia' (Ori), donde el individuo reconoce la causa y raíz de las dolencias y se propone eliminarlas; para recobrar la buena vida, el goce, el estar bien para ayudar a otros.

Contexto socioeconómico

Los afroecuatorianos se encuentran dispersos en las 24 provincias del Ecuador.



El Censo de población y vivienda realizado en el 2001 muestra que somos 4,97% del total de los habitantes del Ecuador, es decir 604.009 afrodescendientes, de los cuales el 48,3% somos mujeres. Por otra parte, la población económicamente activa del Ecuador es 4.257.193, de ese total el 5% son afroecuatorianos. Para el 2004 la tasa de desempleo urbana de los afros es del 14%, ubicándose por encima del promedio nacional que es del 11%.

En las provincias de Esmeraldas, Imbabura (Valle del Chota) y en las ciudades de La Concepción y Salinas, La Toma (Loja), San Miguel de los Negros (Guayas) estamos asentados en comunidades, comarcas o territorios tradicionales afroecuatorianos. A partir de la década de los setenta, aumentó el flujo migratorio, siendo en la provincia del Guayas en la que está asentada la mayor población: 216.922, el 6,6%. En Esmeraldas está la segunda mayor población: 153.746, el 39,90%. En Pichincha está la tercera mayor población: 78.621, el 3,3%. Costa: 455.515, el 75,4% son la mayoría de población regional. Sierra: 130.154, el 21,5% de toda la población. Amazonía: 12.971, el 2,1% de toda la población, siendo en Lago Agrio donde está asentada la mayoría correspondiente a la Amazonía (datos Censo del 2001).

Los afroecuatorianos, generalmente, estamos asentados en los barrios urbano-marginales, periféricos o invasiones, sufriendo condiciones infrahumanas por la falta de servicios básicos: luz, agua potable, alcantarillado, pero con la esperanza de mejores oportunidades de trabajo, educación, salud, vivienda, etcétera.

¿Cuáles son nuestros derechos?

En la constitución aprobada en el 2008, los afroecuatorianos estamos reconocidos como parte del Estado, así lo dicen los siguientes artículos:

Art. 3: Son deberes primordiales del Estado.

1. Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes.

3. Fortalecer la unidad nacional en la diversidad.

Art. 11: El ejercicio de los derechos se regirá por los siguientes principios:

1. Los derechos se podrán ejercer, promover y exigir de forma individual o colectiva ante las autoridades competentes; estas autoridades garantizarán su cumplimiento.



2. Todas las personas son iguales y gozarán de los mismos derechos, deberes y oportunidades.

Nadie podrá ser discriminado por razones de etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condición socioeconómica, condición migratoria, orientación sexual, estado de salud, portar VIH, discapacidad, diferencia física; ni por cualquier otra distinción, personal o colectiva, temporal o permanente, que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos. La ley sancionará toda forma de discriminación.

El Estado adoptará medidas de acción afirmativa que promuevan la igualdad real en favor de los titulares de derechos que se encuentren en situación de desigualdad.

Sección séptima

Salud

Art. 32: La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Derechos de las comunidades, pueblos y nacionalidades

Art. 56: Las comunidades, pueblos, y nacionalidades indígenas, el pueblo Afroecuatoriano, el pueblo montubio y las comunas forman parte del Estado ecuatoriano, único e indivisible.

El Estado garantizará la aplicación de estos derechos colectivos sin discriminación alguna, en condiciones de igualdad y equidad entre mujeres y hombres.



Art. 58: Para fortalecer su identidad, cultura, tradiciones y derechos, se reconocen al pueblo afroecuatoriano los derechos colectivos establecidos en la Constitución, la ley y los pactos, convenios, declaraciones y demás instrumentos internacionales de derechos humanos.

Relacionando todos estos mandatos vigentes en nuestra constitución y algunas recomendaciones surgidas en la declaración de Durban como la que dice: “Afirmamos asimismo que todos los pueblos e individuos constituyen una única familia humana rica en su diversidad. Han contribuido al progreso de las civilizaciones y las culturas que constituyen el patrimonio común de la humanidad. La preservación y el fomento de la tolerancia, el pluralismo y el respeto de la diversidad pueden producir sociedades más abiertas”.

Propuesta de Políticas Públicas para la Diversidad. Salud Intercultural MSP

- Incorporar el modelo de atención con enfoque intercultural en los planes, programas y proyectos institucionales acciones orientadas a disminuir las brechas de equidad observadas en la situación de salud.
- Mejorar la cobertura y la calidad de la atención de salud, en la población de Pueblos y Nacionalidades del Ecuador.
- Fortalecer acciones de prevención, promoción, rehabilitación y recuperación.
- Fortalecimiento del sistema de medicina Ancestral o tradicional.

Art. 32: Reconocemos el valor y la diversidad del patrimonio cultural de los africanos y los Afro-descendientes y afirmamos la importancia y necesidad de asegurar su completa integración en la vida social, económica y política con miras a facilitar su plena participación en todos los niveles del proceso de adopción de decisiones.

Art. 33: Consideramos esencial que todos los países de la región de las Américas y todas las demás zonas de la diáspora africana reconozcan la existencia de su población de origen africano y las contribuciones culturales, económicas, políticas y científicas que ha hecho esa población.

El Estado Ecuatoriano ha ratificado y aprobado el Convenio 169 de la OIT mediante publicación en el Registro Oficial No. 304 del 04 de Abril de 1998 que en su Parte Quinta referida a la Seguridad Social y Salud establece “que los gobiernos deberán velar porque se pongan a disposición de los pueblos interesados, servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental”.



¿Estas políticas cumplen con nuestra visión de salud?

Claro, si asumimos el ejercicio de nuestros derechos ciudadanos y se promueven, construyendo el cómo, desde nuestras cosmovisiones, estas políticas en general buscan dar respuestas a las necesidades de toda la población, especialmente a los más vulnerables y entre ellos está el pueblo afroecuatoriano. Es tiempo de trabajar directamente con la población y diferenciar sus necesidades, priorizando las más emergentes.

¿Qué estamos haciendo los afroecuatorianos desde los diversos espacios organizativos para que estas políticas se ajusten a nuestra visión y nos beneficien?

En la actualidad estamos organizados en más de trescientas organizaciones de primer grado, las mismas que están agrupadas en federaciones provinciales y cantónales. Éstas conforman en su mayoría procesos organizativos, con su identidad y características específicas como son: 1. La Confederación Nacional Afroecuatoriana (CNA), 2. La Comarca Afroecuatoriana del Norte de Esmeraldas (CANE), 3. La Coordinadora Nacional de Mujeres Negras (CONAMUNE), 4. La Confederación Nacional y Cultural para el Desarrollo Humano Sustentable de la Diáspora Africana y su Entorno (CONCADISHE), 5. La Confederación Nacional de la Sociedad Civil Afroecuatoriana (CNSCA), 6. El proceso Afro América siglo XXI, 7. La Pastoral Afroecuatoriana (PAE), 8. La Unión Provincial Afroecuatoriana de Esmeraldas (UPAEFUE) y 9. La Comuna Río Santiago Cayapas (CRSC).

Todas las organizaciones antes mencionadas han formado el Consejo de Coordinación Política Afro del Ecuador (COCOPAE).

Desde CODAE Y COCOPAE se solicitó al MSP, el espacio de participación afroecuatoriana.

El Ministerio de Salud Pública, representado por la Señora Ministra Dra. Caroline Chang Campos, en su política de inclusión y en respuesta de una carta aval desde las organizaciones, dispuso que yo sea incorporada como representante afroecuatoriana a la Dirección de Salud Intercultural. En este contexto me he desempeñado apoyando a todos los componentes, tanto para la inclusión de los afroecuatorianos, como para el fortalecimiento y aporte desde mi pueblo a los demás procesos de pueblos y nacionalidades.

Los afroecuatorianos están aportando y trabajando por su derecho a la salud, están apoyando, acompañando el proceso, en el que los líderes partici-



pan efectivamente, También trabajan al interior de las comunidades y barrios para identificar a los hombres y mujeres de conocimientos de la medicina ancestral.

Desde nuestra inclusión en Salud Intercultural estamos participando en cada uno de los eventos organizados por el Ministerio de Salud, unas veces con representantes a eventos interculturales y en otras ocasiones con encuentros específicos como los ya mencionados y otros por realizarse. Por citar un ejemplo, con el apoyo de UNFPA estamos organizando dos talleres nacionales, uno de jóvenes y adolescentes y otro de adultos con el objetivo de generar un espacio de socialización, reflexión y construcción de agenda para trabajar sobre los problemas de salud sexual y reproductiva con la población afroecuatoriana.

En la actualidad somos parte activa en los componentes en los que trabaja Salud Intercultural del MSP como son:

1) Fortalecimiento, preservación y desarrollo de los Sistemas Ancestrales de Salud de los Pueblos y Nacionalidades del Ecuador

Mercedes Barahona, partera de San Lorenzo (Esmeraldas). Sabia María Eugenia Quiñones

En este ámbito en las provincias de Pichincha, Esmeraldas e Imbabura se realizaron encuentros de “Saberes de la Medicina Ancestral Afroecuatoriana y Acciones en Salud”.

Con el apoyo del UNFPA se ejecutó el encuentro en Esmeraldas, (San Lorenzo) el 9 y 10 de julio, donde se trabajó en pro del fortalecimiento de la Medicina Ancestral Afroecuatoriana e identificación de los hombres y mujeres de sabidurías y conocimientos ancestrales, con los que se reflexionó, tanto en la socialización del código de ética, los elementos para la certificación de los sanadores ancestrales y aplicación de ficha de identificación, diagnóstico de determinantes sociales, intercambio de saberes, siendo su participación muy propositiva y abierta tanto al aprendizaje como a impartir sus conocimientos para el intercambio.

En este proceso se evidenció que por primera vez se tiene un encuentro de estas características.

Se implementarán modelos interculturales de salud, en Borbón, Zapallo Grande y Rioverde (parto culturalmente adecuado y medios para solucionar



primera y segunda demora), cuya finalidad es la reducción de la muerte materna y neonatal.

2) Mejoramiento de la calidad y calidez en los servicios de salud mediante la implementación de estrategia intercultural en el Modelo de Gestión/ Participación y Protección Social en Salud

Sensibilización en interculturalidad y buen trato, diseño y operacionalización de modelos interculturales de salud.

En la provincia de Esmeraldas los días 12, 13 y 14 de agosto se llevó a cabo la formación de 26 facilitadores en interculturalidad y buen trato. Funcionarios de 4 provincias con el objetivo de reducir el mal trato ocasionado por la discriminación y el racismo. (Los funcionarios capacitados deben replicar su formación). También se capacitará a funcionarios y miembros de equipos EBAS en la provincia de Pichincha en el mes de noviembre.

Resultados

1. Fortalecimiento de las Red mediante de la incorporación de 150 agentes de la medicina ancestral afroecuatoriana. Esto se hará identificando a los agentes de la medicina ancestral afroecuatoriana en las provincias de: Pichincha, Esmeraldas, El Oro, Santo Domingo de los Tsáchilas, Los Ríos, Loja, Imbabura, Carchi, Guayas, Sucumbíos. Hasta el momento tenemos reconocidos 150 sanadores. Además:

- Se ha motivado a la conformación de redes locales.
- Hemos fortalecido la medicina ancestral afroecuatoriana.
- Tenemos registro digital de intercambio de saberes para la realización de un documental.
- Con el resultado de los tres encuentros se elaborará un documento para publicación sobre el estado de situación de la medicina afroecuatoriana, logros y limitaciones.
- Se elaboró el mapa estratégico de la Dirección de Salud Intercultural, en su segunda edición con la inclusión de los afroecuatorianos.
- Publicación de documento sobre las experiencias en las prácticas de la medicina con inclusión de experiencias afroecuatorianas.



Identificación de las enfermedades más frecuentes que sufren los afroecuatorianos

Enfermedades del corazón, parasitosis, diabetes. Presión arterial, estrés, problemas neurológicos, cáncer de útero y seno, espanto, mal aire, mal de ojo, bronquitis, gripe, entre otras.

Identificación de enfermedades específicas como: la drepanocitosis o anemia de células falciformes y la incidencia de la hipertensión arterial.

¿Cuáles son los problemas sociales más graves que tienen los afroecuatorianos?

Migración, enfermedades de transmisión sexual, drogas, desempleo, abuso de las autoridades, alcoholismo y racismo.

¿Cuáles son los retos identificados y oportunidades?

1. Impulsar partidas presupuestarias que se ajusten a las necesidades, ya que trabajamos directamente con la sociedad civil y la comunidad, cuando se realizan los encuentros implica devolución de pasajes, hospedaje y alimentación y la estructura rígida de gastos públicos del presupuesto del Estado no lo permite.
2. Continuar fortaleciendo el trabajo de equipo interdisciplinario e intercultural a fin de facilitar el posicionamiento de la interculturalidad en salud para beneficio del país.
3. Gestionar la cobertura en la atención de enfermedades específicas y en comunidades de difícil acceso y sectores urbano-marginales donde viven los afroecuatorianos y otros.
4. Desde salud en la gestión pública, la interculturalidad debe ser visibilizada equitativamente, con atención diferenciada en el ejercicio de acciones afirmativas, al momento de entrega de recursos humanos y financieros.
5. Contar finalmente con sistemas de información en salud desagregada por nacionalidades y pueblos.
6. Participación comunitaria, intersectorial fundamental para el ejercicio de la interculturalidad.



7. Incorporación de profesionales y promotores de salud afroecuatorianos al Sistema Nacional de Salud para fortalecer la interculturalidad y la inclusión de los sectores antes excluidos.
8. Como la interculturalidad es un camino que facilita el diálogo entre las personas, así como también entre los diferentes Sistemas de Salud, es necesario que todos los pueblos y nacionalidades aunemos esfuerzos, para que la interculturalidad cumpla con la equidad, complementariedad, justicia social y podamos proporcionar un servicio de salud sin discriminación, con la calidad y calidez que todas y todos merecemos. Para hacer del Sumak Kawsay una vivencia.

Nota

- 1 Técnica de Salud Intercultural MSP, Ecuador.

Bibliografía

1. Plan Nacional de Derechos Humanos. Decreto Ejecutivo 1527, registro oficial 346, 24 junio 1998.
2. Constitución Política del Ecuador 2008.
3. Mapa de la ubicación territorial de pueblos y Nacionalidades del Ecuador.
4. Módulo de Sensibilización y Guía para Equipos EBAS. MSP (Inédito.)
5. Lineamientos generales del código de ética de hombres y mujeres de sabiduría ancestral de pueblos y nacionalidades.
6. INEC. Datos Censo 2001.
7. Documentos resultados de encuentro de saberes afroecuatorianos y acciones en salud. MSP. Salud Intercultural.
8. Mapa estratégico 2009-2013, segunda edición -MSP- Subproceso de de Medicina Intercultural.
9. “Foro la Salud de los Afroecuatorianos”. Universidad Andina Simón Bolívar, organizado por DNSI-FOGNEP, 8 octubre de 2009. Investigación doctor Juan Moreira.MSP.
10. Documentos Políticas para Diversidad Cultural. MSP. Salud Intercultural.



III
PERTINENCIA CULTURAL
DE LOS SERVICIOS DE SALUD
REPRODUCTIVA: NORMAS, REGULACIONES
Y GESTIÓN DE LOS SERVICIOS



Plan Andino de Salud Intercultural

Gloria Lagos



Los ministros de salud, identificando como una prioridad en los países andinos la salud de los pueblos originarios, consideraron en su agenda trabajar en el tema en el marco de la integración andina, emitiendo la Resolución REM-SAA / 432, 2008, en la que solicitan se constituya la Comisión Andina de Salud Intercultural, conformada por un representante de cada país y elaborar conjuntamente con el Organismo Andino de Salud y la Organización Panamericana de Salud el Plan Andino de Salud Intercultural.

Este plan se elaboró partiendo de que el enfoque intercultural pretende un abordaje de la salud basado en el reconocimiento a la diversidad, en el diálogo y encuentro de saberes, y en el respeto a la dignidad de los pueblos originarios y la garantía de su derecho a la salud.

Se estableció como objetivo general del Plan Andino:

Fortalecer las acciones que se vienen desarrollando en el marco de los Planes Nacionales de Salud contribuyendo al ejercicio de los derechos de las poblaciones indígenas, promoviendo espacios de concertación social que permita la construcción de modelos de salud con adecuación intercultural que permita el empoderamiento de dichas poblaciones y mejorar la salud de la población indígena de los países miembros del Organismo Andino de Salud (Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela). Previéndose implementarlo en el periodo 2008-2010.

Con la finalidad de implementar el plan y con apoyo de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) se firmó un convenio de cooperación cuyo objetivo es contribuir a la disminución de las brechas de acceso a los servicios de salud en la población indígena, promoviendo el acercamiento, la concertación, articulación y complementariedad entre las prácticas de la medicina tradicional indígena y de la medicina occidental; así como la construcción de modelos de salud con adecuación intercul-



tural, adecuación de los servicios de acuerdo con sus características socioculturales, perfil epidemiológico y necesidades.

Esperándose que al finalizar el proyecto se:

1. Cuento con indicadores epidemiológicos diferenciados en los sistemas de información de los países, que permitan el desarrollo de una guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS Andino con enfoque intercultural.
2. Cuento con variables de diferenciación étnica incorporadas en los sistemas de información de las instituciones de salud y censos.
3. Fortalezca los recursos humanos del sistema de salud a nivel político-administrativo, asistencial y comunitario.
4. Elaboren y/o validen, según sea el caso un protocolo de intervención en pueblos en aislamiento voluntario y contacto inicial.
5. Fortalezca los recursos humanos del sistema de salud a través de sensibilización y capacitación en el protocolo de intervención en pueblos en aislamiento y contacto inicial.
6. Fortalezca los recursos humanos del sistema de salud a través de cursos de posgrado en las universidades de los países andinos.
7. Contribuya en la revalorización de la medicina tradicional indígena a través del desarrollo de marcos jurídicos que protejan y promuevan el fortalecimiento de la medicina tradicional indígena en complementariedad con los sistemas de salud oficiales.
8. Cuento con un plan de monitoreo y evaluación del Plan Andino implementado que vele por el cumplimiento adecuado del plan.

Avances del proyecto

- Se elaboró la Guía Metodológica y Conceptual para el Análisis de Situación de Salud de las Poblaciones Indígenas y Grupos Étnicos en los países andinos.
- Se realizó el diagnóstico del estado de situación de las poblaciones originarias y de las en aislamiento voluntario y con contacto inicial.
- Se recopilaron las normas nacionales que existen para la atención integral de estas poblaciones
- Se elaboró una propuesta de atención de atención integral a estas poblaciones.



- Se realizó un inventario de prácticas tradicionales en poblaciones originarias de los países andinos.
- Se elaboró un registro de los cursos de capacitación realizados por los ministerios de salud u otros organismos públicos y privados para sensibilizar y formar recursos humanos en Salud Intercultural.
- Se realizó un análisis de la situación y se elaboró una propuesta de currícula de sensibilización y formación para personal de salud, autoridades y población en general.
- Se construyó una base de datos que permitirá el intercambio de experiencias entre los países y permitirá estructurar modelos de articulación para ser utilizados en nuestros países.
- Se llevó a cabo un análisis de marcos jurídicos y en la actualidad se está trabajando una propuesta de un Marco de Normas que oriente el reconocimiento y la práctica de la medicina tradicional; ya que este análisis concluyó en que existe un marco normativo internacional a favor del reconocimiento de la medicina tradicional que los países andinos consideran en sus legislaciones; sin embargo estos no se concretan para garantizar las prácticas ancestrales y que las legislaciones nacionales reconocen la importancia de los Derechos de las Poblaciones Indígenas y Originarios haciendo esfuerzos por incorporar la medicina tradicional a los sistemas de salud. Sin embargo, se observa la ausencia de una legislación integral que reconozca la práctica de la medicina tradicional en un cuerpo de leyes que respalde dicha práctica.



Mejoramiento de la calidad y del acceso a los servicios con énfasis en la salud sexual y reproductiva para el ejercicio de derechos y la reducción de la mortalidad materna e infantil

Roberto Campos Navarro¹



“Todas las mujeres que dan vida caminan por los andamios de la muerte”².
Martha González, (líder aymara de Bolivia).

Introducción

Nuestra América Latina es el continente con mayores desigualdades e inequidades sociales, políticas y económicas, si lo comparamos con todo el resto del mundo, y ello necesariamente se refleja en los indicadores de calidad de vida relacionados con la educación y la salud. Los expertos en economía nos describen y detallan la enorme e inmensa brecha que existe entre la población más rica y los pobladores más pobres del continente. La diferencia es simplemente brutal, abrumadora y éticamente inaceptable.

El especialista argentino B. Kliksberg (2009:133) señala que las desigualdades de la región se expresan en los deteriorados ingresos salariales de los trabajadores, en el desempleo y el subempleo; en la precaria escolaridad de los conjuntos sociales populares; en el difícil y diferencial acceso a la tierra, la vivienda, la alimentación, el agua, los servicios de salud, pero también falta de accesibilidad a los créditos financieros y al uso de la tecnología digital, Y por si esto fuera poco, remata afirmando que:

Las desigualdades tienen en América Latina expresiones pico en términos étnicos y de color. Se estima así que más del 80% de los 40 millones de indígenas de la



región están en pobreza extrema. También son muy contrastantes las disparidades entre los indicadores básicos de la población blanca y la población afroamericana. A todo ello se suma la subsistencia de significativas discriminaciones de género en el mercado de trabajo, y otros campos.

Nada de lo anterior puede explicarse sino por la histórica depredación de los recursos humanos y materiales desde la invasión, conquista y colonización europea, luego el dominio de los gobiernos republicanos criollos desde el siglo XIX, y las actuales políticas de neoliberalismo, cuyas metas economicistas reproducen el sistema desigual e inequitativo, privilegiando el capital financiero muy por encima de la riqueza contenida en el capital social y cultural de nuestras naciones.

La pobreza en América Latina es el producto de la desigualdad. Y la creciente pobreza (en especial de los pueblos originarios), la migración obligatoria a campos agrícolas productivos, a las grandes ciudades y a las naciones más desarrolladas como (EE.UU., España) no son más que el reflejo de las equívocas políticas adoptadas por los gobiernos neoliberales.

No obstante, es de señalarse la existencia de un movimiento silencioso pero también abierto, amplio y explícito de ‘resistencia’ que podemos observar en las crecientes movilizaciones de los pueblos originarios: la histórica defensa territorial por el pueblo mapuche en Chile y Argentina, el surgimiento del neozapatismo en México (1994), la toma democrática del poder en Bolivia por Evo Morales (2007), la lucha de los pueblos amazónicos en Perú y Ecuador en defensa de sus recursos naturales (2009), entre otros.

En este sentido, en las últimas décadas existe un relevante proceso de valoración y reconocimiento de los derechos de los pueblos originarios, emanados de normas y declaraciones internacionales como el Convenio 169 de la OIT (1989) y la Declaración de las Naciones Unidas sobre Derechos Indígenas (2007) que se pueden condensar en el derecho por la no discriminación; el derecho a la integridad cultural; los derechos relacionados con la propiedad, el uso, control y acceso a las tierras, territorios y recursos; el derecho al desarrollo y bienestar social (que incluye la salud) y los derechos de participación política (Del Popolo, Oyarce y Lafosse, 2008).

En este contexto sociopolítico es que entendemos que las desigualdades, las inequidades y la pobreza se expresarán en el campo de la salud pública: en las cifras elevadas de mortalidad y morbilidad materno-infantil, en los insuficientes recursos públicos destinados a combatirlos, en las limitaciones de acceso a las instalaciones sanitarias, etcétera.



Por ello nos preguntamos: ¿Cuáles son los principales problemas de salud (en general) y salud sexual y reproductiva (en particular) de las poblaciones originarias? ¿Qué relevancia tienen estos problemas de salud sexual y reproductiva en los territorios originarios? ¿Cuál es la situación concreta de la salud materna e infantil? ¿Cuál es el papel de los servicios médicos en la mortalidad materna e infantil? ¿Cuáles son las dificultades de acceso para que los originarios y pueblos afromestizados accedan a los servicios sanitarios? ¿Cuáles las estrategias de ellos para afrontar las dificultades de acceso a los servicios médicos? y finalmente: ¿Cuál es el papel que juega la interculturalidad en estos procesos de salud/enfermedad/atención? ¿Cómo lograr la mejoría de los servicios de salud que atienden a pueblos originarios?

En esta ponencia expondremos algunas ideas generales y experiencias recientes relacionadas con estas interrogantes, señalando desde ya el carácter aproximativo de esta participación.

Algunos datos sociodemográficos y epidemiológicos de pueblos originarios

Si consideramos que América Latina alberga de 30 a 40 millones de personas originarias, distribuidas en más de 650 pueblos originarios diferenciados, los porcentajes de población originaria son variables. En el ámbito del Convenio Hipólito Unanue/Organismo Andino de Salud (y de acuerdo a la CEPAL), las cifras oficiales de censos nacionales van desde el 62,2% en Bolivia hasta el 2,3% de Venezuela, pasando por un 4,6% de Chile, el bajísimo 6,8% de Ecuador y los porcentajes inexistentes en Colombia y Perú por ausencia de datos censales específicos³ (Véase cuadro 1).

Cuadro N° 1
Porcentaje de población indígena en países seleccionados
(Censos oficiales)

BOLIVIA	62,2 %
CHILE	4,6 %
COLOMBIA	—
ECUADOR	6,8 %
PERÚ	—
VENEZUELA	2,3 %
MÉXICO	6,5 %

Fuente: CELADE/CEPAL, Fondo Indígena, año 2000

Los niveles de pobreza son realmente preocupantes pues las cifras oficiales señalan que la población latinoamericana por debajo de la línea de la pobreza es elevada. Menor si se compara con la existente en 1980, pero siempre mayor en las zonas rurales que en los asentamientos urbanos, y por supuesto, aunque no dispongamos del dato concreto, siempre mayor en zonas indígenas (Véase cuadro 2).

Cuadro N° 2
Población bajo la línea de la pobreza en América Latina
(1980/2007)

POBLACIÓN RURAL		POBLACIÓN URBANA		POBLACIÓN TOTAL	
1980	2007	1980	2007	1980	2007
59,8	52,1	29,5	28,9	40,5	34,1

Fuente: CEPAL, 2008

Por países, Bolivia ocupa el último peldaño de la pobreza (54%), mientras que Chile ofrece la mejor posición con 13,7%, y en sitios intermedios Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. Cabe mencionar que estas cifras nuevamente se elevarían tratándose de pueblos originarios (Véase cuadro 3).

Cuadro N° 3
Población bajo la línea de la pobreza en países seleccionados
(2006-2007)

	RURAL	URBANA	TOTAL
BOLIVIA	75,8	42,4	54
CHILE	12,3	13,9	13,7
COLOMBIA	50,5	45,4	46,8
ECUADOR	50	38,8	42,6
PERÚ	64,6	25,7	39,3
VENEZUELA	—	—	28,5
MÉXICO	40,1	26,8	31,7

Fuente: CEPAL, 2008

La esperanza de vida tiene el mismo comportamiento estadístico: Bolivia con la menor esperanza de vida, 63,8 años, Chile con 77,7, y el resto con cifras intermedias (Véase cuadro 4).

En el terreno de la morbilidad, existe un patrón epidemiológico donde se conjugan las enfermedades infecto-parasitarias con las crónicas degenerativas. Un estudio reciente en Chile demuestra como entre los mapuches del área lafkenche (que atiende el servicio médico de la Araucanía Sur) existe la denominada ‘transición prolongada y polarizada’ que significa la simultaneidad del elevado número de infecciones al mismo tiempo que se aumentan las enfermedades crónicas y degenerativas, todo ello en un contexto de profundas desigualdades sociales (Oyarce y Pedrero, 2009:66).

No obstante, los indicadores de salud/enfermedad más sensibles a las desigualdades e inequidades sociales corresponden a la situación de salud de los niños y las mujeres en edad fértil, es decir, refieren a la morbilidad, y sobre todo, a la mortalidad infantil y materna. En América Latina, la muerte de los niños menores de un año es uno de los indicadores que demuestran y expresan las peores condiciones de vida, en tanto la muerte materna refleja las dificultades para que las mujeres tengan acceso efectivo y eficaz a los servicios de salud.

La CELADE/CEPAL señala que ha disminuido la mortalidad infantil en los últimos 25 años, sin embargo, las cifras siguen siendo muy contrastantes pues Chile sólo tiene 8 niños muertos menores de un año por cada 1.000 habitantes, mientras que Bolivia tiene 55,6; Perú 30,3; Ecuador 24,9; Colombia 20,5 y Venezuela 18,9 (Véase cuadro 5).

Cuadro Nº 4
Esperanza de vida al nacer (Años de vida)
2000-2005

	MUJER	HOMBRE	TOTAL
BOLIVIA	66	61,8	63,8
CHILE	80,8	74,8	77,7
COLOMBIA	75,4	68,0	71,6
ECUADOR	77,2	71,3	75,0
PERÚ	72,5	67,5	69,9
VENEZUELA	75,8	69,9	72,8
MÉXICO	77,4	72,4	74,8

Fuente: CEPAL, 2008



Cuadro N° 5
Mortalidad infantil por países seleccionados
1980-1985 / 2000-2005

	1980-85	2000-05
BOLIVIA	109,2	55,6
CHILE	23,7	8
COLOMBIA	43	20,5
ECUADOR	68,5	24,9
PERÚ	81,6	30,3
VENEZUELA	33,6	18,9
MÉXICO	47	20,5

Fuente: CELADE/CEPAL, 2007

Para el caso mexicano, es una cifra similar a la de Colombia, pero cuando se trata de los pueblos indígenas de nuevo se eleva. Así entre los totonaco que habitan Veracruz y Puebla es de 57, el de los mixtecos de Oaxaca de 56,2 y el de los mazatecos de Oaxaca de 55,6 (Véase cuadro 6).

A pesar de que Chile maneja las cifras más bajas de mortalidad infantil (8 x 1.000), resulta que focalizando las estadísticas en el área lafkenche de la región mapuche, nos encontramos que la mortalidad infantil es muy diferencial entre originarios y no originarios. En los segundos es de 6,3 por mil (aún menor que la media nacional), en tanto que en los mapuches es de 21,8 por mil, es decir, más de tres veces mayor (Oyarce y Pedrero, 2009:48), lo cual demuestra de manera clara y fehaciente la desigualdad política, social y económica que va afectando de manera gradual a los pueblos originarios dentro de una misma región.

En cuanto a la mortalidad materna, entendida por la OMS como la muerte de las mujeres embarazadas hasta 42 días después del parto, la situación es también dramática pues entre 20 y 30 mil mujeres latinoamericanas murieron en el 2001 (Elú y Santos, 2004). En el área andina, cifras de los noventa señalaban un elevadísimo índice en Bolivia (650x100.000) y Perú (280x100.000), diez y cuatro veces mayor que Chile (65x100.000), respectivamente (Véase cuadro 7).



Cuadro N° 6
Mortalidad infantil en México por grupo étnico
(Defunciones por 1000)

PUEBLO INDÍGENA	Mortalidad infantil
Tzotzil	52,6
Tzeltal	53,4
Huasteco	53,6
Mazateco	55,6
Mixteco	56,2
Totonaca	57,0
Nacional	24,9

Fuente: CONAPO, 2001-2006

Cuadro N° 7
Mortalidad materna en países seleccionados
(por 100.000 nacidos vivos)

PUEBLO INDÍGENA	Mortalidad infantil
BOLIVIA	650
CHILE	65
COLOMBIA	100
ECUADOR	150
PERÚ	280
VENEZUELA	120
MÉXICO	110

Fuente: OMS, UNICEF, 1996

Todo ello en un contexto donde el subregistro en regiones indígenas es enorme. Un estudio realizado en el municipio de Chenalhó, Chiapas (México) demostró que entre 1988 y 1993 la muerte materna tuvo un subregistro del 45%, es decir, que con facilidad se pueden casi duplicar las estadísticas de muertes maternas en pueblos originarios (Freyermuth, 2003:68).

Sobre enfermedades de transmisión sexual en pueblos originarios es escasa la información que se ha generado. Un estudio reciente en Chile muestra que las investigaciones sobre el tema en el país carecen de pertinencia étnica y están más enfocadas a los aspectos biomédicos que a los componentes socio-culturales (Dides y Pérez-Moscoso, 2007).

Para concluir estas notas epidemiológicas referir que aún está por elaborarse una epidemiología intercultural donde aparezcan los datos estadísticos de enfermedad contruidos por los propios pueblos originarios y sus especialistas. Una aproximación inicial fue realizada en México por C. Zolla (1988:12) y colaboradores, con información proporcionada por los médicos originarios de todo el país. Igual un trabajo de tesis de Z. Mendoza donde aparecen datos estadísticos provenientes de los médicos académicos, los médicos originarios y las madres de familia en San Juan Copala, un pueblo triqui del estado de Oaxaca (1989).

La calidad y pertinencia cultural de los servicios públicos en la salud sexual y reproductiva

El concepto de salud reproductiva tiene una historia reciente. En los años setenta del siglo pasado con el descubrimiento y uso masivo de los métodos anticoncepcionales se desarrollaron políticas públicas relacionadas con el control natal bajo el término de planificación familiar. En los noventa surge el concepto más amplio de salud sexual y reproductiva, estableciendo la OMS que se trataba de un 'derecho' relacionado con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos, siendo una "capacidad de los individuos y de las parejas de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia". Y, por tanto, tener acceso a la información pertinente, decidir sobre el número y espaciamiento de los hijos, y tener el derecho a recibir "servicios adecuados de atención a la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos" (OMS, 2003).

Es así que, este concepto se nutre de temas -amplios- como la fecundidad, la esterilidad, el embarazo, parto y puerperio, la mortalidad materna, la mortalidad infantil, la regulación de la fertilidad, la sexualidad, las enfermedades de transmisión sexual (incluido el VIH/SIDA), las enfermedades relacionadas con la corporalidad femenina como el cáncer cérvico uterino y de glándulas mamarias, la violencia de género, la calidad de la atención en salud, las políticas públicas, la medicina tradicional (y la partería en espacial), los efectos de los



movimientos sociodemográficos como la migración, etcétera. Todos ellos vistos desde la mirada de los derechos individuales y colectivos, y además con la particular visión de los derechos de los pueblos originarios.

De todo este cúmulo de ejes temáticos me conduciré alrededor de la calidad y el acceso a los servicios de salud con especial referencia a los que atienden a los pueblos originarios.

Uno de los problemas más severos que se suscitan alrededor de los servicios hospitalarios en zonas rurales e indígenas de nuestra América, es la ‘desconfianza’ que se les tiene. A continuación enumero algunos ejemplos andinos y mesoamericanos que permiten vislumbrar las diferencias y conflictos que conducen a una representación negativa de la imagen hospitalaria.

En Bolivia, el hospital es considerado por algunos aymaras como la ‘sede los kharisiris’, es decir, de personajes dañinos que suelen enfermar a las personas mediante la extracción de grasa, fluidos (como la sangre), y que suele asociarse con los doctores que en los hospitales realizan intervenciones quirúrgicas, transfusiones sanguíneas. Además, se refiere al personal de salud que asiste a las comunidades aymaras:

La presencia de equipos sanitarios en el altiplano, foráneos a las comunidades y extraños a las mismas, que no hablan la lengua originaria, cuyos procedimientos terapéuticos resultan inadecuados e incluso hostiles, desde la óptica de las poblaciones aymaras, puede dar lugar a la identificación del equipo con el terrible personaje, lo que dificulta en extremo las posibilidades de desempeño de sus funciones sanitarias así como su integración social en la zona (Fernández-Juárez, 2008:183).

El fundamento de esta asociación se encuentra en la carencia de confianza hacia el extraño, hacia aquél que usa recursos preventivos y curativos desconocidos e incluso peligrosos según la concepción indígena, así el aymara asume una distancia:

La gente desconfía, tiene miedo, por la lengua...como no entienden...más que todo, mujeres (Daniel Quispe) (ibíd.:184).

E incluso el propio personal de salud se da cuenta que el hospital rural no es deseado ni querido en los casos de atención del parto. Una doctora de Sorata lo relata en forma personalizada:

Con mucha tristeza recuerdo que las pacientes [aymaras] me pedían que deseaban tener su parto de cuclillas o sentadas, yo nunca había atendido en esa po-



sición y las enfermeras del hospital y yo nos negábamos a aceptar esa decisión y el acompañamiento de su pareja. Cuando realizaba las [revisiones médicas] prenatales preguntaba “¿Dónde tendrá su parto?” y la gran mayoría decía “en su casa” o “con la partera”, preguntaba “¿Por qué?” y decían que le había dicho que en el hospital les tratan mal, les lavan con agua fría, las destapan, las tocaban mucho y no les dan comida (ibíd.: 216).

En el servicio de Ginecología del Hospital Jatún Jampina Huasi / Daniel Bracamonte de Potosí, una mujercita después de su parto solicitaba su egreso hospitalario, dando las siguientes razones:

No quiero estar en el Hospital, debido a que no puedo dormir de noche y me da mucho miedo, además de que la cama no me gusta porque son muy diferentes y hace calor que me hace transpirar demasiado. Las enfermeras en repetidas veces me desfajaron la faja que tenía en mi barriga. Sin ella no puedes estar por que me duele la barriga como para retorcerse de dolor. Además siento como si me estaría tapando la respiración y hasta mis ojos se me oscurecen como para desmayarme.

También por las mañanas me obligan a que lave mis manos, mi cara y a peinarme mi cabeza, y me lavan mis partes genitales todo con agua fría. La sangre que voy botando después del parto, se me coagula peor dentro de mi vientre, y esto me hace transpirar peor, como un sobre parto. Todas estas cosas son lo contrario para mi salud.

Así mismo la alimentación no me gusta, por que todos los días me dan te y la comida que me sirven (caldo de arroz con verduras y aceite), me hace dar ‘empacho’, porque en mi casa no acostumbro de comer la comida que me dieron, por que después del parto siempre me sirvo un caldo de cordero, de oveja negra y con chuño. Como desayuno tomo los mates de sihuenqa, por que esto me ayuda a botar la sangre que se va quedando dentro de mi vientre (Camaqui, 2009:58).

En Ecuador, María Concepción Arcos, una dirigente de Tungurahua, reclama a los médicos su insensibilidad y discriminación:

...pero ellos [los doctores] no nos tratan como a un humano, dicen: “estas indias feas que vienen apestando, vayan a bañar primero”, en ese sangrado hacen bañar en agua fría, es o no debe ser, haber esas cosas, discriminación en hospitales, como humano deben atender... a veces en hospitales preguntan: “¿Cuántos hijos tiene?” dicen: “cuatro, cinco o seis”, “Pucha, estas como puercas tienen, hay que operar bien, la ligadura hay que hacer” (...) (MSP[Ecuador], 2008:31).

Igual, entre los mazahuas del Estado de México, el hospital ubicado en San Felipe del Progreso se encuentra con baja demanda de hospitalización, porque la población originaria mazahua –que en realidad sí desea tener el servicio médico bajo otra modalidad– se inconforma por que los doctores presionan e imponen a las mujeres algún método anticonceptivo. En las estadísticas hospitalarias aparece que el 92% de los internamientos corresponden a la atención del parto, y que el 44% de las mujeres en pos-parto egresan con algún método, de los cuales un 24% corresponde al Dispositivo Intrauterino, y un 20% a la salpingoclasia (oclusión tubárica bilateral), procedimiento quirúrgico que corresponde –sin miramientos– a una esterilización definitiva. Las mujeres que se han opuesto han dicho:

¿Por qué nos quieren operar a fuerza?”, “¿Porqué nos hacen eso? ¿Sólo por que somos campesinos y pobres? o ¿Por qué? (Bellato, 2001:146-147)⁴.

En la Sierra Norte de Oaxaca, otras mujeres reclaman que en el hospital no les permiten tener el parto en la posición que ellas desean. Abril señala “No vamos aguantar a hacer fuerza acostadas. No estamos acostumbradas así, es mejor sentadas”. Jazmín relata que en el hospital de la ciudad de Oaxaca, el personal hospitalario no tiene idea de la relevancia de las características populares frías y calientes asignadas a los alimentos, ni las prohibiciones comunitarias al respecto, ni la utilidad del baño de vapor en el periodo de posparto:

Ahí me bañé con agua fría después del parto, cosa que nunca hacemos acá con la partera. Me dieron de comer puras cosas frías y me ha dolido el vientre. Hace dos días tuve que tomar café cargado y caliente, el dolor de cabeza no se me quita. Sigo con el sangrado desde hace veinte días que nació mi niña... Por eso quiero ir al temazcal (Flores, 2007:207,364).

En Chenalhó, altos de Chiapas, las mujeres tzotziles reniegan del hospital e incluso por la ‘vergüenza’ prefieren morir que ser atendidas y revisadas de sus genitales por médicos varones. Un chenalero así lo expresa:

Muchas mujeres no quieren ir [al hospital], porque han escuchado que sí se desnudan. Ese es la que no quieren las mujeres, por eso, a mi esposa no lo quiere ir allá. Prefiere estar acá. Necesitamos que lo respete y lo entienda a las mujeres (Freyermuth, 2003:333).

De manera directa, una mujer afirma:



No quiero llegar al médico. Como son puros caxlanes [mestizos] y yo soy india, no me atienden muy bien. No me tienen confianza, y así como ellos, también no les tengo confianza con sus medicinas, con sus curaciones (ibíd.: 335).

Con los anteriores testimonios podemos concluir que la desconfianza hacia el hospital y los equipos de salud es una constante en muchas regiones indígenas de América Latina, y ello constituye un elemento más que influye en la elevada morbilidad y mortalidad materna e infantil.

Sobre la pertinencia cultural de los servicios de salud

Primero queremos precisar que la reducción de enfermedades y muertes, tanto de madres y niños indígenas tiene que ser tratada de manera integral, donde la adopción de competencia y pertinencia sociocultural es uno de varios elementos por abordar. Partimos de que la variable determinante se encuentra en la 'mejoría de las condiciones de vida' de los pueblos originarios, en la reducción de la pobreza y en el cumplimiento del derecho pleno a sus territorios, sus recursos (incluidos los medicinales); al derecho a un desarrollo y bienestar social donde se garantice el acceso a la educación y la salud; el derecho a la participación activa en los programas y servicios de salud (ahora sí con pertinencia cultural), entre otros derechos ya presentes en normas internacionales.

Ya ubicados en el terreno de la pertinencia cultural y la adquisición de competencias culturales, podemos considerar dos aspectos: los humanos y los materiales.

En cuanto a los elementos humanos, lo básico corresponde a las relaciones interétnicas y la comunicación intercultural.

La desconfianza de los pueblos originarios corresponde al tipo de relaciones de dominación y subordinación que han sufrido estos pueblos desde la invasión europea, la conformación de regiones de refugio en lugares inaccesibles (por lo general montañas y selvas), y la respuesta colectiva mediante mecanismos de resistencia explícita (rebeliones, insurrecciones, guerrillas, etcétera) e implícita (reafirmación identitaria, continuidad de usos y costumbres, etcétera). En este sentido, las relaciones interétnicas son inestables, tensas y conflictivas. La asistencia del originario a la medicina del 'otro' es porque ya no funcionó la propia, la que existe en los remedios caseros, en las plantas medicinales y en las desarrolladas por sus médicos indígenas especializados. El 'otro' es el que estudió en universidades, el que vive en la ciudad, el que trabaja en hospitales, el que gana un salario estable y tiene casa, automóvil y comida suficiente. Es el



que en el centro de salud, posta u hospital: indica, manda, ordena, decide, prohíbe, opera, interviene. Es el que controla el cuerpo individual, social y simbólico. En cambio, el originario es el que llega al hospital cabizbajo, con miedo, con reticencias, el que obedece, el que se deja, el que se debe dejar...

La falta de confianza tiene profundas raíces históricas. No obstante, las relaciones cambian, se modifican. En las últimas décadas presenciamos la ampliación y ratificación de los derechos colectivos de los pueblos originarios. La exigencia en el cumplimiento de esos derechos sociales e individuales, se convierten en obligaciones para los gobiernos. Los pueblos originarios se organizan, reclaman, presionan y exigen.

Así, el Estado está obligado a proteger la salud entendida como un derecho individual y colectivo. Y también el Estado está obligado a que la atención de la salud de los pueblos originarios sea competente y pertinente en términos culturales.

Esta pertinencia nos conduce a la comunicación intercultural, donde la lengua, la comprensión y el entendimiento de la cultura originaria resultan piezas fundamentales. El lenguaje indígena es la expresión de la identidad comunitaria y de la cultura misma. Su desconocimiento e infravaloración conduce a serios obstáculos en la comunicación verbal entre el enfermo indígena y los trabajadores de la salud. En la consulta médica, por lo general, el doctor desconoce la lengua del paciente originario, sobre todo, si se trata de mujeres monolingües. Los hombres suelen aparecer como traductores intermediarios, que resultan incómodos e inadecuados si se trata de problemas ginecológicos, es decir, males propios e íntimos de las mujeres. En ocasiones, la posta, el centro de salud o el hospital cuentan con algún personal (enfermería, vigilancia o intendencia) que maneja la lengua, entonces es requerido para ese menester, pero no se le reconoce esa especificidad ni se le gratifica por ese servicio considerando que forma parte de la solidaridad con el paciente. Es así como en un Hospital Nacional ubicado en el centro de Guatemala, en el año 2000, ningún doctor ni enfermera con formación universitaria sabían de los idiomas mayas locales (quiché, cakchiquel y tzutujil), de tal forma que sus auxiliares de enfermería de origen maya eran las que salvaban la función del hospital ayudando con la traducción, sin que se les reconozca dicha capacidad (Campos-Navarro, 2009a:205-219).

Precisamente por conocer el idioma y la cultura originaria –pues son indígenas- pero además conocer el mundo de la medicina occidental, en la década de los noventa emerge una figura hospitalaria paradigmática en Chile, que luego se extendería a Bolivia, Perú y Venezuela. Se trata del ‘facilitador intercultural’,



que surge de la necesidad de auxiliar al paciente dentro de los laberintos del hospital. En Chile tuvieron como objetivo:

...orientar al paciente en el espacio hospitalario mediante el uso del mapudungun [idioma local] y de símbolos ad-hoc, asistirlo en la observación de ciertas normas internas y darle apoyo en el de las indicaciones médicas; así mismo, tienen la función de estimular actividades de promoción educativa y de capacitación-acción sobre cultura y medicina mapuche” (Citarella, 1995:567).

Este personaje tendría un perfil diferenciado dentro del personal de salud contratado por el Estado, y adquiriría un rol importante en el buen funcionamiento de la instalación sanitaria. Esto que se inició en la región mapuche al sur de Chile, luego se exportaría al resto del país, y al extranjero, incluso con un fortísimo arraigo en Venezuela donde 24 hospitales rurales y urbanos (dos de tercer nivel en Caracas y Maracaibo), con servicio a pueblos originarios, tiene una ‘oficina indígena de salud’ con magnífica aceptación (MPPS, 2007).

Con los facilitadores interculturales se resuelve en parte la comunicación en hospitales y grandes centros de salud, sin embargo, no está por demás insistir que lo deseable es que en dichos centros laborales existan doctores y enfermeras titulados en universidades que sean igualmente indígenas. Cada vez es más frecuente que se vayan formando cuadros de intelectuales indígenas con formación superior, e incluso algunos de ellos egresados de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Médicas de La Habana, que egresan con excelente formación técnica y de compromiso social, pero que deben ser capacitados hacia el tema intercultural (como ya lo hace en forma obligatoria el gobierno venezolano). En el resto de América latina es conveniente la ‘enseñanza obligatoria de algún idioma indígena’ (como ya se aplica en la Universidad Autónoma de Yucatán) donde los estudiantes de medicina tienen que aprobar el examen del idioma maya.

El uso completo (e incluso parcial del idioma originario) disminuye las barreras culturales, y ello es bien apreciado por los indígenas, que entre sus estrategias interculturales ha sido aprender el español. Una dirigente aymara así lo ejemplifica:

Nosotras las mujeres indígenas hemos tenido que aprender a hablar el español para hacernos comprender, pero cuando llegamos a los hospitales, ningún profesional de salud sabe decir siquiera “como se siente” en aymara. Necesitamos atención con calidad humana (Boletín Indígena, 2004:3).

No está por demás insistir que en la comunicación médico-paciente o trabajadores de la salud-enfermo y familiares, el entendimiento de la cultura es importantísimo:

Una comprensión de la cultura de las pacientes es, por lo tanto, el fundamento para comprender la manera que las pacientes entienden sus problemas de salud. Esto NO se trata de un campo pequeño de la investigación médica llamada antropología médica. La cultura forma parte de la comprensión médica tanto de las pacientes indígenas como las no indígenas y, por lo tanto, es el fundamental de toda interacción médica con pacientes (Kolstrup, 2006:80).

Este mismo autor plantea que la adecuada comunicación requiere que se escuche al paciente para que se logre entender el problema que el enfermo plantea, lo que éste espera de la consulta, sugerir un tratamiento que el paciente verdaderamente pueda realizar, que se logre la confianza durante la comunicación y que ambos actores sociales se sientan contentos de su encuentro⁵ (ibíd.: 81-84).

Lograr una adecuada comunicación intercultural de los trabajadores de la salud significará la búsqueda del consenso y las alianzas con el paciente y sus familiares, donde el personal de salud:

Debe reconocer que los individuos tienen diferentes representaciones sobre el proceso salud-enfermedad-atención, basadas en la diversidad cultural. Por lo tanto, evita hacer juicios escuchando con interés los valores culturales de sus pacientes, clarificando aquellos aspectos que no comprende, valora las fortalezas de sus pacientes y aquellas que provienen de sus culturas (lealtad familiar o espiritual). Está dispuesto a las negociaciones entre los diferentes valores cuando la salud de un paciente está en peligro; por ejemplo permite que una parturienta tome posole después del nacimiento, o que la mujer adopte la postura que desee durante el trabajo de parto (Freyermuth, 2002:23).

Por otra parte, se debe considerar que la comunicación verbal puede estar o no acompañada del lenguaje no verbal donde las actitudes, los gestos también delatan el distanciamiento y desprecio de los médicos con respecto a los pacientes indígenas ‘sucios’, ‘apestosos’.

Otros comentarios se pueden ofrecer sobre las prácticas médicas, cuando los trabajadores del hospital no explican con detalle los procedimientos técnicos de laboratorio, rayos X y otros. De especial consideración son los protocolos relativos a la atención del embarazo, parto y puerperio. Ya es un notabilísimo avance que Perú, Bolivia, Ecuador hayan establecido una normatividad en la



atención del parto donde se apliquen consideraciones de pertinencia cultural (MdeS[Perú], 2005; MdeSyD [Bolivia], 2005; MSP[Ecuador], 2008).

No está por demás señalar que en este periodo se debe proporcionar todo el apoyo para la mujer, teniendo como objetivo evitar y reducir la muerte materna, protegiéndola de la violencia intradoméstica, de las enfermedades acompañantes al embarazo, de las complicaciones que se presenten durante el parto y el puerperio.

Es muy importante que el personal de salud conozca, respete y establezca un diálogo constructivo con respecto a los saberes, prácticas, creencias y representaciones que tienen los pueblos originarios sobre la salud y la enfermedad. Entre estas concepciones se encuentra el relativo al equilibrio frío/caliente, donde el cuerpo de la mujer que está embarazada, durante el parto y el puerperio se encuentra caliente debiéndose evitar los baños y lavados con agua fría, los alimentos considerados como fríos (por ejemplo, la sandía, la naranja, las ensaladas verdes), y se debe procurar no sólo el agua caliente, sino también el uso del baño de vapor mesoamericano o temazcal. Igual bajo esta concepción se debe procurar que la habitación se encuentre cálida, con indumentaria hospitalaria que cubra bien el cuerpo de la paciente, y que sábanas y colchas sean de preferencia de colores vivos que tanto gustan a ellos. Cabe mencionar que para los indígenas el color blanco (tan frecuente en los hospitales y que se une al concepto de pureza y limpieza) y los muebles metálicos se identifican más bien con lo frío, la frialdad y el enfriamiento como causantes de enfermedad.

Del mismo modo, el personal de salud debe conocer las enfermedades que no suelen aparecer en los textos médicos académicos. La paciente puede estar sufriendo de un 'aire', un 'empacho' o un 'susto' y es importante establecer negociaciones para que estas enfermedades tan reales para ellos como el SIDA, la tuberculosis y la influenza para el modelo biomédico, deban ser atendidos con prontitud y eficacia, pese a que el médico no crea en la existencia de tales patologías.

Sobre la posición que adopte la mujer durante el parto, se han demostrado las ventajas del parto vertical. Las múltiples experiencias positivas en el área andina y mesoamericana, junto con las normativas ya establecidas por los ministerios crearán un espacio de mayor aceptación. En forma gradual se irán convenciendo los biomédicos de su utilidad pese a las incomodidades del especialista.

Otros procedimientos también se están abandonando por ineficaces e incluso dañinos: la tricotomía (o rasurado púbico), la episiotomía y el sondeo vesical realizados en forma rutinaria.



El personal de salud debe tomar en consideración el pudor y la vergüenza que sienten las mujeres con las revisiones genitales. La preferencia de las mujeres indígenas será siempre con otra mujer, sea la partera o en todo caso, una médica obstetra. En todo caso, un doctor (o doctora) deberán ser discretos, realizando la menor frecuencia de revisiones genitales durante el trabajo de parto. Igual permitir el uso de tisanas, infusiones o mates que hidraten a la mujer y que tienen calidad caliente. Incluso se debe estudiar y valorar el empleo de plantas medicinales que en forma popular tienen eficacia para acelerar el parto (es el caso de zoapatle –*Montanoa tomentosa* en México) o del sewenqa (*Cortaderia rudiusscula* Stapf) que se emplea en la región andina para disminuir el sangrado posparto (Vandebroek, Thomas y AMETRAC, 2003:326).

El uso de la faja en las mujeres indígenas es relevante y el personal de salud no tiene ninguna razón para prohibirlo. La mujer se siente mejor con ella, y además, se tiene la concepción de que el parto desplaza y separa órganos internos y el fajado puede contener dichas alteraciones.

El destino de la placenta es primordial para los pueblos originarios y existen un conjunto de rituales específicos que deben ser conocidos y respetados. En Chiapas, si es la placenta de una mujercita se le entierra dentro de la cocina para que la futura mujer no se aleje de las actividades hogareñas, y si es de varón se entierra en el campo para que no se olvide de las actividades agrícolas de subsistencia.

Se debe considerar que el parto normal puede ser más fácil si se encuentra presente el esposo, él podrá ayudar en forma directa, y además esta modalidad servirá para aumentar los vínculos amorosos de la pareja. En este mismo sentido, no debemos olvidar la experiencia del Dr. Florencio Escardó (2004:10) en Argentina, quien demostró que el niño hospitalizado se recuperaba con mayor prontitud con la presencia constante de la madre, estableciéndose más adelante en toda América Latina, el programa de la madre acompañante en los hospitales con enfermos pediátricos.

Finalmente, las mujeres indígenas con parto o cesárea a nivel hospitalario se encuentran en un estado de labilidad emocional y corporal que no debe ser aprovechado por los doctores y enfermeras para presionarlas e imponerles un determinado método de anticoncepción. No es así como se obtiene el consentimiento informado ni se establecen las condiciones para un acto libre y voluntario. Por el contrario, se tienen testimonios dolorosos de esterilizaciones masivas que han llevado al cierre de hospitales (caso de Santa Nichi en México donde se sospechaba de actividades de esterilización) y a la negación tácita de los originarios para asistir a los hospitales.

Si se trata de abatir las muertes maternas e infantiles es preciso remitirnos a las relaciones que se han establecido entre biomédicos y parteras. En México, hasta 1976 no existía ningún vínculo entre estos actores sociales, excepto la exclusión y el desprecio de los primeros. A partir de esa fecha, las autoridades de gobierno se percataron que sería imposible llegar a instalar el programa de planificación familiar en zonas rurales sin la participación de las parteras. Es entonces que se inicia una relación utilitarista donde son capacitadas para mejorar las condiciones de los partos que atendían, pero sobre todo para imponerles el empleo de métodos anticoncepcionales a sus pacientes.

Hasta ahora ha sido un diálogo vertical, subordinado. Las relaciones han sido difíciles e incluso en el único hospital donde tenían una cierta aceptación en Cuetzalan, Puebla, y se les permitió la construcción de un temazcal, la relación se ha roto y han tenido que hacer una construcción diferenciada.

En Guatemala he podido observar como se les trata mal en los hospitales, no se les proporciona alimentos ni apoyos. Y, por lo general, se desconoce que su labor técnica no se reduce a la atención del parto, sino que se convierte en la mujer de la casa, apoyando en todos los menesteres que no puede hacer la mujer puerpera incluyendo la atención del recién nacido.

Se tiene que construir una relación diferente, más humana e inclusiva. Los contenidos de los cursos de capacitación deberían ser ampliados a partir de los saberes, prácticas y experiencias de las curadoras, permitir que los partos normales sean atendidos más por ellas, permitir su presencia y la del marido en el parto e incluir sus conocimientos sobre el cuidado puerperal (Ortega, 1999:535-536).

En relación a los recursos materiales, se tiene que abordar lo relativo a las instalaciones hospitalarias que se manejan bajo la lógica y funcionalidad arquitectónica y ergonómica occidental. Pero también de sus detalles con respecto a la alimentación, horarios, farmacia, laboratorio y otros aspectos a considerar. Y no menos relevante es la construcción e implementación de casas maternas que sirvan de protección para las mujeres embarazadas con y sin riesgos prenatales e incluso que sirvan de refugio temporal para aquellas mujeres víctimas de la violencia intradoméstica.

Con respecto al renglón arquitectónico, las postas, centros de salud y hospitales han sido construidos de acuerdo a la orientación, materiales y diseño de arquitectura que obedecen a normas foráneas sin consultar a los futuros usuarios. Proyectos diseñados en forma centralista, por personajes urbanos que además desconocen los materiales propios de la región. Que no saben –por ejemplo– que los mapuches construyen sus hogares con entrada viendo hacia



el oriente, considerado como esa dirección propicia a la vida. En Nuevo Imperial, el hospital estaba dirigido hacia el oeste, y, por tanto, contrario a la recuperación de los hospitalizados. Ahora con el nuevo Complejo de Salud Intercultural no sólo se encuentra bien orientado sino también tiene una sección propia de la medicina mapuche.

Otros elementos a considerar, algunos que ya han sido mencionados con anterioridad, son los de evitar el color blanco⁷, la excesiva iluminación (prefiriéndose luz cálida y difusa), emplear piso de madera en regiones frías, mantener una calefacción adecuada (sobre todo en el ambiente dedicado a los partos), seleccionar un espacio para expresiones religiosas, contar con un albergue u hospedaje anexo para los familiares del enfermo hospitalizado, emplear materiales usuales en la región, contar con una señalización adecuada cuando el hospital es muy grande, construir temazcales hospitalarios en la regiones donde se acostumbran, destinar un espacio para el cultivo de plantas medicinales, entre otros.

Sobre la ergonomía considerar el uso de camas bajas, reducir el tamaño de las salas de parto (para brindar un ambiente más privado y acogedor), evitar el uso de bloques de vidrio en las ventanas, reducir el tamaño de las ventanas (para mejorar la intimidad y a una altura tal que impida la mirada de curiosos, etcétera (MdeSyD., 2005: 123-137)⁸.

Al mencionar las camas bajas, también podemos introducir el uso de hamacas o chinchorros en aquellas regiones cálidas o amazónicas donde se usan de manera cotidiana. El ejemplo mexicano en Campeche sigue teniendo validez (Campos-Navarro *et al*, 1997).

Sobre la alimentación hospitalaria se debe considerar una dieta regional suficiente; conocer y respetar la clasificación frío/caliente establecida en la zona, sobre todo la indicada a las mujeres embarazadas, en trabajo de parto y en puerperio. Del mismo modo, evitar los alimentos considerados localmente como indigestos y que puedan conducir a empachos. En el caso mesoamericano es imprescindible la alimentación con maíz, especialmente en la zona sur de México y Guatemala. Precisamente en Sololá el hospital tenía una oficina encargada de hacer tortillas pero los pacientes hospitalizados se quejaban que sólo recibían tres o cuatro tortillas por ración, lo cual era insuficiente: “Nos están matando de hambre”. Por lo general acostumbran de 8 a 10 tortillas en cada comida.

Los horarios de visita familiar deben ser los más amplios y flexibles posibles. Fuera de la visita médica y otras actividades propias de enfermería lo más conveniente es que existan familiares acompañantes que puedan facilitar



ciertos apoyos al paciente. Aquí recordemos un hospital ubicado en Chimbo-razo cuyo mayor éxito es que los familiares podían entrar y salir con gran liberalidad, y la gente se encontraba muy contenta pese a que el hospital tenía serias limitaciones técnicas.

Con relación a los servicios ofrecidos por farmacia y laboratorio es conveniente que las instrucciones que se dan a los enfermos sean precisas, y en su propio idioma. Ello evitará desagradables resultados como los de aquel paciente que se quejaba de que el medicamento no le surtía efecto y es que en lugar de aplicarlos por vía rectal se los ingería, o bien ciertas ampollitas que son para tomar son inyectadas con negativas consecuencias. El Dr. Mario Humberto Ruz (1983:188), vivió la siguiente experiencia con enfermos tojolabales de Chiapas, México:

Recuerdo muy bien el caso de un indígena de la colonia Jalisco (en el municipio de Las Margaritas) que acudió al centro de salud a quejarse de que los anticonceptivos que le habían proporcionado en Comitán estaban defectuosos: su mujer se había embarazado a pesar de los anaovulatorios. Le expliqué que la efectividad del medicamento no era del 100%, y que en algunos casos, a pesar de estarlos ingiriendo, la mujer podría quedar grávida. La explicación no pareció satisfacerle y siguió quejándose de que la 'loktora' (enfermera) no se lo hubiera explicado. Tratando de justificar a la enfermera empecé a interrogarle. Sin embargo no pude mantener mucho tiempo la alegata. Cuando inquirí sobre la forma en que su esposa ingería los estrógenos, su respuesta deslindó responsabilidades: la 'muda' (tonta) de su mujer no había querido tomarlas, pero cada noche, religiosamente, él mismo ingería una pastilla antes de acostarse. El caso, aunque gracioso, no deja de ser aleccionador. Más adelante supe que la enfermera había insistido en asegurarle que tanto él como su esposa eran responsables de la concepción. Así pues, ¿si él tenía parte proporcional en el asunto, por qué no habría las medicinas de afectarle? Si la enfermera hubiese empleado algunos minutos en explicarle más detalladamente el mecanismo farmacodinámico, el problema quizá no se hubiese presentado.

De manera, que siempre se requiere que haya un acompañante que sepa español durante los estudios de laboratorio, la toma de imágenes radiológicas, ultrasonido y otras técnicas hospitalarias.

Y a propósito de nuevas tecnologías se debe considerar el uso de los teléfonos celulares. Contrario a lo que se pudiera pensar, la utilización de los mismos se ha extendido en zonas rurales y peri-urbanas y puede ser un instrumento que pueda ayudar a salvar vidas⁹.



Con respecto a las casas u hogares destinados para las mujeres embarazadas es una estrategia muy valiosa, sobre todo, cuando no existen servicios médicos cercanos. Han funcionado estos establecimientos en México, Guatemala, Perú y Bolivia con notable éxito pues permite una atención inmediata y especializada en caso de complicaciones. Así mismo, se ha observado en México su importancia para la protección de aquellas mujeres (embarazadas o no), que sufren de maltrato por parte de esposos violentos.

Vale la pena mencionar el programa estatal del gobierno de Evo Morales hacia las mujeres que atienden su parto en entidades sanitarias del gobierno. Se trata del Bono Juana Azurduy que establece un pago en dinero por cuatro visitas prenatales, parto en unidades médicas y control del niño por dos años. Ello ha significado una medicalización del proceso materno-infantil que no reconoce la actividad de las parteras e incluso las discrimina y hace a un lado, lo cual muestra la implementación de un bien intencionado programa de salud con ausencia de la transversalización intercultural.¹⁰

Para terminar, deseamos insistir que las modificaciones referidas a la pertinencia cultural son una obligación del Estado, a través de la formación intercultural de trabajadores de salud y de la operación que realizan los ministerios de salud. También insistir que los cambios ya no deben ser tomados como simples recomendaciones o sugerencias sino que se conviertan en elementos de 'obligatoriedad'. En escritos previos hemos afirmado que el enfoque intercultural sea obligatorio y corroborable en las instalaciones sanitarias ubicadas en regiones indígenas, y en aquellos hospitales y centros de salud urbanos con atención a pueblos indígenas.

Nuestra propuesta de normatividad en dichos hospitales sería:

- Exista no menos de un 50% de personal bilingüe que sea originario de la región y que, uno o varios de ellos tengan la función específica de ser facilitadores interculturales para que orienten a los indígenas que solicitan servicios del hospital, e incluso, es conveniente la formación y presencia de médicos académicos de origen indígena, como ya sucede en algunas regiones amerindias.
- El personal médico y paramédico que proviene del exterior reciban un adiestramiento y capacitación obligatoria sobre medicina intercultural adecuada, con especificidad sobre cultura donde van aplicar sus saberes.
- Los horarios del hospital se adapten a los ritmos y tiempos de los campesinos de la región.



- Los médicos indígenas participen de las actividades del hospital como un consultor más.
- Los huertos medicinales formen parte del paisaje hospitalario demostrando su vigencia y utilidad.
- La alimentación regional sea ineludible, con las restricciones dietéticas en casos particulares.
- La participación comunitaria sea completa y los amerindios tengan poder resolutorio en aspectos organizativos, administrativos y financieros del hospital.
- La cosmovisión y materiales regionales amerindios sean tomados en cuenta para la elaboración de proyectos arquitectónicos de hospitales y centros de salud.
- Los albergues para familiares del hospitalizado sean parte del espacio del nosocomio.
- Los muebles y construcciones regionales (hamacas, temascales y otros) deban ser analizados, considerados y utilizados por las instituciones médicas.
- Los programas de salud sean elaborados y consensuados con los pueblos amerindios.
- Promover y lograr partos de acuerdo a las costumbres locales con adaptación del espacio físico, a los usos culturales de la región (Campos-Navarro, 2006:185).

¿Es posible que se adopten dichos cambios? De hecho, ya existen hospitales que tienen algunas características arriba anotadas. Por ejemplo, en Chile, el Hospital de Makewe tiene una dirección y administración mapuche; el Complejo Intercultural de Nueva Imperial posee instalaciones propias y adecuadas donde la o el machi atienden a los pacientes. En Bolivia y Perú ya se atienden los partos hospitalarios con participación de las parteras capacitadas, la paciente adopta la posición que más desee y puede ser acompañada del esposo¹¹. En Iquique se ha implementado en forma experimental el parto aymara en un espacio del hospital gubernamental. En México, los hospitales ‘mixtos’ de Puebla, Nayarit y uno de Chiapas (San Andrés Larráinzar) han conjugado ambos servicios con resultados diversos.

Finalmente, recordar que la reducción de la mortalidad materno-infantil de pueblos originarios y afrodescendientes, no es a través de un programa o acto médico aislado sino de acciones integrales que corresponden a derechos humanos e indígenas elementales que hasta este momento no se han cumplido.



Su cabal cumplimiento se enmarca dentro de políticas públicas de reconocimiento y respeto a esos derechos históricos conculcados, a la devolución de territorios, a la reparación de los daños producidos por la rapiña de invasores europeos –primero– y mestizos/criollos –después–, a la mejoría de sus condiciones generales de vida por redistribución de las riquezas nacionales. Y en el terreno sanitario, la garantía de una seguridad alimentaria, disponibilidad de agua potable, higiene del medio ambiente y el acceso a servicios médicos de calidad –ahora sí– con enfoque intercultural.

Notas

- 1 Facultad de Medicina, UNAM, México.
- 2 (Boletín Indígena, 2004:3).
- 3 La misma fuente informativa establece que otros organismos no gubernamentales del Ecuador establecen entre un 25 y 35% de población originaria. Igual sucede con México donde las cifras oficiales (6,5%) se basan en el criterio lingüístico (y no de autoadscripción) por lo que los cálculos reales van de un 10 a un 12% de la población total de mexicanos. En el caso de Perú, algunos investigadores con cifras de finales del siglo pasado) establecen que ocupa un segundo lugar después de Bolivia y antes de Ecuador. En tanto que Colombia tiene un porcentaje mayor que Venezuela (Jordán, 1992).
- 4 Recordemos que en México los programas de Planificación Familiar desde los setenta, y de Salud Reproductiva en los ochenta y noventa, insistieron en forma obsesiva en el cumplimiento de metas que el personal de salud debería alcanzar, hizo que los médicos asumieran el control natal como un objetivo válido, correcto y bueno para la mujer, y cometieran excesos al aplicar los DIUs y realizar salpingoclasias sin el consentimiento de la mujer, en especial cuando se les realizaba una cesárea obligada. Para un análisis reciente de este tema véase a E. Menéndez (2009).
- 5 En estos términos es que definimos el ejercicio de la medicina intercultural como: “la práctica y el proceso relacional que se establecen entre el personal de salud y los enfermos donde ambos pertenecen a culturas diferentes, y donde se requiere de un recíproco entendimiento para que los resultados del contacto (consulta, intervención, consejería) sean satisfactorios para las dos partes” (Campos-Navarro, 2004:129).
- 6 Bebida de maíz que se toma en el sureste mexicano.
- 7 Aunque parezca un asunto menor y sin relevancia pero finalmente no lo es, hay mujeres indígenas que rechazan las sabanas blancas porque se avergüenzan de mancharlas, y además lo unen a la sensación de frialdad. En hospitales de Bolivia, en especial en Patacamaya, han puesto en la sala de parto intercultural las sábanas y las cortinas rojas, que ofrecen un ambiente cálido sin que se descuide el aspecto higiénico.
- 8 Esta Guía para la atención intercultural de la salud materna, en su capítulo de adecuaciones culturales de los establecimientos de salud, elaborada por Ruth Velasco, una arquitecta boliviana, tiene una excelente exposición de situaciones y sugerencias válidas para el mundo andino. Recomendamos ampliamente su difusión y uso.



- 9 La doctora Rosalba González, que trabaja en Patacamaya, Departamento de La Paz, Bolivia, relata que ella tuvo un caso donde era imposible que llegara la mujer al hospital y se vio obligada a dar instrucciones al marido mediante celular, lográndose un parto domiciliario sin complicaciones. En estos lugares se puede tener acceso a una línea gratuita para comunicarse con los médicos tratantes siempre y cuando el municipio acepte subsidiar el pago del servicio. Los médicos del Hospital Boliviano Español expresan que el celular puede ser muy relevante e incluso afirman que un caso reciente de muerte materna por hemorragia posparto a nivel domiciliario, quizá pudo evitarse si se hubiera utilizado este medio de comunicación (Campos-Navarro, 2009b).
- 10 Al Hospital de Patacamaya se han acercado las parteras aymaras y participan del programa de parto intercultural. Hasta la fecha no reciben remuneración alguna, se permite que reciban alguna compensación por parte de las familias beneficiadas pero se está contemplando para el 2010 un pago que varía de uno a dos salarios mínimos por parte de las autoridades municipales (ibíd).
- 11 En centros de salud y hospitales públicos de los Departamentos de La Paz y Potosí, los avances son crecientes. Los talleres sobre interculturalidad en salud sexual y reproductiva se han incrementado en forma notable (Patscheider G., 2007:45). En Patacamaya se han incrementado el número de partos, y la mujer tiene opción de seleccionar ambiente biomédico o intercultural, y en los 10 meses iniciales del 2009 se han atendido 270 partos, de los cuales 127 (47%) han sido con adecuación intercultural, sin presentación de morbi-mortalidad materno-infantil (Narváez *et al*, 2009). Y una limitante ha sido que existe un sólo ambiente y por lo menos 60 mujeres han tenido que ser derivadas al servicio biomédico porque ya se encontraba ocupada la sala de atención intercultural (Campos-Navarro, 2009b).

Bibliografía

BARANCHUK, Norberto

- 2004 “Presentación”, en: Florencio Escardó, *Carta abierta a los pacientes*. Buenos Aires: Ediciones Fundación Sociedad Argentina de Pediatría.

BELLATO Gil, Liliana

- 2001 *Representaciones sociales y prácticas de hombres y mujeres mazahuas sobre la sexualidad y la reproducción*. Tesis de maestría. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. México.

CAMAQUI, Alberto

- 2009 “Testimonio 05 del servicio Willaqquna del Jatún Jampina Huasi (Hospital Daniel Bracamonte, Potosí, Bolivia)”, en: Campos-Navarro (comp.) *El empacho en Bolivia (1612-2009)*: La Paz: Ministerio de Salud Pública y Deportes / PROHISABA.

CAMPOS-NAVARRO, Roberto

- 2004 Experiencias sobre salud intercultural en América Latina, en: Gerardo Fernández Juárez (coord.) *Salud e interculturalidad en América Latina*. Pers-



- pectivas antropológicas* (Editor:) Quito: Universidad de Castilla La Mancha- Abya Yala, pp. 129-151
- 2006 Vacíos en interculturalidad en hospitales rurales, en: Castañeda, Amilcar: *Campaña educativa sobre Derechos Humanos y Derechos Indígenas. Salud indígena y derechos humanos. Manual de contenidos*. San José: Instituto Interamericano de Derechos Humanos / Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo / Organización Panamericana de la Salud.
- 2009a Conflictos interculturales provocados por la escasa utilización de la lengua maya en un hospital indígena guatemalteco, en: Arzápalo (ed.) *Lingüística Amerindia. Aportaciones recientes*. México: Instituto de Investigaciones Antropológicas / Universidad Nacional Autónoma de México.
- 2009b *Diario de campo en Hospital de Patacamaya*, 8 noviembre.
- CAMPOS-NAVARRO, R., F. García-Vargas, U. Barrón, M. Salazar y J. Cabral
1997 La satisfacción del enfermo hospitalizado: empleo de hamacas en un hospital rural del sureste de México. *Rev. Med. IMSS* 35(4):265-272.
- CITARELLA, L (comp.)
1995 *Medicinas y culturas en la Araucanía*. Santiago de Chile: Editorial Sudamericana.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO)
2006 *La situación demográfica en México, 1998 y Programa Nacional de Población, 2001-2006*.
- DEL POPOLO, Fabiana, Ana María Oyarce y Sandra Lafosse
<http://www.eclac.org/celade/noticias/paginas/8/29208/FDelPopoloP.pdf>
- DIDES, Claudia y María Soledad Pérez Moscoso
2007 Investigaciones en salud sexual y reproductiva de pueblos indígenas en Chile y la ausencia de pertinencia étnica. *Acta bioeth.* 13 (2) Santiago nov. 2007
Versión *on line*: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2007000200009
- ELÚ, María del Carmen y Elsa Santos Pruneda
2004 Mortalidad materna, una muerte evitable. *Perinatol Reprod Hum* Vol. 18(1):44-52.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo,
2008 *Kharisiris en acción. Cuerpo, persona y modelos médicos en el Altiplano de Bolivia*. Quito: Centro de Investigación y Promoción del Campesinado.
- FLORES CISNEROS, Carmen
2007 *Saberes de mujeres zapotecas de la Sierra Norte de Oaxaca. Representaciones y prácticas de embarazo, parto y puerperio en tres generaciones*. Tesis de maestría. Escuela Nacional de Antropología e Historia. México.
- FREYERMUTH, Graciela
2002 “Salud sexual y reproductiva. Desafíos para Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Puebla”, en: *Mujeres indígenas y su salud sexual y reproductiva. Un espacio para la reflexión y la participación*. Memoria. Grupo de Estudios sobre la



- Mujer Rosario Castellanos, A.C. Oaxaca, México. <http://www.risalc.org:9090/portal/indicadores/ficha/query.php>
- KLIKSBERG, Bernardo
- 2009 “América Latina. El caso de la salud pública”, en: S. Amartya y B. Kliksberg, *Primero la gente. Una mirada desde la ética del desarrollo a los principales problemas del mundo globalizado*. Buenos Aires: Editorial Temas.
- KOLSTRUP, Nils
- 2006 La comunicación es el fundamento de todo cuidado sanitario, en: Mosquera Saravia, MT y Kolstrup, N (eds.) *La comunicación entre paciente y trabajadores de salud en una sociedad multiétnica*. Guatemala: Instituto de Estudios Interétnicos. Universidad de San Carlos.
- MENÉNDEZ, Eduardo L.
- 2009 “Esterilizaciones y sectores sociales subalternos en América Latina. El caso mexicano”. En Gerardo Fernández Juárez (Coordinador), *Salud e Interculturalidad en América Latina. Prácticas Quirúrgicas y Pueblos Originarios*, pp. 119-134. Quito: Edit. Abya-Yala.
- MENDOZA, Zuanilda
- 1994 *De lo biológico a lo popular. El proceso salud / enfermedad / atención en San Juan Copala, Oaxaca*. Tesis de maestría, Escuela Nacional de Antropología e Historia. México.
- MINISTERIO DE SALUD
- 2005 *Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural*. Dirección general de Salud de las Personas. Lima.
- MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
- 2005 *Guía para la atención intercultural de la salud materna*. Serie: Documentos Técnicos Normativos, La Paz.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
- 2008 *Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado*. Ecuador.
- MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD
- 2007 “Servicios interculturales de salud en el tercer nivel de atención del sistema público nacional de salud”, en: *Servicios Interculturales de Salud. Oficinas de Salud Indígena*. Caracas, Dirección de Salud Indígena / Ministerio del Poder Popular para la Salud. Caracas.
- NARVÁEZ, Rubén, Henry Flores, Laura Alejandra y Rosalba González
- 2009 “Experiencia de interculturalidad en salud. Hospital Boliviano Español de Patacamaya”, Panel en: *Jornada Internacional de reflexión sobre interculturalidad en salud de Bolivia en el contexto de la experiencia latinoamericana*. La Paz, Bolivia, 4-5 de noviembre.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
- 2003 https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB113/seb11315a1.pdf -
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
- 2004 *Boletín Indígena*, p. 3.



ORTEGA CANTO, Judith Elena

- 1999 *Proceso reproductivo femenino: saberes, géneros y generaciones en una comunidad maya de Yucatán*. Tesis de doctorado. El Colegio de Michoacán. Zamora.

OYARCE, Ana María y Malva-Marina Pedrero

- 2009 *Perfil epidemiológico básico de la población mapuche. Comunas del área lafkenche del Servicio de Salud Araucanía Sur*. Chile: MINSAL.

PATSCHEIDER, Gloria, Ineke Dibbits y Mirela Armand-Ugón

- 2007 *El enfoque intercultural en la atención de la salud materna. Un avance para las políticas públicas de salud*. La Paz: Ministerio de Salud y deportes / PROHISABA.

RUZ, Mario Humberto

- 1983 *Los legítimos hombres. Aproximación antropológica al grupo tojolabal*. Vol. III, México: Centro de Estudios Mayas, Universidad Nacional Autónoma de México.
- 2004 “Esfuerzos conjuntos para disminuir la mortalidad materna e infantil”, en: *Restablezcamos el Espíritu del Mundo*, Organización Panamericana de la Salud, Boletín Indígena n.2.

VANDEBROEK, Ina, Thomas Evert y AMETRAC (Asociación de Médicos Tradicionales de Capinota)

- 2003 *Plantas medicinales para la atención primaria de la salud, El conocimiento de ocho médicos tradicionales de Apillapampa (Bolivia)*. Cochabamba: Industrias Gráficas Serrano.

ZOLLA, Carlos, Sofía Del Bosque, Virginia Mellado, Antonio Tascón y Carlos Maqueo

- 1988 *Medicina tradicional y enfermedad*. México: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.



Enfoque intercultural en las redes de servicios de salud en Chile:

lecciones en la implementación de partos con pertinencia cultural

Margarita Sáez Salgado



Presenta una breve síntesis del trabajo realizado por más diez años en Chile donde progresivamente se ha estado viviendo un profundo proceso de cambio cultural en el sector salud en su relación con los pueblos indígenas. Intenta mostrar una visión de los procesos y antecedentes recabados con motivo de la participación en el Seminario Taller “Interculturalidad, ejercicio de derechos en la Subregión Andina, con énfasis en la salud sexual y reproductiva, para el fortalecimiento del Sumak Kawsay”.

Avances en políticas, normas y programas de salud y pueblos indígenas

En Chile desde la década del noventa se han desarrollado numerosas iniciativas y estrategias para avanzar en la pertinencia de las políticas públicas hacia los pueblos indígenas, varios años han transcurrido en el sector salud hasta lograr institucionalizar estos procesos convirtiéndolas en políticas, planes y programas que se implementan hoy a nivel de los servicios de salud y en las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud. En este escenario, a partir del año 2000, se inicia desde el Ministerio un proceso participativo para formular la política en salud y pueblos indígenas, el que concluye como documento oficial en el año 2006 y establece un marco de principios donde se reconoce la diversidad cultural, el derecho a la participación y los derechos políticos de los pueblos indígenas.

La gran apuesta de la “Política de Salud y Pueblos Indígenas”¹ es contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos originarios, a través



del “desarrollo progresivo de un modelo de salud con enfoque intercultural que involucre su activa participación en la construcción, ejecución, control y evaluación del proceso”.

Uno de los ejes principales en la política es la participación de los pueblos indígenas, que se define como un requisito indispensable para el desarrollo de programas y planes locales y regionales en salud y pueblos indígenas, no limitándola a las etapas de diagnóstico y levantamiento de necesidades.

El contenido de la política apunta a un enfoque de derechos y de respeto a la cultura ancestral. El fundamento de este cambio paradigmático es que “ningún sistema médico es capaz de satisfacer todas las demandas de salud que presenta una población multicultural. Esto implica para los técnicos de salud dejar de concebir el modelo biomédico como el único deseable, válido y efectivo. Debemos reconocer que hay otros agentes y poblaciones que tienen conceptos de salud-enfermedad diferentes y que hay especialistas para enfermedades que no están incluidas en el CIE 10, que el sistema de salud oficial no puede tratar, pues carece de los códigos para entender su etiología, rehabilitación y prevención y en relación a las cuales, los indígenas nunca intentan resolver por esa vía”.

En base a los resultados de la última década, en especial, de las experiencias que se han ido desplegando en el quehacer de los servicios de salud, se ha formulado la Norma Técnica Administrativa N°16, sobre interculturalidad en los servicios de salud, que señala aquellas estrategias y acciones necesarias de llevar a cabo en la actualidad en el sector público de salud, norma que constituye un mandato e imagen objetivo para el sector. Algunos ejemplos de sus orientaciones son:

El Ministerio, servicios y demás organismos sectoriales, antes de adoptar medidas, deberán escuchar y considerar la opinión de las organizaciones indígenas involucradas, así como la de los agentes de salud indígenas titulares de los conocimientos, innovaciones o prácticas que puedan resultar afectadas por la regulación (art. 2).

Los Servicios de Salud con presencia de población indígena deberán programar, ejecutar y evaluar en conjunto con los integrantes de la Red y con participación de representantes indígenas, estrategias, planes y actividades que incorporen en el modelo de atención y en los programas de salud el enfoque intercultural, a requerimiento del Ministerio de Salud, o de la Autoridad Sanitaria Regional (art. 7).

Otro avance en materia de regulación está en el marco legal de la reforma sectorial. En éste se incorpora la interculturalidad en salud en la Ley de Auto-



ridad Sanitaria; así, el artículo 16, establece que es deber del Ministerio de Salud: “formular políticas que permitan incorporar el enfoque intercultural en los programas de salud en aquellas comunas con alta concentración de población indígena”.

Dando prioridad a los compromisos de Gobierno² señalados en el Instructivo Presidencial en base a Política Re-conocer: Pacto Social por la Multiculturalidad, el sector ha buscado fortalecer los procesos y avanzar en nuevos desafíos que permitan la implementación del Convenio 169 de la OIT, ratificado recientemente en Chile. Todos estos avances en materia de regulaciones han ido abriendo puertas para este profundo y difícil cambio cultural donde la interculturalidad se ha declarado una imagen objetivo en salud, en el marco de la importancia de un enfoque de derechos.

El desarrollo de esta línea de políticas y regulación da cuenta del trabajo emprendido especialmente desde el mundo estatal por reconocer la diversidad y provocar un acercamiento entre paradigmas, donde se encuentran distintas formas de entender y enfrentar el proceso de salud-enfermedad: ‘lo oficial’ y ‘lo indígena’ bajo el concepto de ‘interculturalidad’.

La necesidad de construcción conjunta y definiciones sobre la marcha...

En los últimos años, el sistema de salud oficial se ha propuesto grandes desafíos, uno de ellos ha sido la definición e implementación de diversas experiencias que declaran tener un ‘enfoque intercultural’. Esto ha sido posible gracias a la decisión y compromiso de muchos: indígenas y no indígenas, proceso que hoy cuenta con equipos comprometidos en 25 servicios de salud del país, los que están dando muestras de un incipiente cambio cultural en el modelo de salud imperante.

La construcción de modelos en salud con enfoque intercultural, constituye hasta ahora un enorme desafío, donde se requiere de nuevas habilidades en los equipos técnicos del sector, como también del diseño de modelos de financiamiento acorde a las necesidades de los procesos, recursos humanos e insumos de los centros de salud interculturales; este es, pues, uno de los nudos ciegos sin resolver hasta ahora.

Cada experiencia es única y la diversidad que presentan, responde a las particularidades de los contextos socioculturales y políticos donde se desarrollan. De este modo, encontramos experiencias de autogestión con autonomía en la administración de los recursos por parte de las organizaciones indígenas



que las lideran, hasta otras más institucionales, donde la gestión está en manos de actores estatales.

En suma, la forma en la cual se viven los procesos a nivel local, procuran avanzar en la incorporación de un enfoque intercultural en el modelo de atención. Esta tiene en los Servicios de Salud distintos grados de desarrollo y responde a decisiones que el conjunto de los actores ha ido tomando.

Para tener una visión más cercana de experiencias con énfasis en la salud reproductiva, se presentan algunos procesos y lecciones aprendidas.

El debate lo biomédico y la pertinencia cultural recién comienza...

Un modelo de atención ‘intercultural’ se ha ido gestando en la maternidad del Hospital de Iquique, la experiencia nace como un proyecto que se llamó “Salud Intercultural desde una maternidad”, el que se logró después de años de trabajo y de vencer muchas resistencias.

La experiencia tiene como fundamento que el modelo de atención de salud para la población aymara en la atención de parto no ha diferido históricamente del aplicado a la población general, lo que ha producido trasgresiones a sus concepciones sobre la vida, la procreación y el nacimiento.

En cumplimiento a las orientaciones ministeriales de fomentar la participación para el desarrollo de estrategias que respondan a las especificidades culturales de los pueblos originarios en las políticas de atención, prevención, rehabilitación y promoción de salud se recogió desde algunos representantes de la comunidad aymara la necesidad y el deseo de contar con un hospital que atienda con respeto a su identidad. Las organizaciones aymaras participan así en el diseño del proyecto, en su defensa, ejecución y evaluación.

El proceso se inicia con conocer las razones de la resistencia a la atención del parto hospitalario, en distintas reuniones las mujeres aymaras señalaron diferentes motivos:

- Trato deshumanizado.
- Temor a la operación cesárea.
- No se les permite parir de la manera que ellas conocen.
- No se les permite caminar debiendo permanecer acostadas en pre-parto.
- No se les permite ingerir líquidos ni alimentos.
- No se les permite la compañía de sus familiares.
- Aplicación de procedimientos y tecnologías desconocidas por ellas.



El equipo técnico recoge estos antecedentes y formula el proyecto “Salud Intercultural desde una maternidad”. Reconociendo que las comunidades aymaras recurren a prácticas ancestrales en el ámbito de la obstetricia y principalmente en la asistencia del parto, y que se han resistido fuertemente a la atención obstétrica hospitalaria, el equipo definió un modelo que pretendió incorporar la pertinencia cultural en el parto.

La pertinencia fue entendida como la adecuación de los servicios de salud a las características de la cultura, basada en el respeto y en la construcción colectiva de estrategias que mejoren el acceso y la utilización de los servicios de salud. El proyecto se implementa entre los años 2004 y 2005.

Relaciones entre culturas en un contexto de relaciones de poder asimétricas

De los ‘No’ a los ‘Sí’

Las características del modelo propuesto por el equipo están bajo la estrategia de ‘trato humanizado’, que permite parir de la manera que las madres conocen y desean. Entre los elementos principales están: el permanecer con su vestimenta si lo desea, caminar en el pre parto, no se les practican sin enemas ni rasurados, se les ‘permite’ ingerir líquidos y alimentos inmediatamente después del alumbramiento, se les ‘permite’ la compañía de sus familiares y se debe evitar la operación cesárea.

La adecuación cultural de los servicios públicos de salud incluye también la existencia de una sala para el desarrollo del trabajo de parto, implementación adecuada y un stock de hierbas medicinales, ubicación estratégica para ingreso y derivación en caso de necesidad, casa de acogida a madres y sus acompañantes que llegan desde las comunidades rurales.

¿Cómo se entiende la calidad con pertinencia? Al parecer se entiende como el abordaje y la atención del parto, considerando aspectos culturales, además de la incorporación de parteras, como una alternativa de atención válida para las madres que son atendidas bajo esta modalidad.

Los criterios de calidad también se basan en la existencia de un equipo técnico con enfoque intercultural y otros en formación. La madre procede de acuerdo a su comodidad y conocimientos, existe participación activa de la partera en el proceso, se define el rol del acompañante (esposo, madre, hermana) y el rol de matrona (obstetricia) sólo como acompañante y actuar si es necesario.



Las definiciones sobre lo que está permitido, las condiciones de lo posible, siguen estando en el marco de la cultura institucional. Las comunidades participan desde los espacios que se abren; se inicia un trabajo con parteras desde las postas de salud rural formando una red y ellas contribuyen a la difusión de la experiencia.

El primer año del proyecto asisten 38 madres de comunidades rurales, equivalentes al 69% del total de mujeres atendidas en el periodo en ese establecimiento: el 92, 8% de los partos fueron normales. Cabe destacar que 11 embarazadas eran multíparas y acudieron por primera vez al hospital a tener su parto, un gran logro bajo el concepto de parto institucional. Otra característica del proceso es que en el 40% de los partos el acompañante fue el esposo, como ha sido siempre la tradición aymara.

En relación a la satisfacción de las madres, se les preguntó cómo fue la acogida que se recibió al ingreso a la maternidad: un 72,5%, señaló como muy buena, un 25% como buena y sólo un 2,5% como regular. Respecto a cómo les pareció la experiencia de adoptar la posición que ellas desean para tener su parto, el 100% respondió que fue muy importante. Sobre la participación de la partera en el parto, el 82,5% se refirió a ésta como muy importante, un 5% poco importante y un 12,5% señaló que ésta no estuvo presente.

Si bien, todos estos elementos daban cuenta de una experiencia exitosa, el proyecto sólo dura un año y luego viene un largo período de decaimiento, en el que se pierde la conducción del proceso hasta que viene un nuevo renacer de la experiencia.

Lecciones aprendidas...

FORTALEZAS	DEBILIDADES
Líderes y comunidades aymara demandaron el cambio institucional en reuniones y encuentros.	Insuficiente sensibilización y compromiso para instalar la experiencia.
Comprender que para los pueblos originarios el parto es fundamentalmente un evento familiar, que se vive al interior de sus hogares: enfoque intercultural.	Incorporar incentivos económicos a las matronas que participaron en el proyecto. Crear diferencias al interior del Servicio de Ginecología-Obstetricia.
Algunos equipos respetan conocimientos y tradiciones, generando confianza y gran disposición a cooperar para lograr un parto exitoso.	Sólo un grupo de matronas y médicos participaron en el origen y gestión del proyecto. Resistencia internas en el servicio.
Liderazgo de equipo de proyecto que sorteo múltiples dificultades.	Escasa participación de las comunidades.



De proyecto... “Salud Intercultural desde una maternidad” a...” Parto Integral con Enfoque Intercultural” en el Hospital Regional de Iquique.

El principal cambio logrado es que deja de ser un ‘proyecto’ para convertirse en una estrategia institucional con el compromiso de todos los actores involucrados, esto es, deja de ser un grupo de matronas lideradas por un médico. Una reflexión sobre las características del proceso anterior ayuda a entender donde se centran los errores, en la siguiente tabla se presentan algunas fortalezas y debilidades:

La complejidad de estos procesos nos hace ver que no basta con buenas intenciones y que un cambio organizacional debe ser preparado en profundidad. También nos habla de los roles menores que juega la comunidad en las decisiones que se tomaron.

Tal como en el ejemplo de Iquique, en otras regiones del país se ha avanzado en un paulatino trabajo transversal con el Programa de la Mujer en pos de la adecuación del parto con pertinencia cultural. Actualmente, destacan las experiencias del Hospital Regional de Arica y los Hospitales de Panguipulli y Paillaco en la Región de Los Ríos; iniciativas que actualmente forman parte del “Programa Chile Crece Contigo”, como un ejemplo de transversalización del enfoque intercultural en el Sistema de Protección Social de la Infancia.

En la Región de Los Ríos, el Modelo de Atención del Embarazo y el Parto con pertinencia cultural también contempla la humanización del proceso embarazo-parto y puerperio, considerando elementos que desde la cosmovisión mapuche favorecen la salud de la madre y el niño; tales como, la posición adecuada al momento del parto, la creación de un ambiente que le permita sentirse más en confianza y acompañada, que estimule el vínculo de apego con su hijo, la participación de la familia antes y después del parto, incorporando tratamientos propios de la cultura mapuche, tanto para su recuperación como para la aplicación de las primeras pautas de crianza que tienen gran simbolismo para la familia que resguarda su cultura.

Estas experiencias se basan en que esta forma de actuar en salud permite conservar la identidad de las usuarias, convirtiéndolas en piezas fundamentales a la hora de decidir respecto de quiénes participan de la asistencia del parto y cómo debe ser el proceso. Estas buscan brindar una atención de salud integral con enfoque intercultural entre ambos sistemas de salud, en un marco de respeto, sana convivencia y formas de abordar las situaciones de salud desde la misma población. Sin duda, se requiere de una retroalimentación permanente, que considere las propuestas de mejoramiento, dado por todos los actores involucrados, en los distintos niveles de atención, ya sea el personal de salud, la



misma comunidad, los equipos de salud, y agentes colaboradores e instituciones del interceptor.

Algunos resultados cualitativos nos hablan de la generación de nuevas confianzas de las familias para asistir a los centros asistenciales al control prenatal, y asistencia del parto. La comunidad se siente más identificada con este espacio donde su aporte es importante y ha comenzado a confiar en quienes entregan los servicios.

¿Qué define un logro en procesos como estos? Según el Dr. Patricio Miranda del Hospital Regional de Iquique:

En todo caso el mayor beneficio, tiene que ver con aspectos psicológicos, culturales y emotivos. Aspectos que hacen la diferencia para el resto de la vida, y que hoy dependen del involucramiento de los equipos de salud, de una mejor coordinación con la atención primaria y de que las mujeres en gestación se atrevan y recuperen lo que nunca debió olvidarse (Diario El Morro 9/11/2009).

Si bien, la política de salud y pueblos indígenas afirma que se debe considerar la participación de los pueblos originarios en la gestión, control y evaluación de programas de trabajo -avanzando con ello en el afianzamiento de su reconocimiento y valoración de su aporte a la construcción de la salud como un bien colectivo-, no queda claro en estos procesos cómo participa verdaderamente la comunidad. La tendencia es a 'integrar' a un modelo oficial, que aunque 'abierto' y respetuoso sigue siendo el modelo dominante.

Desde otra perspectiva también se hacen evaluaciones económicas:

Junto a la disminución de intervenciones innecesarias (rasurado, lavados, anestésicos), el parto vertical da más comodidad y protagonismo a las madres y resulta menos traumático para el bebé, además de favorecer el apego a la madre y la participación del padre. Y no sólo eso. En términos de costos, las cifras son elocuentes: en materia de insumos requeridos, un parto vertical cuesta \$400, uno donde se administre la peridural, alcanza a los \$15.000 y una cesárea los \$120.000 (ibíd.).

Sin embargo, en materia de evaluación de procesos quedan mucho por hacer. Una de las tareas pendientes es la definición de estándares de calidad en estos modelos en desarrollo. ¿Cuáles criterios definen la pertinencia cultural? Al considerar el trabajo en red entre ambos sistemas de salud, ¿quiénes participan?, ¿cómo se establece un sistema de referencia y contrarreferencia? Otra urgencia surge a partir de los procesos que están en desarrollo, es necesario monitorear y realizar una evaluación participativa.



A modo de corolario

En Chile el enfoque intercultural ha estado orientado a producir, por una parte, un impacto en el modelo de atención, desarrollando estrategias para la pertinencia cultural en la organización y provisión de servicios de salud; y, por otra, a intentar una complementariedad de sistemas médicos. Estos procesos han adquirido diversas expresiones según particularidades regionales, cuyo eje principal es lograr la participación y el compromiso de los pueblos originarios. Lo importante es que los procesos sean descentralizados.

Después de todo el camino recorrido está claro que no existe una sola forma de avanzar, sino muchas que permitirán ir evaluando y consolidando estos procesos en el tiempo. El modelo médico sigue siendo occidental y el proceso de cambio cultural aún es incipiente. Éste se sustenta en experiencias específicas de Salud Intercultural, que tienen fragilidad y que requieren por sobretodo de voluntad política para continuar.

La interculturalidad es un proceso dinámico y permanente de relación de comunicación y aprendizaje entre culturas en condiciones de legitimidad mutua, horizontalidad, colaboración, que se construye entre personas, conocimientos y prácticas culturalmente distintas. La interculturalidad no es una simple adaptación de instrumentos.

La institucionalización del parto con pertinencia es, por una parte, oportunidad de acceso y a la vez, otro ejemplo de asimilación de los pueblos indígenas. La ventaja para el sistema de salud oficial es que se está acercando a una población que históricamente se ha resistido acudir al hospital, donde pueden garantizar la salud de la madre y del niño y cumplir las metas sanitarias de parto hospitalario. Lo importante es que se haga con los pueblos indígenas y no 'para' los pueblos indígenas. No debemos olvidar que si de interculturalidad se trata, quiénes, si no los indígenas para darnos cátedra, la mayoría de los pueblos se mueven entre los dos mundos y manejan con habilidad ambos códigos culturales

En tanto sistema de conocimientos y prácticas sobre la salud y la enfermedad, los pueblos indígenas tienen un patrimonio cultural que debe ser abordado como derecho. Una de las urgencias es la preservación de la biodiversidad, su salvaguarda no involucra sólo al sector salud, esta materia debe ser analizada y resuelta por un conjunto de sectores del Estado. Si bien aparece como declaración deseable, en la realidad se ha avanzado muy poco en la coordinación de políticas públicas a nivel de los Estados.



El enfoque de derechos transforma a los sujetos de derecho de meros receptores de acciones o recursos a titulares de derechos que tienen garantías exigibles. El enfoque de derechos, como marco de referencia para la formulación de políticas y programas de salud y pueblos indígenas, es el de los ‘derechos colectivos’. No podremos entender ni menos dar una respuesta pertinente desde el Estado si no somos capaces de situarnos en esa dimensión. Sin duda queda mucho por hacer.

Quisiera terminar con Las palabras andantes de Eduardo Galeano:

Ventana sobre la utopía

Está en el horizonte. Me acerco dos pasos, ella se aleja dos pasos... Camino diez pasos y el horizonte se corre diez pasos más allá... Por mucho que yo camine, nunca la alcanzaré...

¿Para que sirve la utopía?

Para eso sirve: para caminar...

Notas

- 1 Ministerio de Salud, 2006.
- 2 Gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet Jeria, 2009

Bibliografía

- INSTITUTO DE ESTUDIOS ANDINOS ISLUGA. UNIVERSIDAD ARTURO PRAT
2007 “Apoyo al diseño de experiencias piloto de atención y gestión intercultural en la primera y segunda regiones”. Programa Orígenes-Ministerio de Salud, julio.
- MINISTERIO DE SALUD- SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA
1996 “Memoria Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas: Hacia una Política Nacional Intercultural en Salud”. Saavedra, noviembre.
- MINISTERIO DE SALUD – SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR
1998 “Taller Nacional Salud y Pueblos indígenas. Salud, Cultura y Territorio: bases para una epidemiología intercultural”, Likanray – Brotes de Luna Nueva, Región de la Araucanía, Chile.
- Ministerio de Salud y OPS/OMS
2000 “Encuentro Internacional Salud y Pueblos indígenas. Logros y desafíos en la Región de las Américas”. Puerto Varas, Región de Los Lagos, Chile, 13, 14 y 15 de noviembre.
- MINISTERIO DE SALUD
2006 “Política de Salud y Pueblos Indígenas”. Santiago, Chile.



MICHAUX, Jacqueline

- 2004 “Hacia un Sistema Intercultural de Salud en Bolivia”, en: *Salud e Interculturalidad. Perspectivas Antropológicas*. Gerardo Fernández, Quito: Coord. Abya Yala-Bolhispania-Universidad Castilla La Mancha.

SÁEZ, Margarita

- 1999 “Interculturalidad en Salud: Caminos y Desafíos”, en: *Primer Seminario Nacional de Salud Intercultural y Políticas Públicas*. Ministerio de Planificación y Cooperación – Ministerio de Salud. Santiago de Chile, 21 y 22 de octubre.

- 1999 “Avances y desafíos en la Interculturalidad en Salud”. “Tercer Encuentro Nacional de Salud y Pueblos Indígenas. Sistematización de experiencias de trabajo intercultural en salud”. Servicio de Salud Araucanía Sur – Programa de Salud con Población Mapuche Villarrica, 10, 11 y 12 de noviembre.

SERVICIO SALUD IQUIQUE. HOSPITAL REGIONAL DE IQUIQUE. SERVICIO DE GINECOLOGÍA – OBSTETRICIA, PROGRAMA DE SALUD PUEBLOS INDÍGENAS

- 2006 “Informe Final Proyecto Salud Intercultural desde una Maternidad”.



Fortalecimiento de servicios rurales con atención de parto con enfoque intercultural

Mario Tavera



El contexto

Es muy probable que la meta del milenio sobre Reducción de la Mortalidad materna no se logrará cumplir al 2015. Cada año en el mundo, 500.000 mujeres mueren como consecuencia directa de complicaciones de la maternidad. El 98% de estas muertes se producen en países en vías de desarrollo, especialmente en áreas rurales o son mujeres indígenas.

Las causas directas de las muertes maternas son la hemorragia, el parto obstruido, la toxemia y las infecciones. Más del 50% de las muertes se producen en el domicilio o por llegada tardía a los servicios de salud.

La intervención más eficiente para reducir la mortalidad materna es la atención calificada del parto, lo que implica el acceso a servicios que cuenten con Bancos de Sangre, cesárea, anticonvulsivantes y antibióticos. Y programas de planificación familiar.

En áreas indígenas, no existen servicios o no tienen capacidad para atender estas complicaciones. En las comunidades, especialmente indígenas las mujeres se resisten a hacer uso de los servicios, debido entre otros a la inadecuación a su cultura, maltrato y discriminación.

Las razones por las que las mujeres se resisten a la atención institucional del parto son:

- Temor al corte (episiotomía profiláctica).
- Temor al frío.
- Pudor.
- Temor a la camilla (alta y angosta).



- Maltrato, discriminación.
- Lenguaje técnico. Idioma diferente.
- Códigos culturales diferentes.
- Exigencias de levantarse rápido.
- Se siente sola, no tiene compañía.

Para lograr mayor aceptación de las mujeres de las áreas rurales e indígenas para hacer uso de los servicios de salud, debe desarrollarse un proceso de adaptación de las rutinas de atención del embarazo y el parto en los establecimientos de salud.

Se debe cambiar las rutinas de atención para:

- Proteger el pudor de las usuarias.
- Evitar la exposición al frío y al exceso de luz.
- Permitir el uso de la posición vertical en el momento del parto.
- Permitir el acompañamiento de los familiares o parteras tradicionales.
- Adecuar el ambiente de los servicios de atención a las expectativas locales.
- Permitir el consumo de líquidos y alimentos locales.
- Respetar las costumbres locales en el uso de la placenta.

En el Perú, este proceso ha permitido incrementar el uso de los servicios de atención del parto, especialmente en las áreas rurales. En el año 2000 sólo el 15% de los partos que se producían en áreas rurales ocurrían en los servicios de salud. En el 2008, la cobertura en estas áreas se elevó hasta un 56%, evidenciándose una mayor aceptación en su uso.

1. Pasar de la ‘investigación’ académica a la ‘acción’ en los servicios de salud.
2. Incorporar la Antropología a la formación y práctica del personal de salud.
3. Debe persistirse en la búsqueda de las ‘evidencias’ científicas, históricas, antropológicas que justifique los cambios en las rutinas de atención.
4. Proceso de construcción basado en el conocimiento y en la investigación local.
5. No se puede hacer solo interculturalidad en salud materna, es necesario procesos más comprensivos en salud y lograr sociedades interculturales.

Las principales lecciones aprendidas, en el proceso de implementación de la estrategia de adecuación cultural de los servicios de maternidad son:

- Se trata de promover cambios culturales, en los enfoques y rutinas de atención de los servicios de salud. Por tanto son procesos de mediano y largo plazo.
- Es importante dar evidencias científicas a los conocimientos y prácticas tradicionales: ‘no es folklore’.
- Proceso construido, no en base de proyectos de investigación o ‘pilotos’. Deben ser insertados desde el comienzo en la institucionalidad pública, haciendo uso de la máxima potencialidad local.
- El personal ‘no medico’ (obstetricas, enfermeras) es un aliado principal en el desencadenamiento del proceso.
- Existe personal de salud que lo hace previamente de manera ‘clandestina’. La intervención ‘legítima’ sus prácticas.
- El proceso establece nuevos paradigmas, en pasar del ‘marco teórico’, a la acción práctica para transformar los servicios que se brindan cotidianamente a los usuarios.
- Es fundamental la participación de los usuarios:
 - Escucha por el personal de salud.
 - Aprendizaje de prácticas comunitarias.
 - Coparticipación en la prestación del servicio.
 - Apoyo externo.
 - Evaluación y seguimiento.

Se monitorea el proceso de implementación a través de los siguientes indicadores:

Indicadores de proceso

- Parto atendido en posición vertical.
- Acompañamiento de familiares en la atención del parto.
- Número de episiotomías en primerizas.
- Historia previa de lugar de atención del parto en madres multíparas.
- Satisfacción de usuarias, familiares y comunidad.
- Opinión de los agentes comunales, partera tradicional.

Indicadores de gestión

- Personal de salud que habla el idioma y conoce la cultura local.
- Señalización en idioma o simbología local.

Fortalecimiento de servicios rurales con atención de parto con enfoque intercultural

- Registro de las estadísticas por grupo étnico.
- Servicios adaptados físicamente para permitir prácticas de interculturalidad basadas en evidencias.

Mutilación genital femenina en Emberas de Risaralda:

diálogo entre los derechos individuales y los derechos colectivos

Nancy Millán



Contexto general

Durante el último CENSO (2005) oficial realizado en Colombia, fueron reconocidos 87 pueblos indígenas, equivalentes a 1.392.623 personas. Las cifras de las organizaciones indígenas difieren de las del CENSO, y éstas reivindican la existencia de un total de 104 pueblos indígenas.

En el departamento de Risaralda región en la que se ubica la experiencia que aquí retomaré, el CENSO reportó a 24.810 indígenas de las comunidades Embera-Chamí y katío, distribuidos en algunos municipios como Pueblo Rico, Mistrató, Marsella y Quinchía.

El pueblo embera con el que venimos desarrollando la experiencia que les vamos a presentar, hace parte de la familia lingüística Chocó. Los chocoes se caracterizaron por su tradición guerrera y expansiva aún después de la llegada de los españoles (ONIC, 2002; Flórez, 2007). Sin embargo, por la alta presión que ejercieron los colonos y los afrodescendientes sobre sus territorios, se vieron forzados a migrar en varias direcciones. “Hoy se asientan en pequeños núcleos desde el Darién panameño hasta el Ecuador, y desde la costa pacífica hasta las estribaciones de la cordillera occidental y el alto río Sinú” (Gálvez, 1993: 26).

El grupo lingüístico Chocó se divide en dos lenguas, waunana y embera. Los embera, que significan gente, a la vez se segmentan en cuatro grupos que reciben una denominación de acuerdo con la ubicación geográfica en espacios de montaña, selva o río. Es así como en el primer congreso del pueblo embera realizado en el 2006, se reafirmaron los etnónimos de Dóvidas (gente de río),



Pusavida (gente del mar), Eyabida (gente de las montañas), Oibida (gente de la selva).

En los municipios de Mistrató y Pueblo Rico se encuentran ubicados los embera eyabida o de montaña. Estos municipios están al noroccidente del departamento de Risaralda a una distancia promedio de 90 km de la capital (Peireira).

En estos municipios se identifica, según el índice de desarrollo humano, IDH, un nivel bajo de desarrollo, ocupando los puestos 12 y 13 respectivamente entre los 14 municipios del departamento. Además, según el Censo 2005, Pueblo Rico ocupa a nivel departamental el segundo lugar entre los municipios de Risaralda con 54,72%¹ de necesidades básicas insatisfechas, y, Mistrató el primero con un 59% de NBI².

Las tasas de mortalidad infantil más altas del departamento de Risaralda son las de Pueblo Rico y Mistrató con tasas de 65,9 y 28,1 por 1.000 nacidos vivos respectivamente identificándose entre algunas de sus causas enfermedades infecciosas como la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) e Infección Respiratoria Aguda (IRA). Se considera que las comunidades indígenas presentan altas tasas de morbilidad por patología infecciosa en la población infantil al estar expuestas a deficientes condiciones de infraestructura y servicios públicos y precariedad de su situación nutricional.

Sumada a esta situación, durante los años 2005 y 2006, fueron reportados tres casos de niñas indígenas recién nacidas que murieron por causa de la infección que les produjo una práctica que hasta el momento era totalmente desconocida en Colombia “la Ablación/ Mutilación Genital Femenina (A/MGF)” realizada al interior de las comunidades. Desde este momento el Fondo de Población de Naciones Unidas, en asocio con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, entidad estatal encargada de la protección integral de los niños, niñas y adolescentes, realizaron un acercamiento al Consejo Regional Indígena de Risaralda y a los cabildos indígenas de los municipios de Pueblo Rico y Mistrató para analizar la situación de la salud y los derechos de las mujeres Embera.

Este diálogo entre autoridades indígenas e instituciones inició en marzo del 2007 cuando la comunidad Embera confirma la existencia de la práctica A/MGF y su aplicación generalizada en las comunidades de Pueblo Rico y Mistrató. Esto motivó a que otras instituciones estatales, organismos de control del orden nacional y departamental se unieran al trabajo de diálogo intercultural para la transformación o erradicación de la práctica. Se conforma entonces una



mesa interinstitucional integrada por el Ministerio del Interior y de Justicia, el Ministerio de la Protección Social, la Defensoría del Pueblo y la Procuraduría, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y el Fondo de Población de Naciones Unidas. En el 2009, se unieron a la mesa de trabajo dos importantes aliados, la Organización Nacional Indígena de Colombia –ONIC- y el Programa Integral Contra Violencias de Género del Fondo Español para los Objetivos del Milenio, MDG-Found, en el cual participa la Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer como representante del gobierno nacional, en asocio con el UNFPA, UNIFEM y la OIM como agencias ejecutoras de éste programa.

La mesa interinstitucional acompaña el proceso de reflexión con las autoridades indígenas para identificar las estrategias que redundaran en la transformación o erradicación de la práctica de la ablación genital. Este trabajo arrojó como primeros resultados la generación de confianza entre los indígenas y las instituciones; el reconocimiento tácito por parte de la comunidad indígena sobre la vulneración que la práctica A/MGF genera entre las mujeres y presentación de una propuesta por parte de las autoridades indígenas para la “sensibilización de derechos humanos de las embera wera”. Posterior a esto, se realizó un análisis institucional y ajuste conceptual y metodológico de la propuesta, presentando un nuevo proyecto cuyo objeto es “la transformación de la práctica A/MGF³”.

¿Cuál es el propósito del proyecto?

Las autoridades indígenas e instituciones analizaron que la transformación de la práctica de la Ablación/ Mutilación Genital Femenina debía trascender al ámbito integral de los derechos de las mujeres embera, en la medida que hay otros factores, no menos importantes que se estaban presentando al interior de las comunidades y que instaba a los diferentes participantes de la mesa interinstitucional y a las autoridades indígenas en participar en la construcción de alternativas de solución. Es así como se define que el propósito del proyecto estaría encaminado al fortalecimiento de la participación de las mujeres embera en el ejercicio de sus derechos y su salud, especialmente en lo relacionado con la salud sexual y reproductiva, incluyendo la prevención de otras formas de violencia contra las mujeres como la violencia doméstica, la violencia y explotación sexual, entre otras.



Metodología

Las estrategias metodológicas que facilitaban el cumplimiento del propósito planteado guiaban hacia la Investigación Acción Participativa, en la medida en que la forma más apropiada, según las autoridades indígenas, las comunidades e inclusive las instituciones, era a través de espacios comunitarios de reflexión interna (asambleas generales, reunión con parteras, sector salud, docentes, jóvenes, cabildo en pleno, alguaciles y encuentro departamental de mujeres), y de recorridos por las comunidades para identificar y analizar la situación de derechos de las mujeres embera, y posteriormente, tomar medidas pertinentes que generen un cambio en las situaciones que vulneren los derechos de esta población.

La aplicación de las estrategias metodológicas estaba fundamentada en conocer la historia o mitología que explicara desde la cosmovisión del pueblo embera la práctica de la A/MGF o curación, así como el significado de la misma. Conocimiento que era necesario recoger para re-conocer y reflexionar al interior de las comunidades y desde allí, asumir posteriormente una lectura crítica del mismo.

En este sentido se plantearon dos preguntas orientadoras como fueron: ¿Cuál es la situación de los derechos en salud sexual y reproductiva, especialmente de las mujeres embera de los municipios de Pueblo Rico y Mistrató? Y ¿Cuál es el sentido (para qué), y sus consecuencias a nivel individual, familiar, social, de la práctica del corte del clítoris en la cultura embera, específicamente en los municipios de Pueblo Rico y Mistrató?

Para llevar a cabo la propuesta metodológica, durante el presente año, se formularon tres alcances que no solo integran las actividades de reflexión interna de las comunidades indígenas sino que también involucra la respuesta institucional frente a la situación que se vaya encontrando en el ejercicio de los derechos en salud sexual y reproductiva de la población focalizada como una forma de reconocimiento de la corresponsabilidad estatal y de las autoridades indígenas en esta garantía.

El primer alcance o resultado hace referencia a que las instituciones del nivel central y territorial con competencia directa en la prevención y atención de las distintas Violencias Basadas en Género han fortalecido la coordinación interinstitucional para la promoción de los derechos de las mujeres embera.

El segundo alcance se refiere a que la comunidad embera, especialmente las mujeres, han fortalecido el conocimiento y ejercicio de sus derechos en salud sexual y reproductiva y han transformado la práctica de la AGF.



Y por último, que las instituciones locales conocen y comprenden más la cultura embera para facilitar el acceso y prestación del servicio sin discriminación.

Sobre la A/MGF

Se ha identificado que la práctica de la A/MGF se lleva a cabo en lugares como África occidental, sahariana y nororiental, así como en pueblos del sur de Asia y de América. La práctica de la A/MGF incluye varios tipos de cirugías o cortes en los genitales femeninos. Dentro de éstos una de las formas menos lesiva de circuncisión femenina es la escisión del prepucio (o capuchón) del clítoris, comparable a la circuncisión masculina, acompañada frecuentemente por la punción o la remoción parcial del clítoris. Cuando se elimina el clítoris mismo se utiliza el término ‘clitoridectomía’. ‘Escisión’ denomina, en general, las clitoridectomías y otras cirugías relacionadas con ella que eliminan el clítoris y tejidos adyacentes del prepucio y de los labios.

En las comunidades embera se ha encontrado, hasta el momento, que el tipo de corte que se realiza está más relacionado con este último tipo de procedimiento, la clitoridectomía. Para estas comunidades, la A/MGF es una práctica socialmente aceptada y valorada e incluso las mujeres “embera wera” asumen que es algo natural y deseable por lo que piensan que las mujeres no indígenas también están ‘curadas’⁴.

Durante el tiempo de trabajo, se ha encontrado que generalmente son las parteras las que realizan este procedimiento o en algunos casos, la misma madre o abuela quienes según un examen físico determinan si la niña requiere o no ‘la curación’ dependiendo el tamaño del clítoris. Algunas dicen que se hace los primeros días de nacida la niña, otras esperan más tiempo y al parecer trae problemas. Algunas dicen que necesitan entrenamiento y aprender a hacerlo bien para no causar daño. Muchas mujeres dicen y algunos hombres también, que tienen miedo a que el clítoris crezca y ‘trabaje’ como el pene del hombre, o que la mujer se vuelva marimacho, es decir, para evitar el homosexualismo, o que es necesario para evitar problemas en el matrimonio como la infidelidad por parte de la mujer, para evitar el maltrato físico y abandono a la mujer por parte del esposo.

También se ha encontrado que no hay consenso de donde se origina la práctica. Hay diferentes versiones frente a la herencia de ese conocimiento, cuando citan a su máximo dios Karagabí. Es posible establecer que no hay una



versión unificada en la mayoría de mujeres, se tergiversa y las mayores presentan ciertas dudas cuando se trata de profundizar más en ello.

La mayoría de actores sociales entrevistados (docentes, líderes, padres de familia) manifestaban su preocupación por los efectos de la curación y por lo tanto, afirmaban la necesidad de no continuar con el corte del clítoris. Sin embargo, también expresaban su preocupación por los efectos que podría generar el abandono de esta práctica, en el comportamiento de las mujeres, llevando posiblemente a un desorden social.

En este sentido, se puede encontrar que en las comunidades embera así como en otras poblaciones que también realizan esta práctica, las explicaciones culturales están relacionadas con la necesidad de mantener la virginidad (al reducir el deseo sexual), identidad de género (eliminar partes ‘masculinas’), garantizar el placer sexual de los varones y posiblemente con normas de belleza (adecuación a una estética cultural). Pero también puede estar relacionada con un rito de paso que les permita definir o incorporar a las mujeres en su mundo social.

Sin embargo, aunque esta práctica está cargada de simbolismos culturales para algunas mujeres de ciertas comunidades, la conclusión a la cual se ha llegado es que se está ante la vulneración de algunos derechos humanos fundamentales como –disponer del propio cuerpo y de la propia sexualidad–, así como de la vida, la integridad y la salud de las niñas.

El proyecto ha sido cuestionado por algunos defensores del relativismo cultural que argumentan que este comportamiento no debe ser juzgado con los patrones de otra cultura y menos aún, cuando este tipo de corriente asume que los derechos humanos individuales han sido creados desde una mirada occidental. Por otro lado, hay otros que consideran que más que un proceso reflexivo debe usarse métodos coercitivos que prohíban inmediatamente la práctica y que el Estado utilice los medios necesarios para castigar cuando se infrinja esta prohibición. Frente a esto, se ha determinado que si bien, como proyecto reconocemos los derechos colectivos de estos pueblos, que se respeta la autonomía en la forma de tomar decisiones y que la reflexión interna puede ir acompañada por métodos coercitivos, todo esto debe surgir en el marco de la autodeterminación de las comunidades. Pero también es claro que este reconocimiento a sus derechos colectivos no deben infringir los cuatro mínimos jurídicos establecidos por la Corte Constitucional de Colombia, quien ha dirimido en el conflicto que se puede generar en la articulación o análisis de casos en las comunidades indígenas cuando está de por medio la mirada de los derechos humanos individuales y los derechos colectivos. Por encima de



cualquier práctica cultural, se debe respetar los cuatro mínimos jurídicos relacionados con el derecho a la vida, a la integridad física, a no ser esclavizado ni torturado y al debido proceso.

Partiendo de esta sugerencia de la Corte Constitucional, el proyecto ha determinado que la práctica de la A/MGF vulnera el derecho a la vida, a la integridad física, a la salud, inclusive a la salud sexual y reproductiva, por lo que estos argumentos han facilitado el proceso de reflexión interna con las comunidades.

Avances y hallazgos

Se pueden resaltar dos tipos de avances en el transcurso del trabajo desarrollado durante el 2007 hasta hoy. El primero relacionado con el diálogo intercultural y el otro con la identificación de la situación de los derechos de las mujeres embera.

1. En cuanto el diálogo intercultural se destaca el respeto que la mesa interinstitucional ha tenido de los procesos de concertación con las autoridades indígenas y la organización indígena, que incluye la formulación, ejecución y evaluación conjunta y constante de las actividades planteadas. Esto ha redundado en un proceso de construcción de confianza mutua que ha sido reconocido por las diferentes instancias del orden nacional, departamental y municipal.

También se logró un acuerdo suscrito entre autoridades locales y autoridades indígenas sobre la atención y responsabilidades frente a los casos que se presenten de niñas que se les haya realizado la práctica durante el tiempo de ejecución del proyecto. Posteriormente, a este acuerdo surgió una Resolución que emitieron las autoridades indígenas con el fin de suspender la práctica mientras que se culmina el proceso de reflexión que determinará la forma de transformarla o erradicarla definitivamente.

En este período fue constituida el área de mujer y familia en el CRIR y fue integrado un grupo de mujeres líderes por cada resguardo, a quienes se capacitó, para apoyar el proceso desde las comunidades. Se logró el posicionamiento de las mujeres en espacios de toma de decisiones y organizativos, a partir del proyecto.

Se avanzó en la sensibilización a los medios de comunicación tanto a nivel nacional como regional para el adecuado abordaje periodístico de



las noticias que se generen en las comunidades indígenas desde un enfoque sociocultural, de respeto y comprensión.

Se asesoró a las entidades territoriales- municipal y departamental- para la inclusión del tema de Violencias Basadas en Género con enfoque intercultural, en los planes de desarrollo, dando respuesta a la exigibilidad de la Ley 1257 emitida en el 2008. Se avanzó en la construcción de espacios de diálogo intercultural entre las autoridades indígenas, médicos tradicionales y entidades de salud en los municipios focalizados.

2. En lo referente a la identificación de la situación de los derechos de las mujeres embera, hubo la manifestación explícita por parte de las mujeres de la necesidad de discutir al interior de las comunidades el tema de la Ablación/ Mutilación Genital Femenina que sería denominada como ‘cureación’ por parte de ellas. También se destaca el reconocimiento tácito por parte de la comunidad indígena sobre la vulneración en la vida y en la salud que genera la práctica de la A/MGF.

Se reconoció que las mujeres embera acceden, en una tasa muy baja, a la educación aduciendo celos de los padres, temor a que se enamoren a muy temprana edad, poca importancia por el tema y falta de compromiso de las autoridades indígenas y docentes por promover la participación de ellas en ese espacio.

Se encontró que la definición del género se determina a través de la diferenciación sexual –genitalidad- y por el vestuario. En esta medida, socialmente se les asigna a las mujeres el espacio privado –hogar- con labores como cocinar, crianza de los hijos y recolección de cosechas, labor que inician a muy temprana edad, 6 años, cuando la madre le delega estas responsabilidades mientras ella recolecta las cosechas. El hombre se encarga del espacio público, de jornalear, sembrar, limpiar el terreno y de participar en el ámbito organizativo.

El comportamiento sexual y el ciclo reproductivo de la mujer son determinantes en las prácticas sociales relacionadas con la producción, caza y recolección de alimentos así como con el binomio de salud-enfermedad. También se analizó que en las comunidades indígenas existen métodos de planificación familiar tradicional ejercida por los médicos tradicionales, por lo que hay un rechazo tácito a la planificación familiar con métodos occidentales. Se reconoció la presencia de enfermedades de transmisión sexual en la población embera, afectando principalmente a las mujeres.



Por otro lado, las comunidades indígenas embera manifestaron el rechazo absoluto por la opción del homosexualismo.

Hay censura y tabú frente al tema de la sexualidad ya que se define solo como el acto sexual entre la pareja, por lo que no puede ser abordado ni en la escuela y los padres de familia cada vez dan menos orientación a los hijos e hijas, siendo suplantado por la televisión o los medios de comunicación. Es así como no hay reconocimiento del cuerpo, especialmente el de las mujeres, y mucho menos de su genitalidad. En este sentido, es prohibido hablar del tema y esto conlleva a que las mujeres expresen su rechazo a exámenes como la citología vaginal.

Se reconoce que la edad de inicio de la maternidad y paternidad es prematura. Aducen que la mujer después de los 20 años no es atractiva para el hombre y puede quedar soltera para toda la vida.

En cuanto a la violencia intrafamiliar, se denunciaron casos de abuso sexual a niñas y mujeres, especialmente por los cónyuges aunque este tipo de denuncias no llegan ante el cabildo indígena quien administra la justicia. Pero por otra parte, se encontró que hay poca aplicabilidad de los estatutos internos frente a casos de violencia intrafamiliar, especialmente por la escasa sensibilidad frente al tema y poca denuncia de casos. Es así como en los diferentes encuentros se reconoció que en las comunidades la violencia intrafamiliar está invisibilizada porque se considera que es un problema normal que sucede entre las parejas y que es a estas a las que les corresponde solucionarlo.

Conclusiones

En primer lugar, es posible afirmar que en estos procesos de transformación cultural el hecho de lograr una aceptación generalizada de la existencia de la práctica, de que la práctica puede generar enfermedad y muerte, y que al interior de la comunidad se hable ya en voz alta del tema y no exista acuerdo sobre su origen, realización y significado, son logros muy importantes que inciden inevitablemente en la transformación de la misma.

En segundo lugar, es claro que los procesos de transformación cultural demandan tiempo, paciencia y capacidad para desentrañar el sentido que para las comunidades tiene una determinada práctica. Además, esto está relacionado con la fuerte resistencia al cambio que está instalada en todas las culturas, pero que sólo es visible para nosotros en la cultura de los demás.



En tercer lugar, que los diálogos interculturales no son lineales ni necesariamente progresivos, sino generalmente circulares y eventualmente progresivos pero que esto es posible cuando hay consistencia entre lo que se dice, se hace y se piensa porque eso genera confianza y respeto por parte de las comunidades y de las instituciones.

En cuarto lugar, se reconoce como una gran fortaleza del proceso la legitimidad construida a partir de una concertación institucional en el nivel nacional, departamental, municipal y local. Alianzas institucionales, con autoridades y comunidades.

Desafíos

Para el Proyecto Embera Wera, y por ende, para todos sus participantes, tanto institucionales como indígenas, autoridades y comunidades, se espera llegar a la erradicación de toda práctica que vulnere la salud y la vida de las mujeres indígenas, incluyendo la práctica de la A/MGF. Otras experiencias internacionales sugieren que esta toma de decisiones debe ir acompañada de un proceso de difusión pública y un constante seguimiento y supervisión del cumplimiento de esa decisión.

También hay la necesidad de garantizar una respuesta integral, adecuada y eficiente por parte del sector salud para disminuir las causas de morbi-mortalidad de esta población, siempre en el marco del diálogo intercultural.

Por último, se requiere una sostenibilidad del proceso donde las comunidades indígenas, en el marco de su autonomía, continúen en la reflexión de la situación de los derechos de las mujeres, con énfasis en los derechos en salud sexual y reproductiva dando cumplimiento al mandato del Segundo Encuentro Departamental de Mujeres Embera de Risaralda. Para ello se requiere formar a más mujeres líderes que abanderen estos procesos de la mano con sus autoridades indígenas.

Notas

- 1 Dato obtenido del Plan de Salud Territorial Pueblo Rico 2008- 2011.
- 2 Dato obtenido del Plan de Salud Territorial Mistrató 2008- 2011.
- 3 El marco jurídico que se tuvo en cuenta durante la formulación de la propuesta y que ha guiado todo el accionar del proyecto se sustenta en la Constitución Política de Colombia, en su artículo 7 donde se establece que “El Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la Nación colombiana” y el derecho a la supervivencia cultural. Este artículo encuentra su fundamento en el derecho a la libre autodeterminación de los pueblos, re-



conocido en el artículo 9 de la misma Carta. Adicionalmente, en el artículo 1 del Pacto de Derechos Civiles y Políticos de 1966 y como derecho específico de los pueblos indígenas está consagrado en el Convenio 169 de la OIT, ratificado por la ley 21 de 1991. Así mismo, este derecho ha sido desarrollado jurisprudencialmente en las sentencias de la Corte Constitucional T-428 de 1992 (M.P. Ciro Angarita Barón); T-380 de 1993 (M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz); C-058 de 1994 (M.P. Alejandro Martínez Caballero); T-342 de 1994 (M.P. Antonio Barrera Carbonell), entre otras.

- 4 Denominación que recibe la práctica de la A/MGF al interior de las comunidades.



La salud sexual y la salud reproductiva en poblaciones indígenas de Bolivia

Mónica Yaksic Prudencio¹



La investigación en sexualidad y salud reproductiva en pueblos indígenas con enfoque de género e interculturalidad, tuvo como objetivo obtener información cualitativa sobre sexualidad y salud reproductiva en pueblos indígenas, para orientar de una manera más adecuada los mensajes y para aportar a la construcción de políticas públicas de salud dirigidas a estas poblaciones.

Ésta se desarrolló en dos fases:

- Primera fase: sistematización sobre el estado de situación de la salud sexual y la salud reproductiva en poblaciones indígenas.
- Segunda fase: investigación cualitativa descriptiva con entrevistas individuales y grupales, además de la observación participante para la comprensión de determinantes socioculturales y de género.

La investigación fue realizada en poblaciones del área rural como en zonas marginales y periféricas del área urbana, tanto de tierras bajas (Pueblo indígena Cavineño y pueblo indígena Ese ejja), valles (municipio de Aiquile en el departamento de Cochabamba) y tierras altas (comunidades aymaras de Puerto Acosta del departamento de La Paz).

Esta investigación nos ayudó a comprobar que a través del esfuerzo coordinado y el trabajo interinstitucional entre el Viceministerio de Salud Intercultural y Medicina Tradicional del Ministerio de Salud y Deportes, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Family Care International (FCI) y las organizaciones de base de cada uno de los pueblos, se puede realizar acciones concretas que amplíen y orienten de una manera más adecuada el diseño de políticas públicas dirigidas a la salud sexual y la salud reproductiva de los pueblos indígenas del país.



I. Bolivia y sus pueblos indígenas

Bolivia es uno de los países latinoamericanos con mayor población indígena de todo el continente. Aquí conviven 36 pueblos indígenas, siendo los más numerosos aquéllos que ocupan las tierras altas – quechuas y aymaras – que habitan los departamentos de La Paz, Oruro, Cochabamba, Potosí y Chuquisaca. Sin embargo, la mayor diversidad étnica se encuentra en las tierras bajas, en los departamentos de Beni, Pando, Tarija y Santa Cruz donde conviven 34 pueblos indígenas (Censo de Población y Vivienda, 2001).

Los pueblos indígenas más numerosos son: quechuas (49,5%), aymaras (40,26%), chiquitano (3,6%), guaraní (2,5%), mojeño (1,4%) y otros (2,4%).

II. Resultados de la investigación

Los temas recurrentes en todas las comunidades en las que se realizó la investigación son:

- Sexualidad y género.
- Ciclo reproductivo.
- Matrimonio/pareja/familia.
- Anticoncepción.
- Relaciones sexuales, placer y ritos de iniciación.
- ITS/VIH/SIDA.
- Cáncer Cérvico Uterino.

En este documento se tocará con mayor amplitud los resultados de las comunidades indígenas de tierras altas.

Sexualidad y género

La década de los noventa marca un hito en el abordaje de los estudios e intereses en relación a la SSR y género muy influenciados por las convenciones del Cairo (1994) y de Beijing (1995).

Entre los hallazgos sobre género y construcciones de sexualidad en comunidades de tierras altas se pudo evidenciar lo siguiente:

- La enseñanza y aprendizaje de la sexualidad no es usual. Las y los jóvenes aprenden de los cambios biológicos cuando los experimentan, en ese momento reciben explicaciones, el padre habla al hijo y la madre a la hija.



- La sexualidad está muy relacionada con la actividad sexual, situación que genera temor porque se asocia a esta última y al embarazo como algo ‘malo’ para las y los jóvenes solteros. Dentro de la familia, los mecanismos de control principalmente sobre la hija joven consisten en evitar que tenga contacto con el sexo opuesto.
- Los hombres no reciben tantos cuidados ni recomendaciones porque no están en peligro de embarazarse. Asocian el acto sexual con la búsqueda de placer y para mejorar su desenvolvimiento en futuras relaciones y matrimonio. Para los hombres solteros el tener relaciones sexuales fortalece su identidad masculina.
- El control de los padres de familia sumado al de la gente puede tener tanto poder que quienes son descubiertos enamorando – a veces sólo hablando – podrían ser obligados a vivir en concubinato.
- Cuando una mujer soltera queda embarazada, el temor a la reacción familiar y a la estigmatización social le hace pensar y a veces optar por el aborto.
- La mujer casada se considera como el ‘único papel legítimo para la mujer adulta’. La situación de la mujer viuda, divorciada y anciana es de marginación.
- El hombre tiene el rol principal en las decisiones de la vida social y en la salud sexual y reproductiva de la pareja. Los roles de hombres y mujeres están definidos por el sexo. La costumbre, a veces convertida en norma, indica qué debe hacer un hombre y qué debe hacer una mujer.

Ciclo reproductivo

- Se identifican 8 tiempos del ciclo reproductivo de las mujeres: embarazo, parto, alumbramiento de la placenta, puerperio, la atención del recién nacido-a, la lactancia materna, la planificación familiar y el aborto.
- Hay diferencias entre el cuerpo físico y el cuerpo espiritual de la parturienta, lo que exige diferentes técnicas curativas: psicológica, ritual y física.
- El alumbramiento es tratado como otro nacimiento, de ahí la importancia de la placenta y su simbolismo de la vida.
- Existen prescripciones para el cuidado del embarazo, parto y posparto. Un parto difícil está asociado al incumplimiento de alguna regla de prohibición y, por tanto, los tratamientos incluyen acciones tradicionales como el uso de hierbas.



Matrimonio, pareja y familia

- En las Tierras Bajas, a partir de los procesos de evangelización, la poligamia fue desapareciendo.
- En los pueblos de tierras altas existía un gran control social sobre el matrimonio, las mujeres y los hombres debían llegar vírgenes, de lo contrario eran severamente castigados.
- Establecer una familia resulta vital para que un individuo deje de ser visto como un o una joven y sea considerado un adulto hombre o mujer. La familia es la única forma de acceder a la vida social, política y económica de la comunidad. Por eso cuando una persona pasa demasiado tiempo soltero/a es considerado/a un ser incompleto.
- Las madres solteras son cuestionadas en la comunidad, lo que incluye a las familia de éstas, son estigmatizadas porque se considera que no han sabido hacerse respetar y que deshonran a su persona y a su familia.
- El promedio de hijos e hijas de las familias oscila entre los 5 a 8, aunque hombres y mujeres manifiestan haber querido tener menos hijos e hijas o desear hacer algo para controlar los embarazos.

Anticoncepción

- Las mujeres y hombres regulan su fertilidad a través de métodos naturales basados en la observación del ciclo menstrual (calendario), la abstinencia, el uso de hierbas y la lactancia.
- Los métodos anticonceptivos modernos causan temor y rechazo por ser desconocidos y no contar con referentes culturales para explicar sus efectos en el cuerpo.
- Las influencias religiosas, la situación social y económica, así como los roles de género hacen que el tema de la anticoncepción sea visto dentro de un complejo sistema de relaciones de poder.
- El aborto es considerado por el exceso de hijos/as o la dificultad económica para criarlos.
- El 34% de las poblaciones indígenas conocen el uso del condón como forma de prevención de embarazos y de ITS.
- El 70% de la población indígena masculina conoce sobre el condón.
- El 29% de la población indígena femenina conoce sobre el condón.
- Los lugares identificados para informarse sobre métodos anticonceptivos son: la radio, el colegio y, en el caso de los hombres, el cuartel. En cuanto a los lugares de acceso se identifican los centros de salud.



- Si la mujer no quiere embarazarse debe pedir ‘permiso’ al hombre para utilizar algún método anticonceptivo moderno; ellos generalmente no otorgan este permiso porque piensan que la mujer les puede ser infiel y perderán el control sexual sobre ella.

Relaciones sexuales, placer y ritos de iniciación

- En las Tierras Bajas la sexualidad está muy vinculada al ambiente ecológico y a las actividades de caza, pesca y la recolección. Un buen cazador está apto para casarse, traer carne permite acceso sexual a las mujeres.
- En las Tierras Altas las relaciones sexuales, en especial para los hombres, no sólo tienen la función reproductiva, sino que están relacionadas con la búsqueda del placer y satisfacción.
- En las Tierras Altas la homosexualidad es considerada una enfermedad.

ITS/VIH/SIDA

- En la mayoría de las comunidades rurales e indígenas, las mujeres no disponen de información sobre cómo prevenir las ITS.
- La información disponible raramente es producida en lenguas indígenas.
- En comunidades aymaras se reconoce que hombres y mujeres pueden tener ITS, sin embargo, se considera que ellas son las principales responsables de propagarlas por tener relaciones sexuales con varios hombres.
- En comunidades de tierras altas se considera que las ITS y el SIDA son ajenos a sus pueblos y comunidades, se cree que son enfermedades propias de las ciudades.
- Entre los métodos de prevención se identificó el ‘no andar mal’, es decir, evitar tener relaciones sexuales con varias personas. Las y los jóvenes identifican al condón masculino como método para prevenir ITS.
- Se reconoce al SIDA como una enfermedad que no tiene cura y que lleva a la muerte.

Cáncer cérvico uterino (CACU)

- Existe poca información sobre el cáncer cérvico uterino.
- Tanto en Tierras Altas como Bajas existe temor al examen del papanicolaou (PAP). La mayor parte de mujeres desconocen para qué sirve, sintie-



ron dolor al hacerse el PAP y no desean volver a hacerlo; además, tienen miedo y vergüenza que sea un doctor varón quien las examine.

- En el caso de Tierras Bajas no se ha encontrado en la literatura revisada datos sobre cáncer cérvico uterino.

III. Aportes de la literatura en SSR y pueblos indígenas

- Se puede obtener mayor información sobre las relaciones de género y la salud sexual y reproductiva en los mitos, cuentos, leyendas y canciones de las comunidades indígenas. Las manifestaciones simbólicas como la danza y el canto ayudan a comprender cómo se vive la sexualidad.
- En la revisión de las fuentes históricas se observó que la sexualidad, la reproducción y las relaciones de género han ido cambiando históricamente. Los resultados obtenidos en las entrevistas a jóvenes evidencian estos cambios.

IV. Vacíos en la literatura sobre SSR y pueblos indígenas

- Entre los vacíos en la literatura revisada sobre SSR se evidencia una ausencia de investigaciones sobre el cuerpo tanto de hombres como de mujeres. Existe poca información sobre anticoncepción, lo que genera mucho temor a las consecuencias del uso de métodos anticonceptivos modernos. También preocupa la ausencia de investigaciones sobre el accionar de medicina tradicional en relación a anticoncepción, ITS y CACU.
- En cuanto a las relaciones de género, no se han encontrado investigaciones en torno a la violencia y formas de violencia al interior de la pareja y familia.

V. Recomendaciones generales

- Fortalecer los servicios de orientación con personal capacitado que incluya un enfoque intercultural, con mensajes con pertinencia cultural de acuerdo a sus saberes, necesidades y formas de nombrar el mundo, su cuerpo, su mente, su espíritu y sus emociones.
- Sensibilizar y educar a los hombres y a las mujeres sobre la importancia del uso del condón como forma de prevenir los embarazos y las ITS.



- Concienciar sobre la importancia que tiene la realización del PAP y brindar toda la información necesaria para promover la realización del examen sin temores.
- Promover la información sobre métodos anticonceptivos, CACU e ITS entre hombres y mujeres adultos y jóvenes, sin distinciones de género ni edad.
- Considerar que si bien las personas de las comunidades son bilingües, las conversaciones cotidianas relativas a la sexualidad se dan en su lengua de origen.
- Fortalecer a profesoras y profesores de las unidades educativas como agentes educativos en salud sexual y reproductiva.
- Los cambios generacionales inciden en la salud sexual y reproductiva, por ejemplo en la decisión o la preferencia de retardar el matrimonio o tener pocos hijos o hijas, por lo que es necesario elaborar mensajes adecuados a estos cambios.

Nota

- 1 Oficial Nacional de Género, Educación e Interculturalidad Fondo de Población de las Naciones Unidas – Bolivia.



Normas y regulaciones sobre pertinencia cultural de los servicios y la atención en salud materna:

estado de arte y retos pendientes
en tres países andinos

Marcos Paz, Zulema Gambirazio y Daniel González¹



Family Care International (FCI) lleva a cabo en 2009/10 el proyecto regional *Modelos de adaptación cultural de servicios de salud materna: una propuesta de sistematización y análisis* en Bolivia, Ecuador y Perú. En el marco de este proyecto FCI ha formulado un marco conceptual y metodológico con el que se ha procedido a recolectar un conjunto significativo de normas y disposiciones existentes relativas a los servicios de salud sexual y salud reproductiva, especialmente en el área de la salud materna, desde una perspectiva intercultural, con la finalidad de constituir una base de conocimientos y recomendaciones suficientemente precisa para contribuir a consolidar procesos sistemáticos de mejoramiento de la calidad de los mismos.

FCI lleva a cabo este proyecto con el apoyo técnico y financiero del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID). El proyecto quiere contribuir a la implementación del Plan Andino de Salud Intercultural, impulsado por el Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) y, en particular, a su línea estratégica de adecuación cultural de los servicios y sistemas de salud.

Esta presentación incluye un análisis preliminar de las normas consultadas y también algunas ideas fundamentadas en la documentación recabada, para contribuir a generar un mejor diálogo respetuoso y mutuamente beneficioso entre los diversos sistemas médicos.



Las normas sanitarias, dirigidas a establecer o consolidar buenas prácticas del personal de salud en el quehacer de los servicios de salud, responden a ciertos objetivos que han sido identificados por las autoridades como aspiraciones institucionales a las que deben corresponder modelos ideales de comportamientos concretos, tomando los recaudos necesarios para convertirlos en prácticas regulares, mediante la socialización de los fundamentos científicos y, en su caso, la exigencia de la conducta esperada por medio de los resortes del dominio jerárquico.

Con la evolución de los sistemas de salud, las normas han ido cambiando aceleradamente desde percepciones rígidamente patogénicas hasta concepciones cada vez más compenetradas con el bienestar de individuos, familias y comunidades. Las normas de salud se van flexibilizando, desde un punto de partida biomédico, con la incorporación de nociones y recomendaciones derivadas de los conceptos de promoción de la salud, continuo de la atención, ciclo de vida, interculturalidad, derechos, etc. Los objetivos de salud se han vuelto más complejos con la presencia de intenciones de transformación y control de sus determinantes.

En los tres países (Bolivia, Ecuador y Perú), las Constituciones Políticas reconocen el derecho de las personas a su identidad étnica y cultural, debiendo el Estado proteger la pluralidad étnica y cultural. En Ecuador, ya se establece un mecanismo operativo más preciso en salud, garantizando “las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos”.

Bolivia, que tiene la Constitución más reciente, fruto de un complejo proceso de cambio de amplia base popular, es contundente al establecer que “El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos”. Además, es muy específica en el tema de la salud materna: “Las mujeres tienen derecho a la maternidad segura, con una visión y práctica intercultural”.

En la composición normativa secundaria se da por hecho que la salud es un derecho universal, pero es en Ecuador donde se afirma que “Los integrantes del Sistema Nacional de Salud promoverán y respetarán el conocimiento y prácticas tradicionales de los pueblos indígenas y afroecuatorianos, de las medicinas alternativas, con relación al embarazo, parto, puerperio, siempre y cuando no comprometan la vida e integridad física y mental de la persona”. Es sugestivo que se incluya esa última precaución cuando se sabe que es igualmente válida para cualquier práctica médica. En la Ley Orgánica de Salud, se dice, incluso,



que “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”.

El Código de Salud de Bolivia- bastante antiguo- aborda el tema étnico o racial como una cualidad de la sociedad, pero no del Estado ni de sus dispositivos, simplemente como una condición que no debería incidir en la universalidad de los servicios; es decir, la de dar la misma atención a todos, sin exclusiones de ningún tipo: “Se establece el derecho a la salud de todo ser humano, que habite el territorio nacional sin distinción de raza, credo político, religión y condición económica y social, derecho que es garantizado por el Estado”.

Los tres países son signatarios del famoso Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) de 1989 sobre Pueblos Indígenas. Aunque no han sido muy rigurosos en su aplicación, es interesante recordar que éste dice que: “Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control ... Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario... tener en cuenta sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales[...]”.

Veinte años después, en el artículo 23 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas (2007), que el Gobierno de Bolivia fue el primero en ratificar, se establece que “Los pueblos indígenas tienen derecho a determinar y a elaborar prioridades y estrategias para el ejercicio de su derecho al desarrollo. Particularmente, los pueblos indígenas tienen derecho a participar activamente en la elaboración y determinación de los programas de salud, vivienda y demás programas... y, en lo posible, a administrar esos programas mediante sus propias instituciones”. Es ese “en lo posible” que muchas organizaciones indígenas y originarias, con la resistencia de las entidades formales, encuentran un serio escenario de confrontación y duda. No se trata simplemente de pensar y obrar con ajustes en los modelos de atención a la salud si no en la posibilidad de que los pueblos administren directamente los servicios que mejor les convengan.

En los tres países existen programas de salud materno infantil que han sido llevados al rango de leyes, reflejando una persistente prioridad en las políticas públicas de salud y, sobre todo, en la voluntad de incrementar el acceso de la población a servicios básicos de salud, levantando, al menos, los impedimentos derivados de los costos de las atenciones y los medicamentos. Estos ser-



vicios han dado lugar o han sido incorporados a sistemas de aseguramiento universal sostenidos por el Estado, con la tendencia a ampliarse a partir de prestaciones o paquetes de insumos y medicamentos limitados hasta un conjunto más amplio para las familias. Además, han servido para estandarizar normas y organizar modelos de atención de base comunitaria.

Adicionalmente, en Bolivia, las prestaciones del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), “cuando corresponda, se adecuarán y ejecutaran mediante la medicina tradicional boliviana donde los usos y costumbres de los pueblos indígenas, originarios y campesinos de Bolivia, sea de elección”. De esta forma, por lo menos en la norma oficial, se plantea una efectiva introducción de prácticas y productos de las medicinas tradicionales en la conducta rutinaria de los servicios públicos de salud, aunque sin definir claramente los procedimientos técnicos requeridos para cumplir con esa disposición. Se ha intentado, en su momento, asociar a este mecanismo una especie de Seguro Indígena de Salud, pero sin resultado. Hoy hay indicaciones ciertas de que por lo menos algunos centros de salud se dotarán de farmacias municipales que incluirán productos de la farmacopea tradicional - validados científicamente - como cualquier otro producto medicinal. También se han experimentado con diferente éxito atenciones compartidas con médicos tradicionales en algunos centros de salud.

De cualquier forma, en los países andinos ya existe una institucionalidad importante para definir políticas y acciones relacionadas con los pueblos indígenas, la medicina tradicional y las prácticas de adecuación intercultural de los servicios de salud, especialmente en la atención a la salud materna, aunque todavía subsisten fuertes resistencias de parte de los operadores de salud, que no pueden dejar de considerar a los llamados “recursos humanos comunitarios” como simples colaboradores de la medicina académica reconocida.

El Perú dispone del destacado Centro Nacional de Salud Intercultural; Ecuador, de la Dirección Nacional de Salud de Pueblos Indígenas; y Bolivia del Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad. Independientemente de valorar cada uno de estos esfuerzos y de reconocer sus aportes a la construcción de sistemas de salud inclusivos e interculturales, es evidente que existe abierto un camino que une de algún modo a la medicina tradicional con la académica, a la farmacopea tradicional con la biomédica y, crecientemente, a las culturas médicas de los pueblos indígenas.

De la mano de la denominada atención humanizada, han surgido desde la propia experiencia de los servicios de salud, no siempre con la apertura conceptual necesaria, definiciones normativas de alto impacto en la calidad de aten-



ción, especialmente en el tema de la atención a la salud materna. Además de voluminosos manuales y protocolos donde tímidamente se incorporan criterios de satisfacción de las usuarias, hay resoluciones puntuales que afectan decisivamente la conducción de los servicios de salud, desde el punto de vista del operador.

Por ejemplo, la Resolución Ministerial 0496 del año 2001, en Bolivia, *Sobre 18 prácticas y tecnologías apropiadas en salud materna y neonatal*, puntualiza, como acciones de impacto probado:

- Un plan de acceso para el parto o emergencia.
- La presencia de un familiar o allegado de la embarazada.
- La ingestión de líquidos.
- Devolver la placenta a las madres puérperas cuando lo soliciten o acepten.
- Otras de parto humanizado y control social.

Sin embargo, para tomar conciencia de la dificultad del cambio paradigmático, existen otras disposiciones que avanzan en el plano biomédico y retroceden en el tema intercultural. En la Resolución Ministerial del 2008 (*Guía de Evaluación y Acreditación de Establecimientos de Salud*), emitida por un Gobierno ampliamente comprometido con los destinos de las poblaciones indígenas mayoritarias de Bolivia, de los 286 estándares de calidad dispuestos para los tres niveles de atención, sólo dos contemplan aspectos socioculturales:

- El establecimiento ayuda a reducir barreras físicas, idiomáticas, socioculturales u otras que impidan el acceso y la provisión de atención.
- Los métodos educativos tienen en cuenta las preferencias, cultura y los valores del paciente y de su familia y permiten la interacción suficiente entre el paciente, la familia y el personal para facilitar el aprendizaje.

Para ilustrar cómo puede ocurrir que desde diferentes instancias de los Ministerios de Salud pueden estarse generando diferentes estrategias, se pueden citar las Pautas para la política de salud intercultural, del Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, establecidas en Bolivia el año 2006 luego de una amplia consulta nacional, sobre los estándares de calidad. En éstas se detallan los siguientes criterios de acreditación de centros y hospitales:

- Capacitación intercultural del personal de salud (obligatoria).
- Empleo de la lengua indígena local.



- Oficinas interculturales.
- Señalética cultural.
- Participación indígena en la gestión.
- Arquitectura consensuada.
- Alimentación regional.
- Albergues comunitarios.
- Diálogo respetuoso con médicos tradicionales.
- Empleo de plantas tradicionales.
- Atención humanizada e intercultural del parto.
- Equipamiento con elementos locales (hamacas, cueros, etcétera).
- Horarios flexibles.
- Facilidad de apoyo espiritual y acompañamiento religioso.

El abordaje específico de normas para tratar problemas de salud de pueblos indígenas ha merecido esfuerzos epidemiológicos también especiales, aunque no siempre con un enfoque horizontal o dialógico. En Perú la Resolución Ministerial 798 del año 2007 (conocida como Guía Técnica: Atención de Salud a Indígenas en Contacto Reciente y en Contacto Inicial en Riesgo de Alta Morbimortalidad) dice: "... Dentro del respeto que merecen estos pueblos a fin de evitar reacciones indeseables por parte de ellos, que pongan en peligro la vida de los servidores de salud, así como para evitar que el contacto desencadene brotes epidémicos que atenten contra la vida de estos pueblos". Este es claramente un enfoque defensivo, poco dispuesto a reconocer las potencialidades de otras culturas y medicinas.

Lo anterior contrasta con esfuerzos realmente dirigidos a la complementariedad y la interculturalidad, que en los tres países andinos se han desarrollado casi simultáneamente y casi con los mismos contenidos, mostrando, entre otras cosas la posibilidad real de avances conjuntos en materia de salud intercultural.

La Norma Técnica Nacional de Atención de Parto Vertical del Ecuador, emitida el año 2008, plantea las siguientes directrices:

- Recepción: cálida bienvenida abierta a particularidades culturales, con su ropa.
- Acompañamiento: de familiares o no.
- Alimentación: permitir ingestión alimentos y bebidas, no plantas medicinales.
- Dilatación: libre posición y movilidad y masajes no perturbadores y consentidos.



- Expulsión: en libre posición.
- Asistencia al recién nacido. Apego inmediato a la madre
- Alumbramiento: respeto al uso de plantas medicinales con precaución y entrega de placenta a solicitud.

Cabe mencionar que la precaución sobre plantas medicinales en el trabajo de parto está vinculada a la oxitocina.

En Perú, desde el año 2005 la Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural (NT N° 033) dispone:

- Plan de parto.
- El uso de ciertas medicinas tradicionales: timolina, agua florida, aceite rosado, agua del Carmen, naranja, agua siete espíritus, mates calientes como muña, cedrón, ruda, matico, orégano o apio. Todos estos elementos son considerados por la población andina y amazónica como necesarios para evitar complicaciones.
- Recepción: bienvenida cálida respetando sus costumbres, un acompañante, alimentos ligeros calientes; evitar el uso de hierbas que acentúen contracciones.
- Dilatación: Libertad de movimiento y posición, masajes.
- Expulsión:
- Libertad de posición cuclillas, calor, silla para el parto, soga colgada, colchoneta, etcétera.
- Realizar un lavado perineal con agua tibia y si fuera costumbre con agua de hierbas.
- Alumbramiento:
- Usar técnicas según costumbres: provocarse náuseas, soplar botella, amarrar el cordón al pie.
- El personal debe considerar que el entierro de la placenta es un rito muy importante.
- Estimular la salida de loquios con la aplicación de masajes. Algunas pariturientas se fajan el abdomen.
- Calor, poca luz, tarima de madera, sábanas y frazadas de colores vistosos.
- Ingesta balanceada de alimentos y líquidos de acuerdo a costumbres. Algunas comunidades no consumen cerdo, palta ni pescado.

Este esfuerzo normativo es fruto de un prolongado proceso de experimentación, particularmente de las casas de espera maternas de los Andes pe-



ruanos y una prolífica revisión de las virtudes del parto vertical en diferentes contextos culturales.

En el caso de Bolivia, multitud de experiencias específicas, en las populosas zonas de tierras altas, han sido sistematizadas en la *Guía para la atención intercultural de la salud materna* el 2005, precisando sugerencias concretas durante:

- El Embarazo y control prenatal:
- Involucrarse en la vida cotidiana, trabajar con las familias y emplear idiomas nativos.
- Emplear mejor el tiempo, saludar a la usuaria, permitir el acompañamiento, confidencialidad.
- Informarse con respeto sobre ideas y sentimientos locales sobre los cuidados, la reproducción, la salud y la alimentación.
- Brindar información comprensible y detallada, sobre signos de alarma, la situación de salud de la madre y el bebé, sobre estudios y medicamentos y sobre el parto institucional y el SUMI.
- Entablar relaciones colaborativas con parteras y médicos tradicionales.
- Atención del parto:
- Brindar acogida cálida, respetuosa, sin reproches, en idioma nativo.
- Atender el estado físico y emocional sin burocracia, incluir al acompañante y la partera si es el caso.
- Estimular la expresión de sus ideas y razones sin hablar.
- Conocer y actuar con respeto ante los rituales del parto (sahumerio).
- Aprender sobre el manto y masajes, con precaución sin prejuicios.
- Procurar una temperatura ambiental adecuada, salas cálidas, muebles de madera, cortinas gruesas y coloridas, mates a disposición.
- Permitir el uso de su ropa, incluso pañoleta, no llevar mandil blanco, permitir la compañía de un familiar o allegado.
- Facilitar el aseo con agua tibia y hierbas del lugar de acuerdo a preferencia.
- Ofrecer atención según preferencia de sexo, con discreción e intimidad y realizar los exámenes físicos con consentimiento de la mujer.
- Otorgar la libertad de elegir la posición que le convenga (supina, lateral, de rodillas, vertical, de pie, de cucullas, sentada, etcétera).
- Atender el dolor sin recriminaciones y restringir la episiotomía.
- Posparto y recién nacido:
- Ofrecer y devolver la placenta si la acepta.



- Realizar el aseo perineal con agua tibia y permitir que se abrigue según su comodidad.
- Ofrecer comida habitual y permitir el consumo de sus propios alimentos.
- Atender el derecho al reposo.
- Contar con la posibilidad de usar materiales esterilizados de la región para el corte del cordón (cerámica, vidrio, tijera, etcétera).
- Mantener el calor del bebé con secado y limpieza de sangre, evitando sacar la grasa.
- Incentivar la lactancia inmediata y respetar las decisiones sobre el fajado y vestimenta.
- Respetar e incentivar rituales de buen augurio, explicar los beneficios de las vacunas, los controles y el registro civil.

¿A qué apuntan las normas de atención a la maternidad con enfoque intercultural?

- Reducir la mortalidad materna.
- Disminuir las brechas en el acceso a los servicios.
- Mejorar la calidad de los servicios.
- Autodeterminación de los pueblos en la salud.

Sin embargo, no siempre se responden a los mismos intereses institucionales. Los médicos tradicionales tienen una visión, los operadores otra, los pueblos indígenas otra y aún pueden existir otras.

¿Cómo se incorporan en los servicios?

- Capacitación y acompañamiento.
- Vigilancia y supervisión.
- Entrenamiento de internos.
- En planes, programas y proyectos.
- Incidencia política y abogacía.
- Control social, veeduría y auditoría.

Cabe mencionar que aquellos mecanismos realmente institucionales de salud intercultural, los que son fruto de los acuerdos con los actores, los respetuosos con las culturas, los complementarios (como son los diálogos comunitarios o las investigaciones y planificaciones conjuntas) son aún poco frecuentes.



¿Cuáles son los resultados?

- Integración de parteras y jerarquización de la obstetricia y enfermería.
- Continua atención, transporte y referencia.
- Mayor confianza de la población.
- Mayores coberturas y menor mortalidad.
- Mejores niveles de autoestima cultural.

De todos modos, existen evidencias de resultados concretos y altamente significativos de las prácticas de salud intercultural, sobre todo si están incorporadas en procesos más amplios de transformación inclusiva de los sistemas de salud.

¿Cuáles son las perspectivas?

- Mejoramiento de la enseñanza.
- Compatibilización normativa (especialmente de acreditación).
- Integración de programas.
- Fortalecimiento de redes de servicios y de redes sociales.
- Formación de distritos indígenas de salud y escuelas de medicina tradicional.

Algunas claves para la planificación:

- Participación protagónica y sostenible de mujeres, parteras y médicos tradicionales.
- Estrategias de comunicación, abogacía, sensibilización e incidencia política.
- Adecuación física de las instalaciones, equipamiento.
- Innovaciones tecnológicas, de capacitación y formación y diversificación de recursos humanos.
- Elaboración de epidemiologías culturales.

Nota

- 1 Family Care International.



Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materno y Neonatal en Ecuador

Carmen Laspina¹



La salud se construye donde la gente vive, trabaja, ama, se divierte...

En septiembre del año 2000, los líderes de 189 países se reunieron en la sede de Naciones Unidas en Nueva York y aprobaron la Declaración del Milenio, un acuerdo para trabajar de manera conjunta. Creó 8 objetivos medibles y con límite de tiempo que debían alcanzarse para el año 2015:

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
2. Lograr la enseñanza primaria universal.
3. Promover la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer.
4. Reducir la mortalidad infantil.
5. Mejorar la salud materna.
Reducir en tres cuartas partes los casos de muerte materna.
Lograr el acceso universal a la salud reproductiva.
6. Combatir el VIH y SIDA, el paludismo y otras enfermedades.
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.
8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

Enfoque de derechos y concepción de la salud

La salud definida como el completo estado de bienestar social, económico, mental, biológico, ambiental y cultural, implica el ejercicio de derechos sociales, económicos, culturales y políticos. Los derechos se refieren a exigencias sociales y políticas que requieren ser reconocidas socialmente, estos derechos expresan un conjunto de demandas de satisfacción de necesidades culturales, políticas, económicas y sociales.



Las dos condiciones, la del reconocimiento, ejercicio y garantía de los derechos y la salud, son indispensables para garantizar a la población su condición humana. “Los derechos a la salud reconocen la necesidad de garantizar a toda la población acceso a servicios de calidad, basados en normas y estándares de los derechos humanos considerando la diversidad étnica y cultural de los países, las necesidades específicas por género y ciclo vital” (Seminario Taller de la Subregión Andina).

Principios de la doctrina sanitaria y coherencia con la concepción de derechos:

- Universalidad.
- Calidad y calidez.
- Equidad.
- Solidaridad.
- Integralidad.
- Indivisibilidad.

Desafíos

De la concepción a la atención de salud.

De los principios a la práctica.

La salud como derecho aparece en el Código de Salud de 1981; sin embargo, hasta hoy el concepto no es posible llevarlo a la realidad. Los servicios de salud no integran el enfoque de derechos por dos problemas:

Uno referido a cómo nace el servicio público de salud.

El otro, al proceso de división del trabajo de la salud.

Siendo así, el último, está ausente, no informado, no participante de su propio proceso de atención.

El desafío entonces es un cambio cultural de la práctica sanitaria que revierta esta situación de poder y ausencia. Esto implica una transformación de los RHUS: Desde su formación y en su relacionamiento-reconocimiento.

La noción de la salud integral, tan integral como es el enfoque de derechos que se cumplen todos o ninguno, implica el cambio de la organización del servicio de salud (de lo curativo - promoción).

La garantía del acceso universal a la salud de la misma calidad para todos, implica la transformación del sector, red integrada, donde el derecho a la salud es un fin y eje fundamental para el desarrollo del país.



Protección social

Garantía que la sociedad otorga a través de los poderes públicos para que un individuo o grupo de individuos pueda satisfacer sus necesidades de salud, obteniendo acceso a los servicios de una manera adecuada a través de alguno de los subsistemas de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo. Resol. C. Directivo OPS, 2002.

Avances de la Asamblea Nacional Constituyente en el sistema de salud (1/2)

Art. 1.- Rectoría del Sistema.- El Estado, a través del Ejecutivo, como Autoridad Sanitaria Nacional, normará, regulará y controlará [...].

Art. 2.- Modelo de Atención del Sistema.- El Estado implementará un modelo de atención integral, familiar y comunitario, adaptado culturalmente, con énfasis en la atención primaria de salud [...].

Art. 3.- Participación Ciudadana en el Sistema.- El ejercicio del derecho a la salud conlleva el cuidado de la salud individual y colectiva, así como la participación de la población en la planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de las políticas y programas de salud [...].

Art. 4.- Gestión del Sistema.- La prestación de servicios de salud se organizará integrando las entidades públicas del sector. La gestión del sistema nacional de salud será desconcentrada y participativa, e incluirá mecanismos de control y veeduría ciudadana.

Art. 5.- Medicina Ancestral y Alternativa en el Sistema.- El Estado ecuatoriano reconoce, respeta, impulsa e incorpora al sistema de salud el desarrollo de la sabiduría ancestral de las nacionalidades y pueblos indígenas, afroecuatorianos, mestizos, cholos, campesinos y montubios, sus conocimientos y prácticas de salud, así como la medicina tradicional y alternativa.

Art 6.- Financiamiento del Sistema.- El financiamiento de las acciones y servicios públicos del sistema nacional de salud provendrán del presupuesto general del Estado. La asignación fiscal se incrementará anualmente en 0,5 % del PIB hasta completar al menos el 4% del PIB [...].

Principios del modelo:

- Universal en el acceso.
- Integral.
- Equitativo.



- Continuo.
- Coordinado e integrado.
- Participativo.
- Planificado.
- Desconcentrado-descentralizado (2).
- Eficiente, eficaz y de calidad.
- Reciprocidad.

¿Cómo lograrlo?

Fortaleciendo la capacidad del Ministerio de Salud y otras instituciones del Estado ecuatoriano y de los de la subregión Andina para desarrollar, gestionar e institucionalizar políticas programas y modelos con enfoques interculturales de salud que fortalezcan la acción en derechos y los servicios de salud sexual y salud reproductiva

Plan Nacional del Buen Vivir:

Reducir en 30% la Mortalidad Materna.

Reducir la mortalidad neonatal precoz en 35%.

Aumentar los servicios de salud para las mujeres (acceso a planificación familiar y anticoncepción).

Incrementar en 80% el número de mujeres que se realicen un papanicolaou.

Mejorar el acceso a prestaciones obstétricas perinatales manteniendo la gratuidad.

Disminuir las condiciones de violencia.

Desaceleración del HIV/SIDA.

Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal:

Fortalecimiento del Rol Rector de MSP dentro del sector.

Expansión de proceso de implementación de la norma y protocolos de atención materno neonatales (medición de estándares e indicadores de calidad-Monitoreo Continuo de la Calidad).

Capacitación Clínica en COE y en manejo de complicaciones obstétricas.

Conformación de REDES de atención materno-neonatal (mejora del sistema de referencia y contra referencia).



Propósito y objetivo general

Reducir en 30% la mortalidad materna y en 35% la mortalidad neonatal hasta 2010.

Objetivo General

Mejorar el acceso, oportunidad, continuidad y calidad de la atención a mujeres en edad fértil y a neonatos en las redes provinciales de cuidados obstétricos y neonatales esenciales, con enfoque familiar, intercultural e interinstitucional, así como al conocimiento de los riesgos y buenas prácticas familiares y comunitarias para reducir las muertes maternas y neonatales evitables.

Camino de la sobrevivencia

	Del hora a 3 días	Condiciones que amenazan la vida	Sobrevivencia
Reconocimiento de la Complicación	Decisión de buscar atención	Acceso a la atención adecuada	Cuidados Obstétricos esenciales de calidad
EBAS Comunidades. Unidades de Salud con acciones orientadas a la comunidad. Respeto a la atención intercultural.	Grupos de mujeres. Trabajo con parteras. Tendiendo puentes entre proveedores formales y tradicionales. Unidades de salud.	Planes de acceso Comunitarios. Planes personales familiares de parto. Sistemas de referencia identificando activamente a las embarazadas.	Atención calificada y parto culturalmente adaptado y contra referencia.

Fortalecimiento del Plan Acelerado de Muerte Materna:

- Acceso a Métodos anticonceptivos modernos de intervalo y posevento obstétrico.
- Capacitación clínica y autocapacitación (implementación y fortalecimiento de la normativa).
- Sensibilización en derechos sexuales y derechos reproductivos.
- Implementación y puesta en marcha de servicios de salud sexual y salud reproductiva con enfoque de derechos.
- Implementación de modelos de atención en salud sexual y salud reproductiva con enfoque intercultural.



- Guía de atención del parto culturalmente adecuado y servicios de parto culturalmente adecuado funcionando.

Retos

- Cambio de actitud.
- Sostenibilidad.
- Verdadera interculturalidad.
- Interculturalidad en todos los programas.

En el Área de Salud

Corresponsabilidad.
Red de Salud con profesionales de la salud y agentes tradicionales de salud indígena.
Visibilizar el otro conocimiento.

Lecciones aprendidas

- Multiculturalidad-interculturalidad
- Variable cultural en salud.
- Adecuación de los Servicios de salud, realidad local.
- Persistir.
- No hay conocimiento universal (aplicación).
- Incremento del parto institucional (9%).
- Aporte de conocimiento al sistema de salud.

La muerte de una mujer y un recién nacido que pueda ser evitada, es inadmisibles e injusta

Nota

- 1 Carmen Laspina. Doctora en Medicina y Cirugía. Master en Salud Pública. Directora General de Salud. Ministerio de Salud Pública del Ecuador.



Humanización y adecuación cultural de la Atención del Parto (HACAP) en el Ecuador

Jorge Hermida, Daniel González, Genny Fuentes,
Steven Harvey y Juana María Freire



Antecedentes

Como parte de su plan para reducir la mortalidad materna y neonatal, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, con apoyo del Proyecto de Garantía de Calidad (QAP por las siglas en inglés), conducido por University Research Co., LLC (URC), ha implementado desde 2002 diversas estrategias de mejoramiento continuo de la calidad tales como: capacitación del personal de salud para mejorar la atención del embarazo, parto y posparto, manejo de complicaciones obstétricas y del recién nacido; cumplimiento de estándares nacionales e internacionales basados en la evidencia; y vigilancia epidemiológica e investigación de la muerte materna.

Desde entonces, los Equipos de Mejoramiento Continuo de la Calidad (EMCC), conformados por médicos, enfermeras, obstetras y personal administrativo y de estadística, llevan a cabo actividades para mejorar la calidad de la atención en procesos seleccionados. Para ello identifican y analizan problemas operativos para la aplicación de intervenciones de mejoramiento, y monitorean la calidad de la atención y satisfacción del usuario mediante indicadores de medición periódica (Hermida, Robalino, Vaca *et. al.*, 2005: 3).

Debido al éxito de estas intervenciones, iniciadas en la provincia de Tungurahua, el MCC basado en los Equipos de Mejoramiento Continuo de la Calidad (EMCC) se había expandido, para mediados del año 2008, a más de 80 establecimientos de salud, en 12 provincias del país.

Inicialmente estos esfuerzos de mejoramiento de la calidad se enfocaron en aspectos clínicos de la atención. Un segundo aspecto de la calidad de la aten-



ción que involucraba la adaptación de los servicios obstétricos a las necesidades y deseos de la comunidad en concordancia con las prácticas culturales locales, empezó a ser analizado a fines de 2003 (Steven, Fuentes y Bermeo, 2005: 1).

Los datos oficiales a nivel nacional mostraban un porcentaje relativamente alto de partos institucionales, por lo que el Ecuador parecía ser un blanco inusual para desarrollar intervenciones que buscaran incrementar la demanda de la atención obstétrica institucional. La última Encuesta Demográfica y de Salud Materno Infantil (ENDEMAIN, 2004) (Ordoñez, Monteith *et. al.*, 2005) muestra que el 78,5% de las mujeres embarazadas dieron a luz en un establecimiento de salud. Sin embargo, un análisis detallado de los datos demuestra cómo este alto porcentaje de partos institucionales a nivel nacional enmascara diferencias regionales y étnicas significativas.

Los datos desagregados muestran que más del 40% de las mujeres en provincias como Bolívar, Chimborazo, Cotopaxi y Esmeraldas, y alrededor del 30% de la región Amazónica, dieron a luz en su casa. Adicionalmente, el 65% de las mujeres que se autoidentifican como indígenas manifiestan haber tenido partos domiciliarios.

La misma encuesta muestra una gran diferencia entre los porcentajes de mujeres indígenas y no indígenas, y de áreas urbanas y rurales, que acceden a los servicios de salud, evidenciando así la falta de atención en salud sexual y reproductiva hacia mujeres de ciertos grupos sociales y étnicos del país.

1. Justificación

Existen varias razones que pueden explicar por qué muchas mujeres y sus familias no buscan atención obstétrica en un establecimiento de salud formal. Entre ellas están la distancia, la falta de transporte, los costos monetarios y de oportunidad asociados a la atención institucional, y la falta de reconocimiento de las señales de peligro asociadas a complicaciones que pueden poner en riesgo la vida. Algunas mujeres entrevistadas también han mencionado procedimientos médicos, tales como los baños (en agua fría), la rasura del pubis, la aplicación de enemas, o la realización de episiotomías innecesarias, como factores que han desalentado la elección de partos institucionales.

Sin embargo, las causas por las que varias mujeres prefieren dar a luz en casa están relacionadas también a un conjunto de prácticas culturales que no se llevan a cabo en los establecimientos de salud del Estado. Al consultar a las mujeres por qué decidieron dar a luz en casa, se encontró que un 37% de ellas



manifestó factores relacionados a la costumbre, seguido de un 29% que dijo haber decidido por factores económicos¹.

Así por ejemplo, en los servicios de salud las usuarias no pueden escoger la posición más cómoda para su parto, o tener algún familiar que las acompañe durante el mismo. Tampoco pueden llevar a cabo prácticas tradicionales consideradas importantes para la madre y el recién nacido, como por ejemplo: el mantenerse arropada con su propio vestuario durante la labor de parto y el nacimiento, el contar con una luz tenue y una temperatura cálida del ambiente donde sucede el parto, así como la posibilidad de consumir comidas y bebidas especiales para la madre, e inclusive la posibilidad de tener acceso a la placenta para poder incinerarla o enterrarla según la costumbre local.

Otro aspecto muy importante es la percepción de calidad de la atención. El 25% de las mujeres encuestadas señaló un mal concepto de los establecimientos de salud. Al indagar más mediante entrevistas a profundidad, el asunto más comúnmente mencionado por las usuarias es el trato interpersonal deficiente del personal de salud. Esto incluye comportamientos y actitudes que van desde la falta de amabilidad de los médicos, enfermeras, personal administrativo y de servicio, falta de habilidades para comunicarse en el idioma nativo de la paciente, falta de privacidad, el no brindar confianza a la paciente al no contestar preguntas o al no informarle adecuadamente, el tiempo de espera para ser atendida, el no tener personal de salud pendientes de su progreso, etcétera, hasta manifestaciones más explícitas de maltrato verbal y físico, trato irrespetuoso, despreciativo y discriminatorio².

En conclusión, mientras los costos y las dificultades del acceso geográfico continúan constituyendo barreras para el parto institucional en Ecuador, las brechas culturales entre el sistema biomédico y el sistema de salud indígena, la falta de humanización de los servicios de salud y las deficientes relaciones interpersonales entre proveedores de salud y usuarias, son factores críticos que influyen sobre las decisiones de las mujeres sobre dónde dar a luz.

Por estas razones, en 2005 la Dirección Provincial de Salud del Tungurahua, con el apoyo técnico y financiero del Proyecto de Garantía de Calidad (QAP), y Family Care International (FCI), elaboró e implementó una propuesta piloto de humanización y adecuación cultural de la atención del parto (HACAP) de los servicios de salud, a fin de que responda mejor a las necesidades culturales de las usuarias y sus familias. Dicha propuesta metodológica contempló la participación de agentes tradicionales de salud, parteras, brigadistas, líderes comunitarios, mujeres usuarias de los servicios, y profesionales de los



centros de salud en tres áreas de salud de la provincia del Tungurahua (Área 2 de Ambato, Hospital de Píllaro y Hospital de Pelileo).

Como resultado de este proceso de diálogo intercultural, los equipos de las unidades de salud programaron e implementaron algunos cambios puntuales dirigidos a la adecuación cultural de la atención del parto. Ejemplos de las adecuaciones culturales incluyen la atención del parto en posición vertical; permitir que un miembro de la familia acompañe a la parturienta durante la labor de parto; elaboración de “Diez Mandamientos” para el buen trato al paciente, y permitir que las familias traigan comidas culturalmente apropiadas al establecimiento de salud.

Pese a que la experiencia piloto no fue diseñada para medir cambios en la satisfacción de la usuaria o en las tasas de utilización de los servicios, la evidencia anecdótica sugiere que ambos empezaron a mejorar como resultado de la intervención.

En base a esta experiencia previa, en agosto del 2006 QAP / URC, en coordinación con el MSP (Subproceso de Normatización de Salud Intercultural), inició la presente investigación operativa, con el propósito de afinar la metodología, aplicarla en el contexto de una intervención de MCC en marcha, y probar su efecto sobre la satisfacción del paciente, algo que no fue posible en el esfuerzo original.

2. Objetivo

El objetivo del presente estudio es poner en práctica una intervención para mejorar la adecuación cultural de la atención obstétrica, y determinar en qué medida y de qué manera ésta puede incrementar la satisfacción de las pacientes y conducir a un mayor porcentaje de mujeres que dan a luz en establecimientos de salud pública.

3. Hipótesis

- a) El enfoque colaborativo de mejoramiento de la calidad modificado y descrito en la sección metodológica que figura más adelante permitirá al personal de salud mejorar la atención obstétrica ofertada en los establecimientos participantes del MSP al hacer cambios concretos y medibles a la prestación de servicios, adecuándolos culturalmente a las necesidades identificadas por las usuarias y otros actores comunitarios.



- b) Los cambios hechos a la prestación de servicios de salud mediante el enfoque colaborativo de mejoramiento producirán un incremento estadístico significativo en la satisfacción de las usuarias con respecto a los servicios prestados por los establecimientos del MSP participantes.
- c) El incremento en la satisfacción de las usuarias a su vez conducirá a un incremento en el uso de los servicios del MSP para la atención del parto en los establecimientos participantes.

4. Marco conceptual

Como hemos mencionado anteriormente, existen muchas barreras que impiden que las mujeres embarazadas lleguen a los servicios de salud para recibir atención sanitaria calificada durante su embarazo y parto. La adecuación cultural de la atención del parto implica superar algunas de estas barreras realizando cambios estratégicos en la atención del sistema biomédico de acuerdo a las expectativas culturales de la población local. A continuación revisaremos algunos aspectos de la atención que se deben tener en cuenta en la adecuación cultural de la atención del parto.

a) El trato interpersonal hacia la usuaria y sus familiares

Habitualmente, en el sistema biomédico de salud, el trato del personal médico hacia el paciente se estructura desde relaciones de poder, donde el personal médico ejerce su autoridad y prestigio en base a un conocimiento instrumental. No obstante, en contextos multiculturales, la relación de poder se vuelve más compleja en cuanto intervienen criterios étnicos, de género y de clase. En consecuencia, las mujeres pobres, campesinas, indígenas y afrodescendientes son objeto de maltrato, discriminación y prejuicio en mayor medida.

Varias mujeres entrevistadas han denunciado el uso de lenguaje ofensivo e insultante por parte del personal médico, particularmente enfermeras. Además, la atención del personal de salud muchas veces no toma en cuenta el pudor de la mujer. Muchas mujeres sienten vergüenza de que otro hombre que no sea su esposo vea sus genitales, aunque el verdadero factor para la mayoría de mujeres no es ser examinadas por un hombre, sino ser examinadas por muchos hombres innecesariamente (Steve, *et. al.*: 8)³.

Las mujeres indígenas de la sierra ecuatoriana también relatan ser maltratadas por ser de áreas rurales. Algunas pacientes campesinas usualmente son



objeto de crítica y estigmatización por la falta de planificación familiar y por una supuesta falta de higiene.

La principal causa de este tipo de maltratos responde a valores y visiones racistas y etnocéntricas de la sociedad blanco-mestiza hacia las poblaciones indígenas y afro descendientes, reproducidas históricamente desde la época colonial en que la sociedad estaba estructurada bajo un régimen de castas basado en criterios de origen étnico y color de piel.

Este grave problema, que responde a construcciones étnico-raciales arraigadas en la sociedad ecuatoriana, demanda procesos de cambio cultural de largo alcance facilitados, entre otros mecanismos, por una reformulación del sistema educativo en materia intercultural. Paralelamente, es necesario impulsar procesos específicos de sensibilización con el personal de salud, mediante trabajos de reflexión y análisis de causas y efectos del maltrato en los servicios, que desemboquen en una programación de actividades tendientes a mejorar el trato interpersonal brindado a las usuarias y sus familiares.

b) El acompañamiento durante la atención del parto

Según la cosmovisión indígena, la salud debe ser vista desde una perspectiva holística. El cuidado de la salud debe integrar el cuidado del cuerpo, la protección del espíritu y el resguardo de los riesgos emocionales (susto). Desde esta perspectiva el parto se convierte en un hecho social que involucra el saber tradicional de la comunidad, y las prácticas terapéuticas, rituales y simbólicas de la partera comunitaria.

En el parto tradicional toda la familia colabora en las tareas de preparación del parto, y durante el proceso del alumbramiento generalmente asisten el esposo, la madre y la suegra de la parturienta. Es decir, el ambiente de familiaridad o de intimidad es respetado como derecho de la parturienta quien, en cualquier caso, recibe continuamente el apoyo psicológico de la comadrona.

En el parto institucional, la presencia de un acompañante, sea familiar o no, durante la labor de parto, el parto y el posparto inmediato, y la presencia de los demás familiares en las horas de visita, es un derecho reivindicado por las mujeres, sus parejas y las familias, de diferentes estratos sociales y económicos, sobre todo de los sectores indígenas, afroecuatorianos y campesinos⁴.

Las comadronas y parteros también demandan que se les permita acompañar a su paciente durante el parto hospitalario, sobre todo si la paciente es referida por él/ella. Estas demandas señalan la necesidad de no perder de vista



la trascendente función médica, social y cultural, que históricamente han cumplido y cumplen las comadronas en las comunidades indígenas.

c) Posición del parto

La atención del parto en la mesa ginecológica es ampliamente criticada por los agentes tradicionales de salud por considerar que la posición horizontal es anti-natural al parto, causando que ‘el guagua se regrese’ y la madre pierda la fuerza. Por ello se piensa que la atención del parto en posición horizontal es uno de los obstáculos principales para que las mujeres indígenas acudan a los centros de salud pública.

Este cambio permitiría que la paciente escoja la posición del parto según su comodidad y no según la comodidad del personal de salud, respetando la fisiología natural del parto y procurando que los procedimientos obstétricos biomédicos, tales como, la estimulación con oxitocina, la episiotomía, el uso de epidural y fórceps, y la práctica de cesáreas no se apliquen de manera rutinaria.

En el parto tradicional se respeta la posición que prefiera adoptar la madre durante la labor de parto. La posición fisiológica más adoptada por ser confortable para la madre es la de cuclillas, aunque existe un sinnúmero de variaciones del parto vertical: de rodillas, sujeta de los hombros por el esposo, sujetándose de una soga colgada de una viga del techo, apoyándose en una silla o baúl, en posición de gatear, etcétera.

Tradicionalmente se ha considerado a la postura vertical para el parto como característica de culturas menos ‘civilizadas’; sin embargo, varias investigaciones sustentan con evidencia científica las ventajas del parto vertical para la parturienta y el bebé (Santandreu, 2000: 55-56).

Para la atención del parto vertical, los establecimientos de salud deben adecuar las salas de parto con los implementos físicos necesarios, tales como colchonetas, barras de soporte, o sillas ginecológicas especialmente diseñadas para la atención del parto vertical. De igual forma, el personal de salud deberá capacitarse en las técnicas y procedimientos de atención de las diferentes posiciones del parto vertical.

d) Abrigo/vestimenta

Un elemento importante de la medicina tradicional, aplicado en la atención del parto y el cuidado del embarazo, es el principio humoral. Este principio sostiene que la salud de la persona depende del equilibrio entre los elementos



fríos y cálidos a los que se está expuesto: “Un exceso de fuerzas termales, calientes o frías, que perturbaren este equilibrio conduce a la enfermedad, la cual se trata por terapias que conforman el ‘principio de oposición’ es decir, un remedio caliente para una enfermedad fría, o un remedio frío para una enfermedad caliente” (Foster, 1987: 355).

Debido a la importancia del principio humoral, una de las críticas fundamentales de las parteras y usuarias indígenas hacia el sistema biomédico de salud se refiere a procedimientos rutinarios de asepsia como el baño de la parturienta, que en muchas ocasiones implica un cambio brusco de temperatura y exposición al frío. Otra crítica a los médicos incluye la “práctica de desvestir a la parturientas y luego llevarlas para dar a luz en una sala fría. En cambio, las usuarias prefieren estar bien arropadas para que no se enfríe la matriz y se dificulte el parto” (Arnold y Yapita, 1992: 64).

Además, en relación al tema del pudor de las usuarias, varias usuarias han mencionado que las batas que se les proporcionan en los servicios de salud son abiertas por detrás y que esto les ocasiona vergüenza. Por ello, su expectativa es que se les permita mantener su propia ropa durante la atención del parto, pues “tienen vergüenza que les desnuden”.

También manifiestan que las salas de labor y parto deberían contar con calefactores que permitan mantener una temperatura abrigada durante todo el proceso del alumbramiento.

e) Alimentación/dotación de aguas de infusión

En cada comunidad existen distintas costumbres sobre la alimentación antes, durante y después del parto: antes de dar a luz las parturientas ingieren infusiones de anís, manzanilla, paraguay, hoja de higo, etcétera, endulzadas con panela, para mantener el calor corporal y tener fuerzas durante el parto. Algunas de estas infusiones responden al principio humoral, funcionando para mantener el equilibrio entre calor y frío. Sin embargo, también existen hierbas medicinales que tienen otros fines terapéuticos en el momento del alumbramiento. Su uso no debe hacerse sin conocimiento de sus propiedades.

La ingesta de alimentos y bebidas durante la labor de parto se debe permitir, según las necesidades de la gestante, con la finalidad de proporcionarle la energía que requiere y favorecer el progreso del parto. Algunas mujeres manifiestan su deseo de alimentarse al poco tiempo de dar a luz, y desean que se permita a sus familiares llevar al hospital alimentos tradicionales para las puérperas, tales como caldo de gallina, o arroz de cebada.



f) Información

El personal de salud que presta el servicio de atención del parto, a todo nivel, tiene la obligación de estar debidamente informado sobre los avances técnicos y las prácticas locales acerca de la atención del parto, para darlas a conocer a las parturientas y a sus acompañantes, y solicitar de ellos su consentimiento.

El personal de salud debe informar de manera suficiente y clara sobre todos los procedimientos, sus riesgos y consecuencias, cuidando de no confundir ni atemorizar a la parturienta y/o a sus acompañantes, tampoco de condicionar la aceptación de un procedimiento en particular.

g) Entrega de la placenta

En la cosmovisión andina existe la costumbre de personificar la placenta, en este sentido, se puede entender la importancia de los ritos asociados al entierro de la placenta, que en algunas comunidades se lo realiza ‘al igual que una persona’.

Si no se realizan estos ritos se piensa que hay peligro de que la placenta pueda causar alguna enfermedad a la madre o al recién nacido; “esto se inscribe en la lógica andina de que la placenta continúa siendo parte de la madre e influye en su estado” (Buitrón, 2002: 42). Sin embargo, en algunas comunidades la placenta no reviste la misma connotación que en otras, por ello, la devolución de la placenta debe ser opcional y tomada en cuenta desde esta perspectiva.

5. Métodos

5.1. Diseño

El estudio empleó un diseño de intervención-control en cuatro provincias del Ecuador. En cada provincia, el equipo de estudio seleccionó dos establecimientos de salud con características similares. En uno se realizó la intervención de HACAP y en el otro no se realizó intervención alguna, sino que se lo empleó como control. Para la selección de unidades inicialmente se seleccionaron las provincias, luego los cantones y finalmente las unidades o establecimientos de salud, tomando en consideración diferentes criterios en cada una de estas fases.



5.2. Muestreo

Para seleccionar las provincias, el equipo de estudio elaboró una base de datos con 12 variables culturales, socioeconómicas, y de salud de todas las provincias del país, recurriendo a diversas fuentes oficiales de información. A partir de esta base de datos se distinguieron los siguientes criterios para la selección de las provincias participantes en la investigación:

- a) Razón de Mortalidad Materna (RMM) por encima del promedio nacional (>78 defunciones maternas / 100.000 nacidos vivos).
- b) Presencia de población indígena o población afroecuatoriana en una proporción significativa ($>20\%$).
- c) Tasa de partos domiciliarios por encima del promedio nacional ($>40\%$).

Las provincias que cumplían estos parámetros y que fueron preseleccionadas fueron: Bolívar, Chimborazo, Cotopaxi, Cañar e Imbabura en la Sierra, y Esmeraldas en la Costa. En la Amazonía no se seleccionaron provincias debido a la dispersión poblacional de la región y las dificultades de acceso geográfico a las unidades de salud, lo que podía haber constituido una variable de difícil control para la demostración de los resultados.

Una vez seleccionadas las provincias, se diseñó una nueva base de datos con todos los cantones de las 6 provincias seleccionadas, tomando en consideración las siguientes variables:

- a) Porcentaje de partos institucionales atendidos en las unidades del MSP según la ENDEMAIN 2004.
- b) Porcentaje de niños nacidos vivos en las unidades del MSP durante el año 2004, otorgados por el INEC.
- c) Porcentaje de partos domiciliarios resultantes de la encuesta ENDEMAIN 2004.
- d) Porcentaje de niños nacidos vivos con atención no profesional, durante el año 2004, otorgados por el INEC.
- e) Porcentaje de población indígena, basándose en el Censo Poblacional de 2001, realizado por el INEC.
- f) Porcentaje de población afroecuatoriana, basándose en el Censo Poblacional del 2001, realizado por el INEC.
- g) Existencia de Comités de Usuarias en funcionamiento.



Del análisis de estas variables se obtuvo un listado inicial de cantones que registraron los porcentajes más altos de partos domiciliarios; alto número de nacidos vivos que recibieron atención no profesional y; significativa población indígena y afroecuatoriana. Los cantones preseleccionados fueron:

- a) Bolívar: Chillanes, Echeandía y San Miguel.
- b) Chimborazo: Alausí, Colta, Guamote y Chunchi.
- c) Cotopaxi: Pujilí, Saquisilí y Pangua.
- d) Esmeraldas: Eloy Alfaro (Borbón y Limones), San Lorenzo y Muisne.
- e) Cañar: Cañar.
- f) Imbabura: Cotacachi, Otavalo, Pimampiro y Urcuquí.

Una vez seleccionados los cantones se obtuvo un pool de unidades del que posteriormente se seleccionó aquéllas que iban a ser de intervención y de control, de acuerdo al diseño propuesto para la investigación.

El primer paso fue enlistar las unidades del MSP que atienden partos en los cantones seleccionados, considerando los siguientes datos:

- a) Nivel de resolución, que se refiere al tipo de unidad y al tamaño que tiene, pudiendo ser Hospital Básico, Centro de Salud o Subcentro de Salud Urbano.
- b) Número de camas de la unidad, obtenido de fuentes directas con el personal de las Direcciones Provinciales de Salud y/o de las unidades.
- c) Número de partos atendidos durante el año 2005 en cada unidad, de acuerdo a fuentes oficiales del MSP.
- d) Número de población que atiende la unidad, de acuerdo a fuentes oficiales del MSP actualizadas al 2006.
- e) Accesibilidad / distancia. Debido a la escasa información oficial sobre este tema, esta variable fue referencial y se definió como la distancia entre la unidad de salud y la ciudad en donde se encuentra el hospital provincial.

Los criterios usados para la selección de Unidades fueron:

1. Que la unidad se encuentre en un cantón con un porcentaje de partos domiciliarios por encima del promedio nacional (>25%).
2. Que el número de partos atendidos anualmente se encuentre entre 100 y 500.



3. Que sea un hospital cantonal o de menor nivel (pero que no sea unidad de referencia).
4. Que no se estén desarrollando otras intervenciones de ningún tipo en la unidad.

De acuerdo a este análisis se seleccionaron los hospitales cantonales de Alausí, Chillanes, Saquisilí, Cañar, San Miguel, Chunchi, Pujilí y Corazón (Pangua).

Finalmente, se determinó al azar cuáles serían las unidades de intervención y las de control en cada una de las provincias. Sin embargo, dado que en la provincia de Cañar no existían establecimientos que cumplieran con los mismos parámetros se seleccionó solamente el hospital de intervención y se escogió un hospital control de características similares en la provincia de Cotopaxi, tal como se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 1
Unidades de intervención y de control seleccionadas por provincia

Provincias seleccionadas	Unidades de intervención	Unidades de control
Bolívar Chimborazo Cotopaxi Cañar	Chillanes Alausí Saquisilí Cañar	San Miguel Chunchi Pujilí Pangua (prov. Cotopaxi)

Las unidades de la provincia de Imbabura no fueron consideradas en el proceso de selección debido a que en diversos cantones de esta provincia existen procesos de Salud Intercultural en desarrollo, lo que podía sesgar la veracidad de los resultados de la investigación operativa.

5.3. Encuesta de satisfacción de las usuarias

Para medir los cambios en la satisfacción de las usuarias se diseñó una encuesta de satisfacción en base al instrumento desarrollado por el proyecto colaborativo de COE en Ecuador. La encuesta desarrollada emplea una escala de caritas felices y tristes para medir aspectos socioculturales de la atención, como por ejemplo: posición del parto, abrigo, realización de procedimientos desagradables, acompañamiento, privacidad, discriminación, maltrato, entre otros (ANEXO 1).



Las encuestas fueron realizadas en el hogar de las usuarias y estuvieron a cargo del personal femenino que labora en las Direcciones Provinciales de Salud Intercultural del MSP debido al reconocimiento y aceptación del que gozan en las comunidades donde trabajan, así como por su facilidad de comunicación en idioma kichwa.

6. Intervención

La intervención utilizó un enfoque metodológico participativo que incluyó a diversos actores: personal de salud de los hospitales locales, parteras (agentes tradicionales de atención del parto), usuarias, y funcionarios municipales (representantes de gobiernos locales). En este enfoque, las usuarias y parteras tienen el rol decisivo en la definición de aquello que se considera culturalmente apropiado, y son quienes juzgan si los cambios realizados en la atención cumplen sus expectativas.

La metodología de HACAP⁵ contempla la realización de tres talleres participativos, los cuales se desarrollaron de la siguiente manera:

a) Primer taller HACAP

El primer taller HACAP se realizó en abril de 2007. Este primer taller permitió que todos los participantes se conozcan e interactúen a un mismo nivel, estableciendo un compromiso de diálogo y de trabajo conjunto.

El objetivo del primer taller fue realizar un diagnóstico colectivo sobre las distintas formas de atención del parto, con el fin de identificar cuáles son las brechas culturales existentes y cuáles son las expectativas de las usuarias para la atención de su parto en las unidades de salud. Para ello, los participantes se dividieron en tres grupos de actores: un grupo conformado por parteras y promotores, otro conformado por usuarias y miembros de la comunidad, y otro conformado por el personal de salud. Cada grupo dialogó acerca de las diferentes prácticas de atención del parto desde su propia experiencia, tomando en cuenta algunos aspectos claves propuestos en una guía de trabajo.

A continuación cada grupo representó mediante sociodramas las distintas formas de atención del parto. De esta manera, todos observaron cómo es un parto en casa atendido solamente por familiares, cómo es un parto atendido por la partera comunitaria, y cómo es la atención del parto en un establecimiento de salud.



Una vez que fueron representadas las diferentes formas de atención del parto, los participantes se reunieron nuevamente en grupos, pero esta vez formando Equipos de Adecuación Cultural por cada provincia. Estos equipos, conformados por personal de salud, parteras, promotores, y usuarias, identificaron colectivamente las brechas culturales existentes entre las expectativas de las mujeres usuarias y la atención que reciben en las unidades de salud.

Luego del primer taller siguió un periodo de acción en el que los Equipos de Adecuación Cultural de cada cantón se reunieron nuevamente para analizar las matrices de brechas y expectativas que se definieron en el primer taller. Tomando en cuenta las expectativas de las usuarias, los Equipos priorizaron las brechas colocándolas en orden de importancia, definiéndose un orden diferente para cada hospital. Seguidamente, identificaron tres brechas culturales prioritarias sobre las que se iniciaría el trabajo de adecuación cultural, tal como se muestra a continuación.

Cuadro N° 2
Brechas priorizadas según orden de importancia

Brechas	Alausí	Chillanes	Saquisilí	Cañar
Trato interpersonal	1	1	1	1
Acompañamiento	3		3	2
Posición del parto	2	2		
Información			2	3
Abrigo/vestimenta		3		

b) Segundo taller HACAP

El segundo taller HACAP se realizó en junio de 2007. El principal objetivo de este taller fue elaborar propuestas para modificar la atención del parto en los servicios de salud, de manera que respondan a las necesidades culturales de las usuarias y sus familias.

Una vez que fueron escogidas las brechas culturales prioritarias, los equipos de cada provincia estuvieron listos para planificar los cambios para la adecuación cultural de la atención del parto. Para ello, en primer término, los facilitadores del taller capacitaron a los participantes en la utilización de la metodología de los ciclos rápidos⁶.

Esta metodología contempla dos componentes:



- a) Preguntas fundamentales.
- b) Ciclo de cambio.

En el primer componente se plantean tres preguntas fundamentales para iniciar el cambio:

La primera pregunta cuestiona al equipo sobre el objetivo que quiere alcanzar en la brecha escogida; la segunda pide al grupo identificar ideas concretas de cambio que serán probadas para adecuar la atención del parto, y finalmente, la tercera pregunta pide al grupo identificar indicadores que servirán para observar de manera objetiva si los cambios ejecutados están o no mejorando la atención.

Para responder estas preguntas los equipos utilizaron tres matrices donde se registraron los resultados del trabajo del grupo. En una primera matriz registraron el objetivo que se planteó alcanzar el equipo en relación a una de las brechas seleccionadas. Como el objetivo debe ser medible, los equipos debieron plantearlo con metas numéricas. Luego, los equipos identificaron las deficiencias existentes en el sistema actual de atención y, en base a ello, propusieron ideas de cambio para vencer dichas deficiencias.

En una segunda matriz se registraron los indicadores que cada equipo estableció para determinar el grado de progreso del objetivo planteado.

Luego de haber respondido las preguntas fundamentales, y en base a las ideas de cambio propuestas, los equipos planificaron la implementación de los ciclos rápidos de cambio en una tercera matriz. Para ello programaron actividades concretas, las cuales debían ser efectuadas a corto plazo, y registraron cada actividad con sus respectivos responsables, fechas y lugares determinados (VER ANEXO 2).

Cada Equipo programó un ciclo rápido de cambio. Basado en las expectativas prioritarias de las usuarias, los hospitales de Cañar y Alausí decidieron iniciar con la brecha de trato interpersonal, mientras que los hospitales de Chillanes y Saquisilí decidieron programar un ciclo para el acompañamiento de familiares.

Una vez reprogramados los ciclos rápidos, los equipos estuvieron listos para poner en práctica las ideas de cambio. Algunos equipos encontraron dificultades en la ejecución de las actividades debido a los diferentes niveles de aceptación y compromiso, y por resistencia al cambio de algunos miembros del personal de salud. Otros equipos efectuaron con éxito y en corto tiempo las actividades programadas, razón por la cual empezaron a programar nuevos ciclos, repitiendo el mismo proceso realizado en el taller. En respuesta a esto el equipo



de estudio realizó reuniones en cada provincia para apoyar a los equipos en cualquier dificultad que pudieran tener para la correcta ejecución de los ciclos rápidos.

c) Tercer taller HACAP

El tercer taller HACAP se realizó en mayo de 2008. El principal objetivo de este taller fue hacer una revisión participativa del progreso de los ciclos rápidos de adecuación cultural de la atención del parto. Para ello se organizaron varias mesas redondas en donde los representantes de cada uno de los hospitales expusieron las dificultades y logros en el proceso. Posteriormente, con el aporte colectivo, cada equipo definió qué ajustes debían hacerse en los ciclos planteados o si debían plantearse nuevos ciclos de cambio. Además, se realizó una mesa redonda para dialogar sobre el rol de las parteras.

Finalmente, se establecieron las responsabilidades y los próximos pasos a seguir para mejorar y continuar la realización de los ciclos rápidos de cambio, así como los lineamientos para la institucionalización del proceso HACAP.

7. Resultados

7.1. Introducción de cambios y realización de ciclos rápidos

Las brechas sobre las cuales se implementaron ciclos rápidos de cambio son: trato interpersonal; acompañamiento de familiares; abrigo y vestimenta de la usuaria; posición del parto; y dotación de infusiones de hierbas aromáticas y medicinales.

a) *Trato interpersonal*

Las intervenciones para mejorar el trato iniciaron en dos hospitales: Cañar y Alausí. El equipo del Hospital de Alausí planificó su intervención bajo la premisa de que el maltrato existe porque el personal de salud no conoce lo suficiente sobre la realidad sociocultural de las comunidades indígenas. Por lo tanto, se planearon actividades entre el personal de salud y las parteras para dialogar sobre los procedimientos de atención del parto en la medicina tradicional, el uso de plantas medicinales y la acreditación de parteras.



Por su parte, el equipo del Hospital de Cañar estableció que una de las causas principales del maltrato era un alto nivel de ansiedad y estrés entre el personal de salud. En virtud de ello, consideraron necesario primero mejorar la salud mental de quienes brindan atención en la institución. Para esto, con ayuda del psicólogo del hospital, desarrollaron un proyecto de apoyo psicológico dirigido a todo el personal de salud y de servicio. Se propusieron también realizar sesiones grupales para promoción y prevención en el área de salud mental e integral, sin embargo, estas no se realizaron por la imposibilidad de coordinar un horario común.

Además, el equipo de Cañar se propuso promover un acercamiento hacia el sistema de salud indígena, para lo cual se realizaron tres talleres entre el personal médico del hospital y las parteras. En estos talleres el personal de salud capacitaría a las parteras en temas como: nutrición, parto limpio, y sistemas de referencia y contra referencia, mientras que las parteras capacitarían al personal de salud sobre los principios filosóficos de la cosmovisión andina y de la medicina indígena, incluyendo procedimientos de atención del parto vertical. Sin embargo, esto último no pudo lograrse debido a que el personal de salud abandonó los talleres luego de capacitar a las parteras, aduciendo que su horario de trabajo no les permitía participar durante todo el día.

Los equipos de Cañar y Alausí tuvieron dificultades para enfocar la calidad de las relaciones interpersonales como principal factor del trato. Por ello, bajo el supuesto de mejorar el trato trabajaron en el mejoramiento de otros aspectos de la atención, tales como horarios de visita, información, abrigo, etcétera.

Para superar estos obstáculos, el equipo de QAP diseñó un taller para sensibilizar al personal de salud mediante la reflexión y análisis de causas y efectos del maltrato en cada uno de los hospitales de intervención.

El equipo de Alausí programó realizar charlas de difusión de los derechos de las usuarias y de la LMGYAI al personal de salud. Además, se planificó difundir estos derechos en cartelones ubicados en las áreas de consulta externa y hospitalización del hospital, así como en las unidades operativas del cantón. Otras intervenciones que se realizaron para mejorar el trato fueron:

- Entrega de chambras a las mujeres que dan a luz con mensajes referentes a la Ley de Maternidad Gratuita, elaboradas por grupos de mujeres de las comunidades, apoyadas por el Departamento de Salud del Municipio.



- Buzones de quejas en hospitalización y a la entrada del hospital.
- Difusión de 2 cuñas radiales en kichwa y español con mensajes que promueven el mejoramiento del trato en el hospital
- Un grupo de usuarias realiza periódicamente entrevistas a parturientas hospitalizadas para conocer su percepción del trato recibido.

En Cañar se planificó continuar con el proyecto de desarrollo personal dirigido por el psicólogo del hospital, a través de talleres periódicos con el personal de salud. Además, se planificó analizar los derechos de las usuarias y elaborar en consenso un decálogo del buen trato para difundirlo en el hospital. Se planificó también diseñar una pequeña encuesta de satisfacción de las usuarias y su aplicación bimensual en todos los servicios al egreso del hospital.

En Saquisilí se realizó una reunión con el personal de todo el hospital para analizar la importancia del buen trato, y se diseñó una encuesta para conocer las prácticas tradicionales de atención del parto en el cantón y socializar los resultados con todo el personal del hospital.

b) Acompañamiento

Este ciclo se realizó en los cuatro hospitales de intervención para permitir el ingreso de familiares o de la partera a las áreas, anteriormente restringidas, en donde se atiende la labor de parto y el parto, a fin de brindar apoyo emocional a las parturientas. Para ello se debe consultar a la usuaria si desea acompañamiento.

Las condiciones del acompañamiento en cada uno de los hospitales han sido diferentes. Así, por ejemplo, en Saquisilí y Chillanes el acompañamiento es permitido durante todo el proceso de atención del parto. En Cañar se permite el acompañamiento de familiares hasta la sala de labor, mientras que el ingreso a la sala de parto se permite únicamente a las parteras acreditadas (que han recibido capacitación, y han sido acreditadas por su comunidad como parteras tradicionales). En Alausí se permite el acompañamiento, ya sea de un familiar o de la partera hasta la sala de labor, pero no se permite el ingreso de ningún acompañante a la sala de partos.

En el caso del Hospital de Cañar, la cercanía que existe entre el quirófano y la sala de partos constituyó una limitación para permitir el acompañamiento durante el parto, puesto que, según el criterio del personal médico, existiría un alto riesgo de contaminación del quirófano al permitir el ingreso de acompañantes en condiciones no adecuadas a la sala de partos.



En los hospitales de Chillanes y Cañar, el personal de salud elaboró reglamentos para regular el ingreso de familiares y parteras, estableciendo algunas reglas de comportamiento y procedimientos de asepsia que deben seguir los acompañantes durante la atención en la sala de partos.

Debido a la escasez de insumos, en los hospitales de Cañar, Chillanes y Saquisilí se consideró necesario adquirir o confeccionar ropa quirúrgica adicional (gorro, bata y botas) para los acompañantes, a fin de cumplir las normas del MSP de asepsia y antisepsia en la sala de partos.

En el caso de Alausí, se grabaron cuñas radiales en kichwa y español para promocionar el derecho de las mujeres a ser acompañadas durante la atención de su parto en el hospital. Estas cuñas radiales son transmitidas dos veces por día. Además, se planificó la adecuación de un espacio para hospedar a los familiares o a la partera que están brindando acompañamiento durante la permanencia de la usuaria en el hospital.

c) Abrigo/vestimenta

Las intervenciones para adecuar el abrigo o la vestimenta de las embarazadas se realizaron en los hospitales de Alausí, Saquisilí, Chillanes y Cañar.

Este ciclo está relacionado al principio humoral anteriormente mencionado, pues da importancia a la necesidad expresada por las usuarias de mantenerse abrigadas durante la atención de su parto.

Las estrategias implementadas para mejorar este aspecto fueron:

- Uso de cobijas térmicas y de lana durante toda la atención del parto para que la mujer y su bebé estén suficientemente abrigados.
- Permitir que la paciente permanezca abrigada con su propia ropa.
- Desvestir a las pacientes solamente de la cintura hacia abajo.
- En los cuatro hospitales de intervención se diseñaron nuevas batas con telas abrigadas y colores vivos a ser utilizadas durante la atención del parto en lugar de la bata tradicional. En el Hospital de Alausí, las usuarias diseñaron la nueva bata y seleccionaron el tipo de tela y los colores.
- Colocación de calefactores en áreas claves como sala de labor, quirófano, y sala de partos.
- Colocación de un termómetro ambiental, en el caso de Cañar.

La utilización de las batas y el abrigo en general se aplicó entre todas las usuarias, sin diferencia de origen étnico. Sin embargo, las parturientas mani-



festaron que entre los factores adversos al abrigo persisten los espacios amplios y fríos del hospital, a excepción de áreas claves en las salas de labor y parto. Una limitación que ha retrasado el cumplimiento de algunas actividades es la falta de recursos y presupuesto para la adquisición de materiales y otros insumos que permitan realizar las adecuaciones.

d) Dotación de aguas de plantas medicinales

Este ciclo de cambio se realizó en los hospitales de Alausí, Saquisilí y Cañar, y está estrechamente relacionado al anterior, pues fue implementado para atender la necesidad de las usuarias de mantenerse abrigadas y facilitar el parto mediante la ingesta de infusiones de plantas aromáticas y medicinales que mantienen el equilibrio entre calor y frío. Sin embargo, varios médicos se opusieron al uso de ciertas plantas medicinales que algunas parteras utilizan en el momento del alumbramiento, tales como la ruda, azucena, pepa de chirimoya, hoja de higo y la paja blanca, las cuales, según el personal médico, tienen propiedades oxitócicas.

Por esta razón fue necesario un proceso de negociación entre usuarias, parteras, y personal del hospital, mediante el cual se estableció el tipo de plantas aptas para el consumo durante el parto. También se acordó que los familiares que deseen dar a las pacientes otro tipo de infusiones que consideren importante para la atención del parto pueden hacerlo siempre y cuando se solicite autorización al médico.

En Cañar se brinda infusiones de plantas medicinales durante todo el proceso del parto y se ha dispuesto un termo en el quirófano para que la parturienta tome agua cuando lo desee. Además, se ha establecido que en lugar de café se proporcione a las puérperas agua de paraguay, que según las parteras aumenta la producción de leche materna.

En Saquisilí se implementó un área con un dispensador de agua fría y caliente con los insumos necesarios para que los familiares de la embarazada puedan preparar diferentes aguas aromáticas: toronjil, cedrón, anís, que pueden ser endulzadas con panela en polvo de acuerdo a las costumbres de las usuarias y según lo recomendado por las parteras tradicionales.

En los hospitales de Chillanes y Alausí, el personal de cocina y el servicio de alimentación han resistido en cierta medida estos cambios argumentando que alteran las rutinas y horarios de preparación y entrega de alimentos. En el Hospital de Chillanes, por ejemplo, si el parto ha ocurrido en la noche no se



alimenta a las madres porque el servicio de cocina está cerrado y no está previsto dar alimentos ni tampoco infusiones. Ante esta situación, el equipo de Alausí se comprometió a sensibilizar al personal de cocina para que se provean infusiones.

El equipo del Hospital de Cañar diseñó un reglamento de nutrición para el puerperio, en el que se establece que la primera comida de toda paciente después del parto sea el caldo de gallina, tal como lo recomiendan las parteras y como es la costumbre de la población.

e) Posición del parto

Las intervenciones para adecuar la posición del parto se desarrollaron en los hospitales de Cañar y Alausí. El objetivo de este ciclo fue brindar a las usuarias la opción de escoger la posición más cómoda en la que deseen dar a luz, ya sea en posición ginecológica, sentada, en cuclillas o de rodillas, como generalmente se acostumbra en un parto domiciliario.

En el Hospital de Cañar este ciclo rápido ha permitido adecuar la sala de partos con una colchoneta para atender a las usuarias que deseen dar a luz de rodillas o en cuclillas, una vez que han sido consultadas. Sin embargo, parte del personal médico del hospital reconoce que no tiene la preparación suficiente para atender el parto de esta forma por lo que planificaron desarrollar un taller de capacitación con un médico del área. Además, se adquirieron 3 videos de partos atendidos de forma vertical en servicios obstétricos del Perú para que el personal del hospital aprenda de estas experiencias.

En el Hospital de Alausí se elaboró un reglamento interno (ANEXO 3) para la atención del parto vertical y está en proceso de ser adecuada un área especial para la atención del parto vertical. El personal que atiende partos realizó una visita al Hospital Andino para observar la atención del parto vertical en dicha institución, y se programaron talleres de capacitación en parto vertical con apoyo de la Dirección Nacional de Salud Intercultural.

f) Otros aspectos de la atención

También se realizaron mejoras en otros aspectos de la atención, tales como el horario de visitas en Alausí, y la información brindada a las pacientes en Cañar y Saquisilí. Dichos mejoramientos no fueron programados como ci-



culos rápidos sino que más bien fueron resultados indirectos de las intervenciones realizadas en los diferentes ciclos.

En Alausí, por ejemplo, el hospital aprobó modificar el horario de visitas de acuerdo al tiempo libre que tiene la población del cantón: en la mañana de 11h00 a 13h00, y en la noche de 19h30 a 20h30, luego de sus jornadas de trabajo. Esta fue una de las estrategias para promocionar el buen trato en el hospital con gran acogida entre familiares y usuarias.

En Cañar y en Saquisilí, como parte del acompañamiento, el personal de salud ha iniciado actividades para mejorar la información proporcionada a las pacientes sobre los procedimientos que se le van a realizar y sobre el avance general de su salud.

En Cañar, Saquisilí, y Alausí, el personal de salud propuso que las parteras sean capacitadas y acreditadas como requerimiento para el ingreso a las salas de parto. Para ello, las DPSI correspondientes a cada uno de estos cantones llevó a cabo distintos planes de capacitación, evaluación, acreditación comunitaria, y carnetización de las parteras.

En Cañar, la DPSI acreditó a 60 parteras de diferentes comunidades del cantón. En Saquisilí se realizaron 6 talleres de capacitación a parteras por el personal de ginecología del hospital, posteriormente, se acreditaron a 20 parteras mediante asambleas comunitarias en 12 comunidades del Cantón. En Alausí se han censado 49 parteras, de las cuales 12 ya han sido acreditadas por sus comunidades, mientras que 37 todavía están en proceso de validación.

7.2. Satisfacción de usuarias

Los cambios en la satisfacción de las usuarias se midieron mediante la aplicación de la encuesta de satisfacción, tanto en los establecimientos de intervención como en los de control. Para establecer la línea base de la investigación operativa, la primera aplicación de la encuesta se realizó antes del primer taller, a mujeres que habían dado a luz entre diciembre del 2006 y febrero de 2007, dando un total de 362 encuestas realizadas.

Con el fin de medir el impacto de las intervenciones realizadas en cada uno de los hospitales y contrastar estos resultados con los datos de la línea basal, se realizaron 4 olas de encuestas, a las mujeres que dieron a luz durante los meses de julio y septiembre 2007, enero y junio 2008, dando un total de 882 encuestas realizadas.

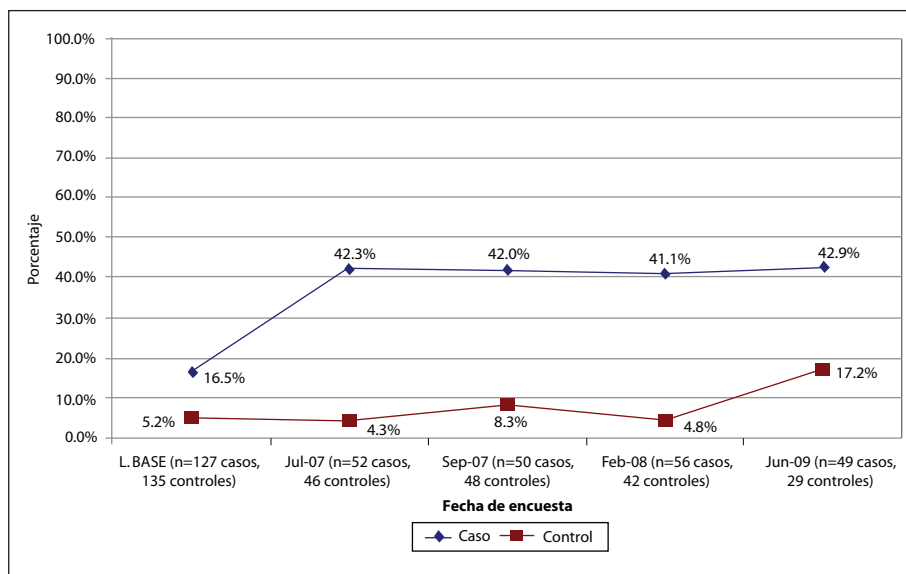
Para el ingreso de los datos y su procesamiento estadístico, se construyó una base en SPSS. En base a las respuestas de las encuestas de satisfacción se re-



alizó un análisis de datos longitudinal, a nivel comparativo entre hospitales de intervención y control. Los principales resultados son los siguientes:

a) *Acompañamiento*

Gráfico N° 1
Porcentaje de mujeres que recibieron acompañamiento de entre las que manifestaron su deseo de ser acompañadas en la sala de partos (hospitales caso vs. hospitales control)



El Gráfico No. 1 compara los 4 hospitales de caso con los 4 hospitales de control. En las unidades de intervención se puede apreciar que el porcentaje de mujeres que quisieron y se les permitió acompañamiento en la sala de partos aumenta de 16,5% hasta 42,9%.

Este aumento en el porcentaje del acompañamiento refleja sobretudo los logros de las intervenciones realizadas en Saquisilí y Chillanes, puesto que como se mencionó anteriormente, Alausí y Cañar permitieron acompañamiento sólo hasta la sala de labor.

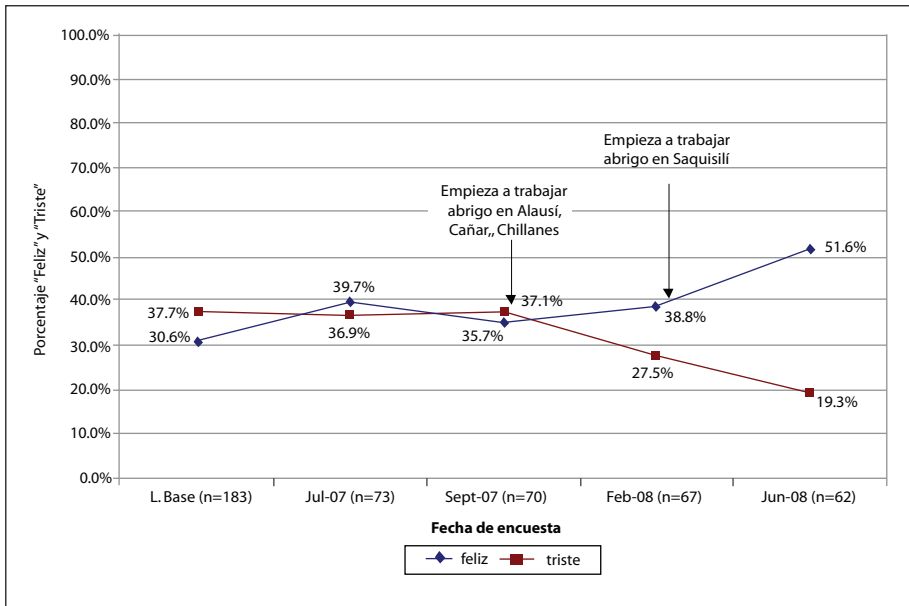
El grafico muestra que entre los hospitales de intervención hay un incremento inmediato del acompañamiento y que esta tendencia se mantiene a través del tiempo, mientras que entre los hospitales de control no se ve ningún



cambio sino hasta la última medición que registra un aumento, lo cual sólo podría confirmarse como una tendencia si se realizaran más mediciones. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que al agrupar los resultados de los 4 hospitales caso en una sola línea se ocultan diferencias importantes entre cada uno de los hospitales. Por ejemplo, la intervención de acompañamiento empieza en los 4 hospitales de intervención en momentos distintos y, por lo tanto, agrupar todos los resultados en uno tiende a distorsionar las experiencias disímiles vividas en cada uno.

b) Abrigo: temperatura/vestimenta

Gráfico N° 2
Porcentajes de mujeres que se sintieron felices y tristes
con la temperatura de la sala de partos (hospitales intervención)



El Gráfico No. 2 compara los porcentajes de usuarias que dijeron sentirse felices y tristes respecto a la temperatura de la sala de partos. En la línea de base se puede observar que es mayor el porcentaje que se sentía triste, que el porcentaje que manifestaba sentirse feliz. En la primera medición post-interven-

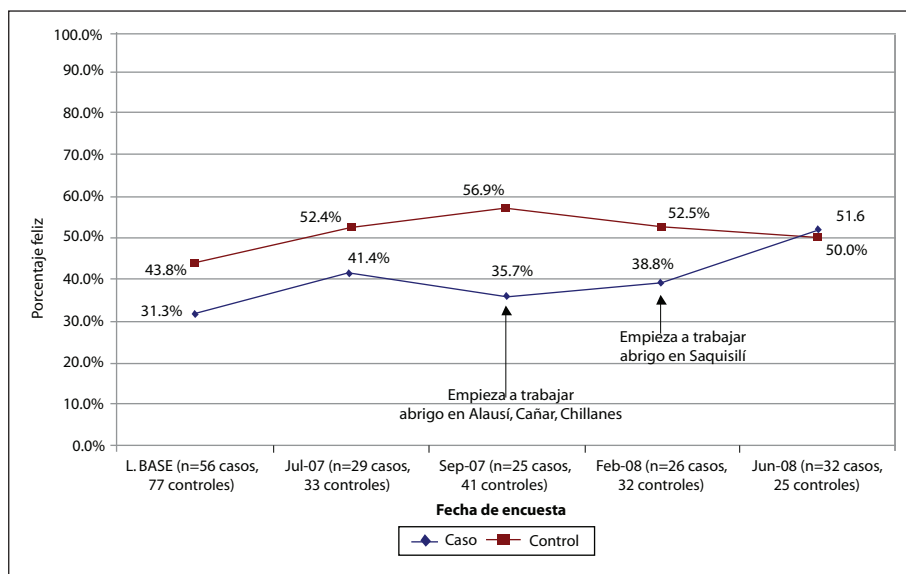


ción se evidencia un aumento de cerca de 10 puntos porcentuales en la satisfacción de las usuarias.

En la medición de septiembre 2007 el porcentaje es relativamente igual entre quienes dijeron sentirse felices y quienes dijeron sentirse tristes. En este mismo mes inicia la intervención para mejorar el clima en la sala de partos en los hospitales de Alausí, Cañar y Chillanes, por lo que en la medición del mes de febrero 2008 ya se puede ver una diferencia de más del 10% entre los dos factores analizados, siendo mayor el porcentaje de usuarias que dijo sentirse feliz. En febrero 2008 inicia la intervención en el Hospital de Saquisilí, lo que influye en el incremento general de la satisfacción de las usuarias.

Finalmente, en la medición de junio 2008 la diferencia es significativa entre los porcentajes de feliz y triste, manifestandose una clara tendencia al aumento en los porcentajes de felicidad y al descenso en los de tristeza.

Gráfico N° 3
Porcentaje de mujeres que se sintieron felices con la temperatura de la sala de partos (hospitales caso vs. hospitales control)



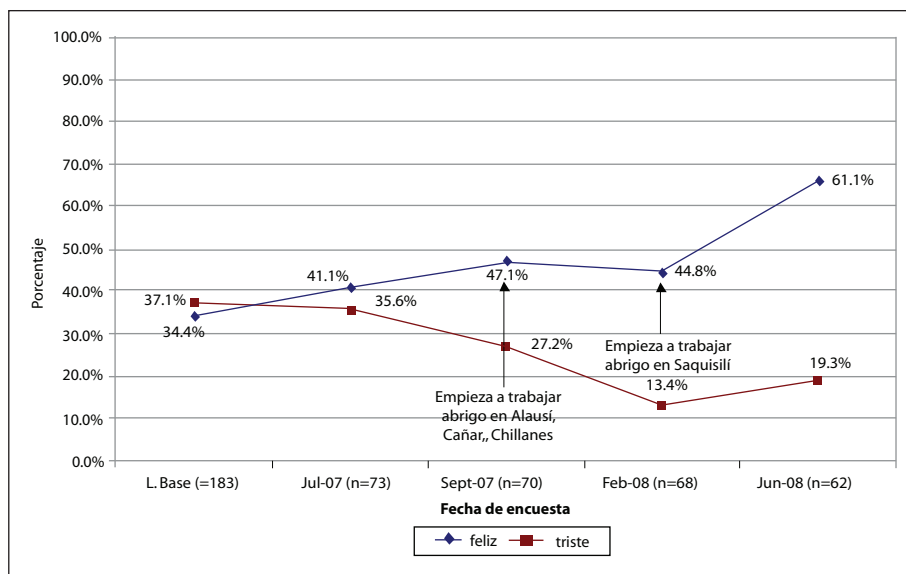
El Gráfico No. 3 compara los porcentajes de satisfacción de las usuarias con la temperatura de la sala de partos entre las unidades de caso y las de control. La medición de línea de base muestra que al comienzo la satisfacción en



los hospitales de intervención era 12% menor que en las unidades de control. Esta diferencia entre los dos tipos de establecimientos se hace más pronunciada a mitad del proceso HACAP, cuando aumenta la satisfacción en los hospitales de control y desciende en los hospitales de intervención.

Una vez que los hospitales de Alausí, Cañar, y Chillanes empiezan a trabajar el ciclo de abrigo se nota un aumento progresivo del porcentaje de satisfacción, que al final de la intervención llega a alcanzar el 51,6%, superando levemente al porcentaje de satisfacción en los hospitales de control.

Gráfico N° 4
Porcentajes de mujeres que se sintieron felices y tristes
con el abrigo recibido durante la atención del parto (hospitales intervención)

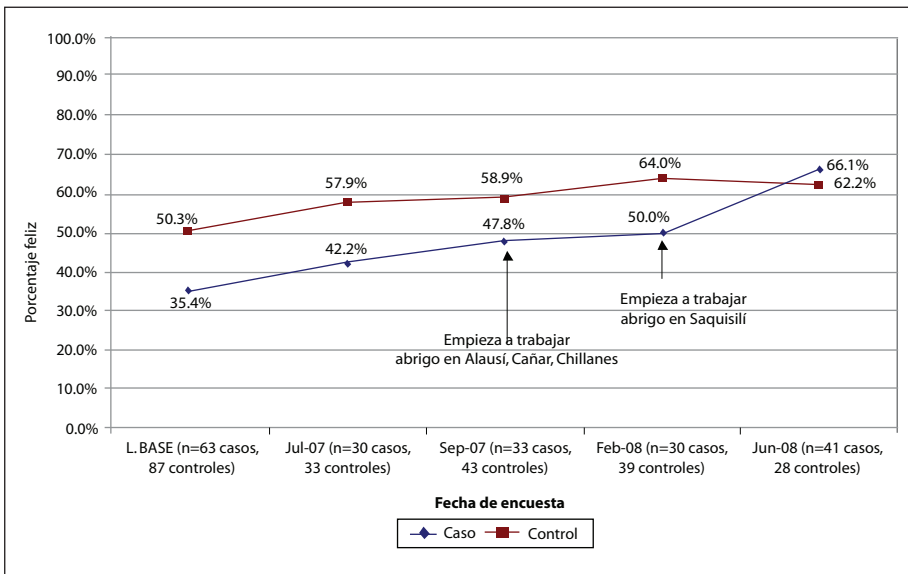


El Gráfico No. 4 muestra los porcentajes de satisfacción e insatisfacción de las usuarias con el abrigo recibido durante la atención del parto. En la línea de base, el porcentaje de usuarias que afirmó sentirse feliz con el abrigo recibido (34,4%) es similar al porcentaje que manifestó sentirse triste (37,1%). A partir de la medición del mes de julio 2007, se incrementa progresivamente el porcentaje de satisfacción y se mantiene relativamente estable dentro del rango del 40%.



A partir de febrero 2008, el Hospital de Saquisilí empieza a realizar cambios referentes al abrigo por lo que se evidencia un incremento significativo de usuarias felices con el abrigo (66,1%), mientras que el porcentaje de insatisfacción cae bruscamente (19,3%).

Gráfico N° 5
Porcentaje de mujeres que se sintieron felices con el abrigo recibido durante la atención del parto (hospitales caso vs. hospitales control)



El Gráfico No. 5 compara los porcentajes de usuarias satisfechas con el abrigo recibido durante la atención de su parto entre hospitales de control y hospitales de intervención.

Se observa que los hospitales de caso inician con un porcentaje de satisfacción significativamente menor al de los hospitales de control, y a medida que avanza el proceso de intervención incrementan paulatinamente la satisfacción de 35,4% en la línea base hasta 66,1% en la medición de junio 2008, casi duplicando el porcentaje inicial.

Por su parte, los hospitales control también registran un aumento en la satisfacción de las usuarias, que va desde 50,3% en la línea base hasta 62,2% en la medición final.

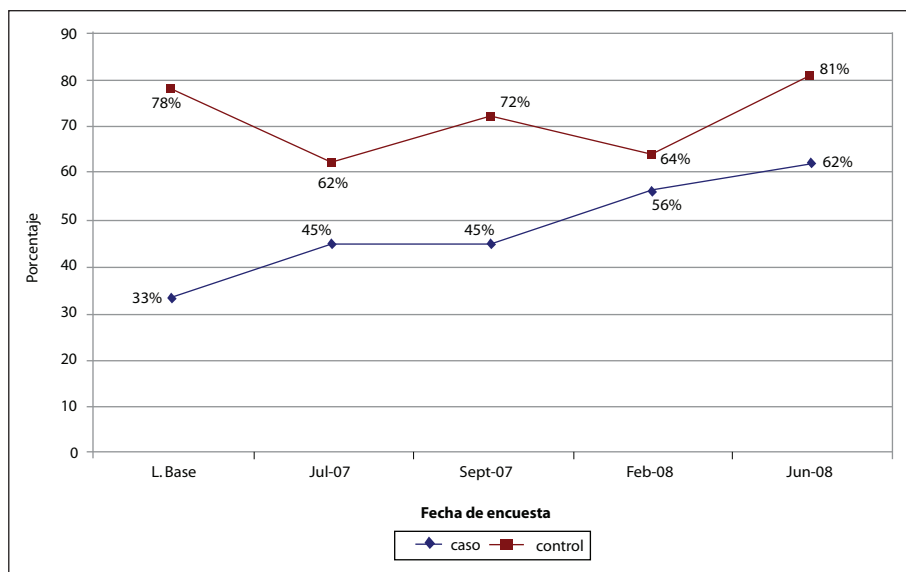


Al parecer existe algún factor independiente –el cual desconocemos– que generó un aumento en la satisfacción en los hospitales de control, y que posiblemente también influyó en la satisfacción de los hospitales de intervención. Sin embargo, la proporción en el incremento de la satisfacción en los hospitales de intervención (30,7%) es casi 3 veces mayor al incremento en los hospitales de control (11,9%).

c) Alimentación

Debido a que no existe un indicador específico que mida la satisfacción en la dotación de infusiones de plantas medicinales durante la atención del parto, hemos medido los resultados de la pregunta 23 de la encuesta de satisfacción (ANEXO 1), donde las mujeres encuestadas manifiestan cómo se sintieron con la comida que recibieron en el hospital, según la escala de caritas felices y tristes.

Gráfico N° 6
Porcentaje de mujeres satisfechas con la alimentación brindada en el hospital (hospitales caso vs. hospitales control)

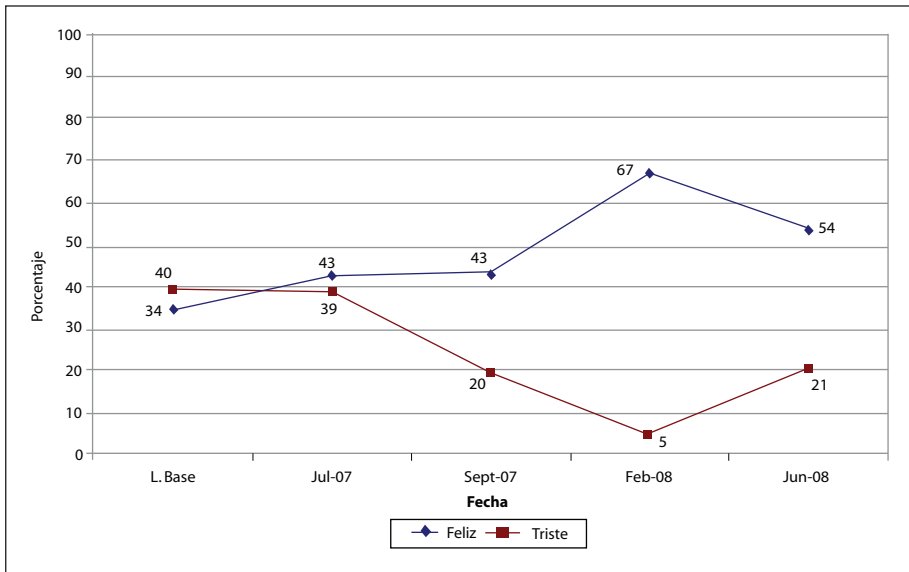


Aunque la medición de los resultados de esta pregunta muestra los porcentajes de mujeres satisfechas con la alimentación que recibieron en el hospital, es posible presumir que las intervenciones realizadas para la dotación de aguas medicinales influyeron en el incremento en la satisfacción de las usuarias con la alimentación en general. Además, en el caso del Hospital de Saquisilí (el cual es el único hospital donde no existe servicio de alimentación para las pacientes), existe un incremento significativo de la satisfacción de las usuarias, por lo que podemos presumir que los resultados medidos se refieren específicamente a la dotación de aguas medicinales.

El Gráfico No. 6 compara los porcentajes de satisfacción de las usuarias con respecto a la alimentación que recibieron durante la atención de su parto en los hospitales de intervención y de control.

En la línea base la satisfacción de los hospitales de control es marcadamente superior a la de los hospitales caso, con porcentajes de 78% y 33% respectivamente. Pese a que el porcentaje de satisfacción es mucho menor en los hospitales de intervención, su aumento es progresivo a lo largo de toda la intervención, elevándose hasta el 62% en la última medición.

Gráfico N° 7
Porcentaje de mujeres satisfechas con la alimentación brindada en el hospital (hospitales intervención)



En los hospitales de control hay variación en el porcentaje de satisfacción, registrando tanto aumentos como descensos, sin embargo, las mediciones iniciales (78%) y finales son muy similares (81%) entre sí.

Muestra el porcentaje de mujeres satisfechas con la alimentación brindada en los hospitales de intervención.

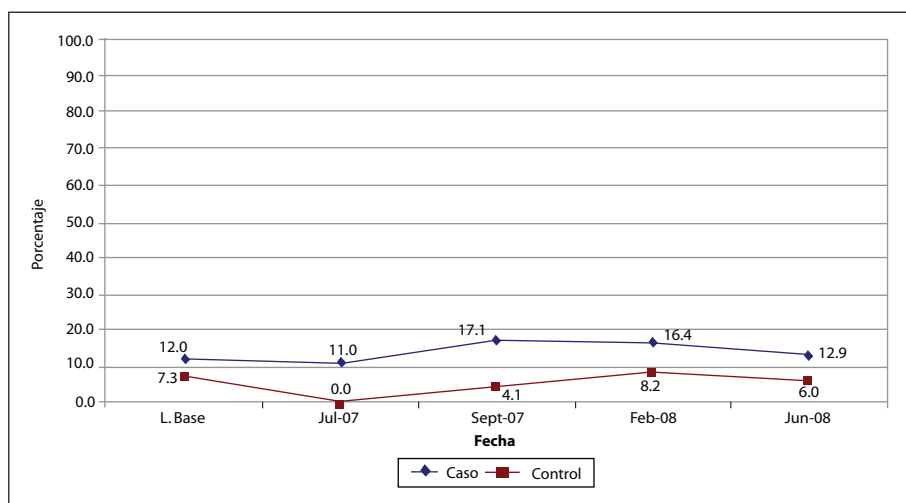
Al analizar los valores de la línea de base, claramente se puede observar que el porcentaje de usuarias que afirmaban haberse sentido triste con la alimentación recibida era mayor que el que afirmaba haberse sentido feliz.

En la primera medición posintervención esta diferencia se reduce un poco y a partir de la segunda medición post intervención se observa un incremento de la satisfacción de las usuarias, el mismo que se mantiene durante la tercera y la última medición.

La satisfacción va en aumento del 34% al 54%, mientras que el porcentaje de usuarias que se sintieron tristes disminuye desde el 40% al 21%. A medida que el porcentaje de usuarias que respondió sentirse feliz iba en aumento, el de las que dijeron haberse sentido triste disminuía, sobre todo en la penúltima medición en la que llega a un 5%.

d) Posición del parto

Gráfico N° 8
Porcentaje de mujeres a las que se les consultó en qué posición quería dar a luz (hospitales caso vs. hospitales control)



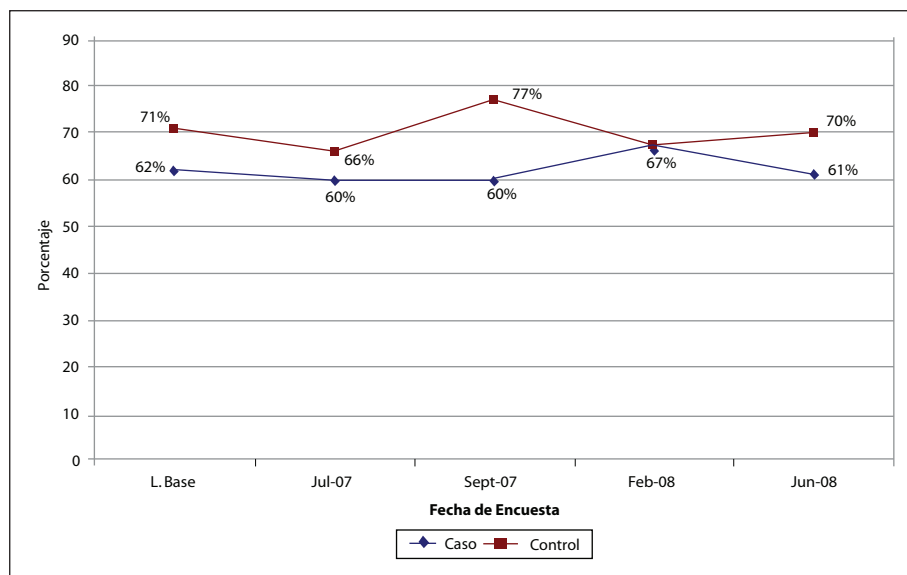
El Gráfico No. 8 muestra los promedios de los porcentajes de usuarias a las que se les consultó sobre la posición que deseaban dar a luz, en los hospitales de caso y control.

Tanto en los hospitales caso como los de control, los porcentajes de consulta son por debajo del 20%.

No existe una curva que presente mucha variabilidad, manteniéndose en el tiempo de la intervención HACAP con pocas variaciones de menos de 10 puntos en los hospitales caso y control, mostrando al inicio y el final porcentajes casi similares.

e) *Trato interpersonal*

Gráfico N° 9
Porcentaje de mujeres que se sintió feliz con el trato recibido durante la atención del parto (hospitales caso vs. hospitales control)



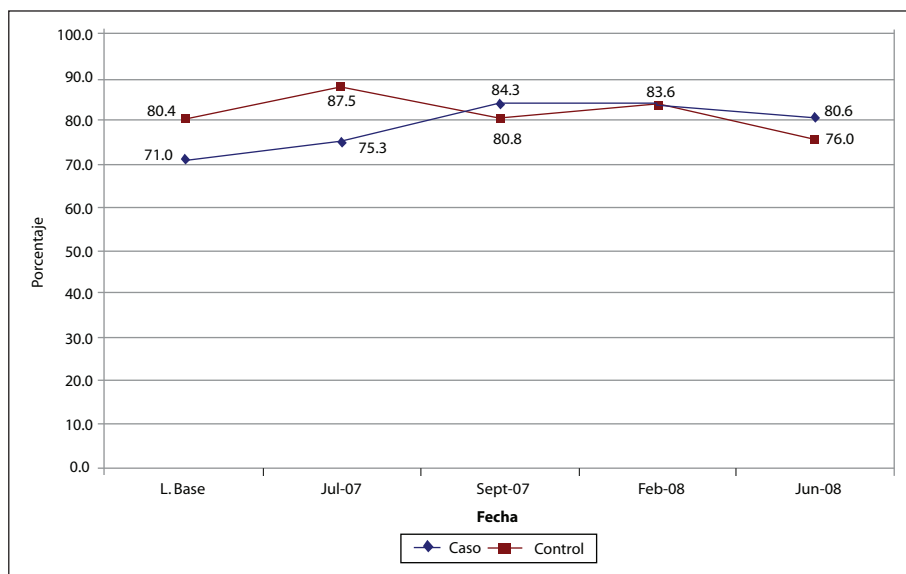
El Gráfico No. 9 compara la satisfacción de las usuarias con el trato recibido, entre hospitales de intervención y hospitales de control. Tanto en los hospitales de intervención como en los de control, los porcentajes de satisfacción en cuanto al trato no sufrieron variaciones significativas durante el proceso HACAP.



En el mes de febrero 2008 los hospitales de intervención muestran un ligero incremento en la satisfacción, pero finalmente vuelve a descender cerca del porcentaje inicial.

El porcentaje de satisfacción en los hospitales de control registra variaciones entre aumentos y descensos y, al igual que en el caso de los hospitales de intervención, en la última medición desciende hasta cerca del porcentaje inicial.

Gráfico N° 10
Porcentaje de mujeres con intención de volver a dar a luz en el Hospital
(hospitales caso vs. hospitales control)



Compara los porcentajes promediados de los hospitales de intervención y los de control, de las mujeres que respondieron afirmativamente sobre la intención de volver a dar a luz en el hospital, en caso de volver a embarazarse.

La curva de intención de volver muestra ligeras variaciones, tanto en los hospitales caso como los de control. Sin embargo, en los hospitales caso, el porcentaje de intención de volver al hospital, muestra una tendencia a subir, durante todo el tiempo de la intervención desde 71% en la línea de base hasta 80,6% en la última medición, señalando una subida de hasta 14 puntos porcentuales en la medición de septiembre 2007.



Mientras que la intención de volver en los hospitales control baja desde el 80,4% en la línea de base hasta el 76% en la última medición.

7.3. Utilización de los servicios de salud para atención del parto

Para medir los cambios en la utilización de los servicios, y conocer con mayor exactitud los porcentajes de nacimientos domiciliarios y nacimientos en establecimientos del MSP, se obtuvo el número mensual de nacimientos inscritos y formularios de nacidos vivos en el registro civil de cada cantón, tanto de intervención como de control. Estos datos se registraron a lo largo de varios meses con el fin de controlar potenciales variaciones estacionales, desde el mes de enero 2007 hasta el mes de julio de 2008. Hasta el mes de julio de 2008 se han receptado 7.876 formularios de los 8 cantones participantes en la investigación.

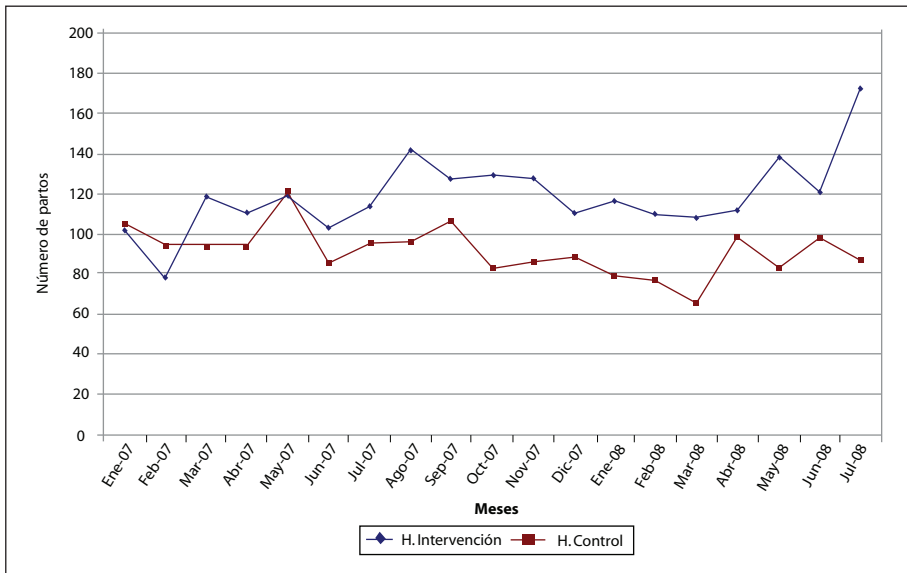
El número de nacimientos previo al inicio de la investigación se obtuvo del reporte anual del INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos), recientemente publicado. Lamentablemente, para el año 2008 esta fuente de datos no es completa debido a factores como las inscripciones tardías de los recién nacidos, puesto que un gran porcentaje de niños son registrados en el transcurso del siguiente año a su nacimiento y no de manera inmediata. Por esta razón, los datos que corresponden a meses de 2008 no son verdaderamente representativos del número de nacimientos ocurridos, y se tornan menos significativos al compararlos con datos de 2007. Por ello, las inscripciones de nacimientos constituyen una fuente de información factible de analizar cuando el INEC disponga de los datos correspondientes, a mediados de 2009.

Para suplir esta fuente de datos se solicitó al Sistema Común de Información del MSP y a las oficinas de estadística de las Direcciones Provinciales de Salud, el número de partos atendidos por meses de ocurrencia y hospital desde enero de 2007 a julio de 2008.

En base a esta información se han construido Gráficos de series de tiempo comparando primero, el número de partos en unidades de intervención vs. unidades de control y, segundo, el número de partos en los 4 hospitales de intervención. Los resultados son los siguientes:



Gráfico N° 11
Número de partos atendidos en los hospitales
caso vs. hospitales control, enero de 2007-julio de 2008



Compara el número de partos atendidos en los hospitales de intervención con el número de partos atendidos en los hospitales control, desde enero de 2007 a julio de 2008.

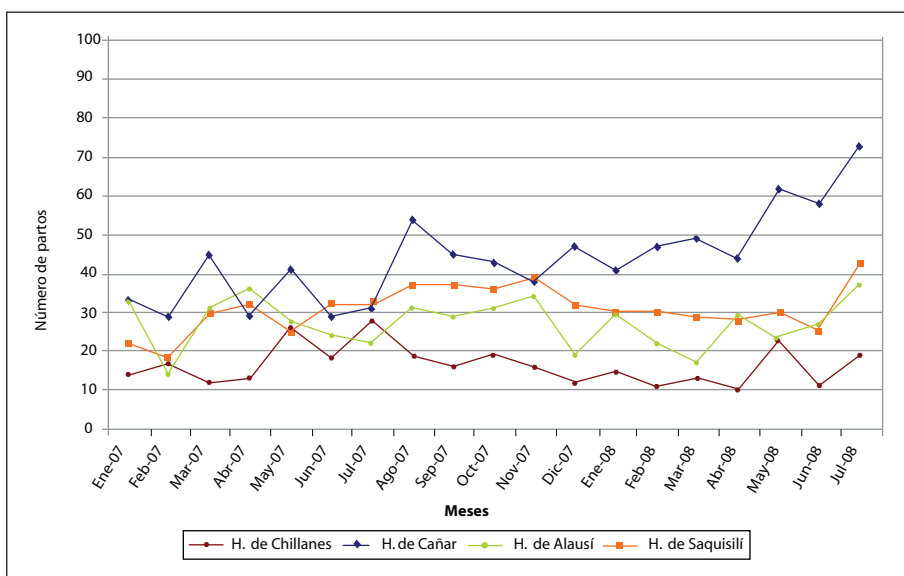
En la medición inicial, los hospitales de intervención y los de control registran una cantidad similar de partos atendidos, alrededor de 105. Seguidamente, los hospitales de intervención muestran una disminución momentánea en el número de atenciones, pero a partir de mayo de 2007 este número crece sostenidamente hasta julio de 2008, cuando se registran 172 partos atendidos, mientras que en los hospitales control el número de atenciones disminuye a 87.

Compara el número de partos atendidos en los 4 hospitales de intervención, desde enero de 2007 a julio de 2008.

El Hospital de Chillanes el número de partos atendidos fluctúa entre 14 en la primera medición de enero de 2007, y 19 partos en julio de 2008. El registro más alto corresponde a julio de 2007 con 28 partos y el más bajo corresponde al mes de abril de 2008 con 10 partos atendidos.



Gráfico N°12
 Número de partos atendidos en los hospitales de intervención,
 enero de 2007-julio de 2008



En el Hospital de Cañar el número de partos asciende significativamente, registrando 33 partos en la primera medición y 73 en la última, de modo que al final de la intervención se registra un aumento de 221% en el número de partos atendidos en relación a la primera medición.

El Hospital de Alausí registra 33 partos atendidos en la primera medición de enero de 2007, y posteriormente muestra fluctuaciones marcadas. Sin embargo, en la última medición el número de partos atendidos se incrementa y llega a 37, la cifra más alta a lo largo de la medición.

El Hospital de Saquisilí muestra una tendencia ascendente en el número de partos atendidos, pues en la primera medición registra 22 partos, y aumenta paulatinamente hasta alcanzar 43 partos en julio de 2008. Al final de la intervención se registra un aumento del 195% en el número de partos atendidos en relación a la primera medición.



8. Discusión

Al analizar en conjunto la implementación de la intervención, podemos señalar que la metodología de HACAP permitió que los actores involucrados se sensibilicen ante la temática, discutan sus experiencias, y diseñen cambios consensuados que luego fueron implementados por los equipos de los hospitales.

Sin embargo, una seria limitación del enfoque metodológico fue la falta de participación organizada de las usuarias de los servicios de salud. Aunque la convocatoria y participación de usuarias y parteras en los talleres de rediseño fueron exitosas, durante las etapas de implementación y seguimiento de los ciclos rápidos su participación fue limitada, principalmente debido a la falta de comités de usuarias en funcionamiento. La única excepción fue el caso de Saquisilí, que cuenta con una fuerte organización comunitaria producto de un largo proceso organizativo, y donde existen representantes de las comunidades indígenas del cantón entre las autoridades del gobierno local.

Con respecto a la metodología de ciclos rápidos propuesta para la programación e implementación de cambios podemos señalar que, para la mayoría de actividades planteadas, permitió a los equipos realizar cambios concretos, sin embargo, no es tan adecuada para responder a brechas culturales que pueden requerir procesos de cambio estructurales. Por ejemplo, en cuanto a la brecha de trato, los equipos no pudieron focalizar sus esfuerzos de mejoramiento alrededor de las relaciones interpersonales, y en su lugar trabajaron aspectos como brindar mayor información a los usuarios o modificar los horarios de visita. Es posible que esto se relacione a una dificultad mayor del personal de salud de realizar un ejercicio de autocrítica ante el desempeño profesional y ante los propios prejuicios étnico-raciales.

Los ciclos realizados para mejorar el trato interpersonal nos permitieron aprender que no es un aspecto de la atención que pueda ser mejorado como las demás brechas, sino que demanda procesos prolongados de autoreflexión y adopción de nuevos valores por parte de los actores involucrados. Para superar estos obstáculos, el equipo de QAP diseñó un taller de reflexión sobre causas y efectos del maltrato en cada uno de los hospitales de intervención, que incluyó la programación de actividades para mejorar el trato fundamentadas en los derechos de los pacientes. Lamentablemente, las actividades planificadas por los equipos en los talleres se programaron cerca del final de la intervención por lo que no se pudo registrar su cumplimiento o los resultados obtenidos.



Los logros y limitaciones en la implementación de los ciclos dependen de múltiples factores en juego en cada hospital: niveles de resistencia al cambio en determinadas personas, problemas administrativos e institucionales, recursos económicos, dinámicas de trabajo de los equipos, etcétera. Además, cada equipo planteó estrategias distintas de acuerdo a las condiciones de cada hospital y a las iniciativas propias de los miembros del equipo. Por todas estas razones, algunos hospitales lograron implementar exitosamente determinados ciclos, mientras que otros no lograron implementar en su totalidad los cambios propuestos, y otros tuvieron serias dificultades en su implementación.

Así por ejemplo, el ciclo de acompañamiento fue exitoso en el Hospital de Saquisilí pues el equipo logró institucionalizar el acompañamiento de familiares o parteras durante todo el proceso de atención del parto. El personal de salud de Chillanes inicialmente también permitió el acompañamiento de familiares o parteras durante todo el proceso de atención del parto. Sin embargo, debido a conflictos internos en el hospital, el equipo no pudo mantener el cumplimiento de este cambio.

Por el contrario, en el caso de Alausí y Cañar el personal de salud no permitió el ingreso de los familiares o de la partera hasta la sala de partos, bajo distintos argumentos tales como: “el quirófano está junto a la sala de partos y existe riesgo de contaminación porque la gente viene del campo y está sucia”; “a la gente de aquí no le gusta entrar”; “los familiares no están preparados para presenciar un parto”; “los familiares pueden intervenir presionando al médico y hacer que se tomen decisiones equivocadas”, etc. Probablemente estas actitudes demuestran un temor de que la primacía de la práctica biomédica sea cuestionada o desautorizada. Esto es más evidente en Cañar, donde el rol de las parteras se limita al acompañamiento y apoyo emocional, sin opción a opinar o intervenir en la atención del parto.

Por otra parte, entre algunos proveedores de salud existió resistencia ante los cambios debido al poco conocimiento, aceptación, y valoración de la medicina ancestral y sus agentes. Determinados proveedores mantuvieron una visión etnocéntrica del cuidado de la salud y llegaron incluso a manifestar que el reconocimiento de la medicina ancestral “constituye un retroceso en la atención en lugar de ser un avance”.

En algunos casos el rechazo de la medicina tradicional se manifestó, por ejemplo, en la renuencia a permitir el uso de ciertas plantas medicinales en infusiones para la parturienta por considerar sus efectos inciertos o perjudiciales, y en la resistencia a recibir capacitación de las parteras sobre parto vertical.



Ante la inseguridad y falta de familiaridad generadas por la atención del parto vertical, el personal médico propuso la creación de una normativa institucionalizada desde el nivel central. Al momento de escribir este informe, la Dirección de Normatización del MSP, con apoyo de QAP, elaboró y publicó una Guía Técnica de Atención del Parto Culturalmente Adecuado para su aplicación en las Unidades de Salud del país.

Otros factores institucionales dificultaron la implementación de los ciclos rápidos. Por ejemplo, en el Hospital de Alausí, la conformación de los equipos HACAP fue inestable debido a los cambios de personal, terminación de contratos, y deserciones por conflictos de tipo administrativo, puesto que el personal manifestaba tener una ‘sobrecarga de trabajo’.

Por último, el personal médico señaló que existieron causas administrativas y burocráticas que impidieron la consecución efectiva y a tiempo de algunos cambios planteados. Tal es el caso de Alausí, donde la propuesta de hospedería para familiares y parteras demoró en concretarse por falta de una gestión ágil para la obtención de los recursos económicos. De forma similar, en Cañar los trámites burocráticos retrasaron la adquisición de insumos como ropa para el acompañante, colchonetas para el descanso de los familiares durante la noche, etcétera.

Al analizar los resultados de la intervención y los porcentajes de satisfacción de las usuarias es importante tomar en cuenta que de febrero a mayo de 2008, el gobierno nacional declaró una emergencia debido a la temporada invernal que ocasionó inundaciones en varias provincias del país. Por esta razón, en un primer momento, algunos recursos humanos del MSP fueron movilizados a las provincias más afectadas. Posteriormente, el gobierno nacional asignó recursos económicos para la contratación de nuevo personal de salud, reconfigurando de esta manera los equipos de salud de los hospitales. Finalmente, la campaña nacional de vacunación se desarrolló durante todo el mes de mayo, razón por la cual muchas de las actividades de los equipos HACAP fueron retrasadas e incluso el tercer taller HACAP tuvo que posponerse varias veces. Es probable, por tanto, que la disminución en los niveles de satisfacción que se observa durante los meses de febrero a junio de 2008 en la mayoría de intervenciones, responda a este tipo de situaciones coyunturales.

También hay que notar que no todos los hospitales implementaron los mismos ciclos ni todas las brechas fueron trabajadas al mismo tiempo en todos los hospitales. En algunos casos el comienzo de los ciclos de cambio se realizó casi al final de la intervención, por lo que de cierta manera en algunos Gráficos



estamos observando una línea de base prolongada en vez de una intervención implementada a lo largo de un buen tiempo.

Por otra parte, es necesario advertir que el Hospital de Alausí registró bajos porcentajes de satisfacción en casi todos los ciclos, probablemente debido a un sesgo de la persona encuestadora. Este hecho fue detectado por el equipo investigador y durante las dos últimas mediciones se hizo un cambio de encuestadoras con las del cantón Chunchi, hecho que coincide con un aumento en el porcentaje de satisfacción de las usuarias en Alausí. Sin embargo, el promedio general de satisfacción de los hospitales de intervención se ve disminuido por los bajos valores registrados en Alausí, lo que no permite reflejar el verdadero alcance de la intervención y los resultados alcanzados por los otros tres hospitales.

Con respecto al acompañamiento, la medición de resultados se refiere específicamente al acompañamiento en la sala de partos. Consecuentemente, Cañar y Alausí no muestran mejoras ya que en estos hospitales solamente se permite el acompañamiento hasta la sala de labor. En Saquisilí y Chillanes el ciclo de acompañamiento tiene resultados muy alentadores, pese al leve descenso de Chillanes en la última medición. Este descenso se debería a los conflictos internos que tuvo el hospital y a la disminución del compromiso del personal de salud con este cambio conforme avanzaba el tiempo.

En el ciclo de mejoramiento del abrigo se midieron dos variables: la temperatura en la sala de partos y el abrigo brindado a la parturienta durante la atención del parto. En general este ciclo muestra resultados exitosos en la satisfacción de las usuarias, pese a la resistencia del personal de salud que aducía que el cambio brusco de temperatura ambiental al que se encuentran expuestos al ingresar y salir de las diferentes salas podría afectar su salud.

Con respecto al ciclo de dotación de infusiones de plantas medicinales, los resultados miden el porcentaje de satisfacción con la alimentación en general, ya que no existe un indicador específico que mida la satisfacción en la dotación de infusiones de plantas medicinales durante la atención del parto. Sin embargo, con el ciclo de dotación de infusiones de plantas medicinales, la satisfacción de las usuarias en este aspecto subió de 23% hasta el 62%.

En cuanto al trato interpersonal, si bien los resultados de la encuesta muestran algunos ligeros aumentos en el porcentaje de satisfacción, la medición final no muestra aumentos significativos pese al trabajo realizado. Tampoco es posible ver un impacto del taller de mejoramiento del trato realizado poco antes de la última medición. Al momento es difícil establecer si la ausencia de resultados luego del taller se debe efectivamente a la falta de tiempo para medir y



apreciar cambios -razón por la cual no sería posible conocer el verdadero impacto de la intervención sino realizando mediciones futuras-, o si posiblemente nos encontramos ante otro ejemplo de la dificultad para trabajar el tema de las relaciones interpersonales entre usuarias y proveedores de salud.

Con respecto a la posición del parto podemos señalar que los datos reflejan la falta de implementación de un ciclo de cambio para esta variable, puesto que como se puede observar en el Gráfico No. 8, la diferencia entre los hospitales caso y los de control no varían significativamente a lo largo de todo el proceso de intervención. Por lo tanto, los pocos cambios que se iniciaron a hacer en algunos hospitales no incidieron en la percepción de las usuarias.

Al observar en términos generales los resultados de satisfacción de las distintas brechas trabajadas, a excepción del trato y la posición del parto, se puede apreciar una mejora paulatina en la satisfacción de las usuarias. Esto es mucho más evidente al comparar los resultados con los hospitales de control y al contrastar los valores entre las percepciones de feliz y triste.

Este incremento en la satisfacción también se aprecia en los porcentajes que muestran la intención de volver a dar a luz en los respectivos hospitales donde fueron atendidas. La intención de volver fue medida en base a respuestas categóricas de SI, NO, Indecisa, NS / NR. Probablemente los porcentajes de estas respuestas categóricas pueden evidenciar los cambios en la satisfacción mejor que las medidas por la escala de caritas, puesto que la valoración de las usuarias se refiere al conjunto de los elementos en la atención que recibió en el hospital.

En promedio, en los cuatro hospitales de intervención, un 80,6% de mujeres encuestadas afirmaron que si tienen intención de volver a dar a luz en el hospital. Este resultado es significativo, puesto que el 20% incluye a las repuestas negativas, indecisas y a las de no sabe o no responde. Aunque el aumento desde la línea de base es sólo de 10 puntos porcentuales, se trata de valoraciones positivas de las usuarias que evidencian un mejoramiento de la atención.

Con respecto a las tasas de utilización de servicios obstétricos podemos afirmar que en los hospitales de intervención se observa un claro incremento en el número de partos atendidos en relación a los hospitales de control. Esto es más evidente en hospitales como Cañar y Saquisilí donde se registran incrementos muy significativos (221% y 195%, respectivamente) en el número de partos atendidos entre enero de 2007 y julio de 2008.



9. Conclusiones

La propuesta metodológica fue acertada en la medida en que permitió el diálogo y acercamiento de diferentes actores que nunca antes se habían encontrado en una condición de respeto mutuo e igualdad. Las usuarias, parteras, y líderes comunitarios que participaron en el proceso manifestaron libremente sus opiniones y expectativas culturales en la atención del parto. Además, el enfoque metodológico de HACAP sí logró mejoras en la atención obstétrica en los establecimientos de intervención, mediante la implementación de cambios específicos encaminados a la adecuación de los servicios de acuerdo a las necesidades culturales de las usuarias.

Muchas veces las intervenciones HACAP implican cambios en la cosmovisión y actitudes personales de los proveedores de salud, pero la metodología no contempla actividades permanentes de sensibilización para vencer las resistencias al cambio que la adecuación cultural genera. En ocasiones el proceso HACAP puso en evidencia las visiones etnocéntricas y hegemónicas generadas desde el sistema biomédico y su supuesta 'superioridad' sobre otros sistemas y concepciones de salud, lo cual probablemente explica por qué algunos ciclos planteados privilegiaron cambios que no cuestionan de manera intrínseca los preceptos y fundamentos de la práctica biomédica, ni su ejercicio.

Así por ejemplo, las resistencias ante la capacitación mutua entre parteras y personal de salud destacaron la necesidad de recopilar y distribuir entre los equipos de salud materiales de capacitación sobre aspectos de salud intercultural; derechos de los pacientes; evidencia científica sobre las ventajas del parto vertical; sobre la importancia del principio humoral desde el punto de vista de la medicina ancestral; sobre la importancia de las infusiones de hierbas medicinales; así como sobre los hábitos alimentarios de las usuarias, ya que la alimentación de la parturienta también se rige por principios y valoraciones culturales.

Es más probable lograr que se adecuen ciertos aspectos operativos de la atención como el abrigo, la alimentación, etc., que no demandan transformaciones en términos actitudinales. Sin embargo, la manera de pensar y actuar del personal de salud hacia los pacientes indígenas y no indígenas, el trato que se les brinda, y todo lo que involucre un cambio de esquemas y paradigmas de tipo individual, generará resistencias y dificultará el cambio.

Varios ciclos de cambio generaron mejoras claras y significativas en la satisfacción, aunque en la ejecución se hayan dado dificultades. Sin embargo, en el caso de intervenciones como el mejoramiento del trato interpersonal, no



es fácil mostrar resultados a través de mediciones cuantitativas, pues con éstas no se pueden captar los significados subjetivos que las usuarias adjudican al buen o mal trato que reciben de parte de los proveedores.

En este sentido, las encuestas no resultaron ser el instrumento más adecuado para medir los niveles de satisfacción de las usuarias. Seguramente una técnica de tipo cualitativo como la entrevista semi estructurada hubiera sido más adecuada, ya que las personas tienden a hablar con más confianza y con mayor soltura en una entrevista. Sin embargo, esta técnica no fue posible aplicarla por los costos que implica y el tiempo que requiere.

En cuanto a los resultados estadísticos podemos señalar que existe un claro incremento en los porcentajes de mujeres que tienen intención de regresar al hospital para la atención de sus futuros partos, y los resultados de satisfacción sí muestran mejoras importantes, aunque como hemos visto, estas no tienen un proceso uniforme, pues varían de acuerdo a las condiciones al interior de los hospitales y a las actividades propuestas por cada equipo.

En cuanto al número de partos atendidos en el conjunto de hospitales de intervención podemos señalar que se incrementa considerablemente entre enero de 2007 y julio de 2008. Sin embargo, es probable que el impacto de la adecuación cultural de los servicios y las consecuentes mejoras en la atención obstétrica de los hospitales no sea percibida de manera inmediata por la población usuaria de los servicios, por lo que hospitales como Alausí y Chillanes no evidencian incrementos significativos en el número de partos atendidos a lo largo de la intervención. También es posible que en estos hospitales algunas intervenciones realizadas no hayan sido lo suficientemente profundas e institucionalizadas como para brindar mayor confianza a la población en general y así poder captar a aquellas mujeres que no dan a luz en los establecimientos del MSP.

El tema de trato interpersonal requiere un trabajo específico, pues es un tema que no solamente tiene relación con la adecuación cultural de la atención, ya que las relaciones interpersonales se refieren a la satisfacción de las usuarias de una manera más amplia.

La experiencia de HACAP nos permitió aprender que las mejoras al trato requieren mayor tiempo para obtener resultados, puesto que demandan cambios de actitud del personal en base a un trabajo sostenido. La exigibilidad y cumplimiento de los derechos en salud de las usuarias es una estrategia que puede ayudar a obtener cambios más rápidos que la de cambios de actitudes que son procesos más largos, lo más probable es que el conflicto sea el clima de convivencia, que perdure, por lo que se necesita contar con herramientas institucionizadas que permitan acuerdos.



Notas

- 1 Referencia en internet: http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/informe/calidad/cal1.htm.
- 2 Según datos recogidos por QAP durante el 2004-2005 en entrevistas semi estructuradas a mujeres usuarias y no usuarias de los servicios de salud en zonas urbanas y rurales de las provincias de: Esmeraldas, Cotopaxi, Pichicha, Tungurahua y Bolívar.
- 3 Por ejemplo, algunas informantes manifestaron que varios internos realizaron exámenes vaginales con ellas, uno tras otro, básicamente utilizándolas como objeto de entrenamiento.
- 4 Comité de usuarias de la LMGYAI de la zona Norte de Quito. “Veeduría del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora”, 2007.
- 5 Una referencia detallada de la metodología aplicada en esta intervención se puede encontrar en el *Manual para la humanización y adecuación cultural de la atención del parto (HACAP)*. Publicado por la Dirección Provincial de Salud de Tungurahua, Family Care International y el Proyecto de Garantía de Calidad, QAP. Quito, Ecuador, 2007. Disponible en: <http://www.qaproject.org/pubs/PDFs/HACAPmanual.web.pdf>.
- 6 Se llaman ciclos rápidos porque se trata de probar intervenciones en un lapso corto de tiempo (de dos a tres semanas) donde se realizan actividades puntuales para realizar los cambios planteados. Una información más detallada sobre la metodología de ciclos rápidos para mejorar la calidad en salud se puede encontrar en: “Proyecto de Mejoramiento de Atención de Salud de USAID”. 2008. El Colaborativo de Mejoramiento: Un Enfoque para Mejorar Rápidamente la Atención de Salud y Expandir Servicios de Calidad. Publicado por el Proyecto de Mejoramiento de Atención de Salud de USAID. Bethesda, MD: University Research Co., LLC (URC).

Referencias bibliográficas

- AGUIRRE VIDAL Gladys y Letty Viteri Gualinga
1998 *Política Intercultural en Salud y Derechos Sexuales*. Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador. Quito.
- ARNOLD, Denise y Juan de Dios Yapita
1992 Las wawas del Inka: Hacia la salud materna intercultural en algunas comunidades andinas. Informes de Investigación, N° 2, ILCA, La Paz-Bolivia.
- BUITRÓN, Myriam
2002 *La Sabiduría y arte de las parteras. Wachachik mamakunapak sumak yachaycuna*. Venecia. Circolo culturale Menocchio.
- Comité de usuarias de la LMGYAI de la zona Norte de Quito
2007 “Veeduría del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora”.



FOSTER, George M.

1987 "On the Origin of Humoral Medicine in Latin America", *Medical Anthropology Quarterly, New Series*, Vol.1, N° 4 Dec., 1987.

GONZÁLEZ GUZMÁN, Daniel

2007 *Manual para la humanización y adecuación cultural de la atención del parto* (HACAP). Publicado por la Dirección Provincial de Salud de Tungurahua, Family Care International y el Proyecto de Garantía de Calidad, QAP. Quito, Ecuador.

HERMIDA, J., M. E. Robalino, L. Vaca, P. Ayabaca, P. Romero, y L. Vieira

2005 Expansión e Institucionalización de la Mejora Continua de la Calidad en la Ley de Maternidad Gratuita en el Ecuador. Informe LACRSS No. 65. Publicado para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) por el Proyecto de Garantía de Calidad.

JUNGE, Patricia

2001 "Nuevos Paradigmas en la Antropología Médica", ponencia: IV Congreso Chileno de Antropología, Noviembre 2001, Universidad de Chile, en: http://www.minkowska.com/article.php3?id_article=1222.

MASSOUD, R., K. Askov, J. Reinke, L. M. Franco, T. Bornstein, E. Knebel y C. MacAulay

2002 Un paradigma moderno para mejorar la calidad de la atención de salud. Serie de monografías de garantía de calidad (1): Bethesda, MD: Publicado para la Agencia para el Desarrollo Internacional de EE.UU. (USAID) por el Proyecto de Garantía de Calidad.

ORDOÑEZ J., P. Stupp, D. Monteith, *et. al.*

2005 ENDEMAIN 2004 (Encuesta demográfica y de salud materna e infantil): Informe Final. Quito: CEPAR.

SANTANDREU, Pronsato

2000 Tecnologías Apropriadas vs. Rutinas Acríticas. Ed. Eudecor, Noviembre.

TENESACA, Elvira

1990 Hábitos, creencias y costumbres de la comadrona indígena de Zumbahua en la atención del embarazo, parto, puerperio y recién nacido, Quito, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Tesis de Grado, Facultad de Enfermería.

SERENA, Nanda

1994 *Antropología Cultural. Adaptaciones Socioculturales*. Quito: Abya-Yala.



STEVEN A., Harvey, Genny Fuentes Ayala and Paula Hermida Bermeo
2005 *El parto no es película: Reframing authoritative knowledge about childbirth in Ecuador*. Draft for 104th Annual Meeting of the American Anthropological Association. November 30–December 4.



Participación de los gobiernos locales en la reducción de las muertes maternas

Caso Otavalo

Myriam Conejo¹



La muerte materna es un grave problema social que genera una pérdida de productividad económica y disminución de los ingresos familiares. Los niños están más expuestos al abandono, al maltrato, a la inestabilidad familiar, y a la necesidad de desertar de las escuelas e insertarse a la vida laboral de forma precoz.

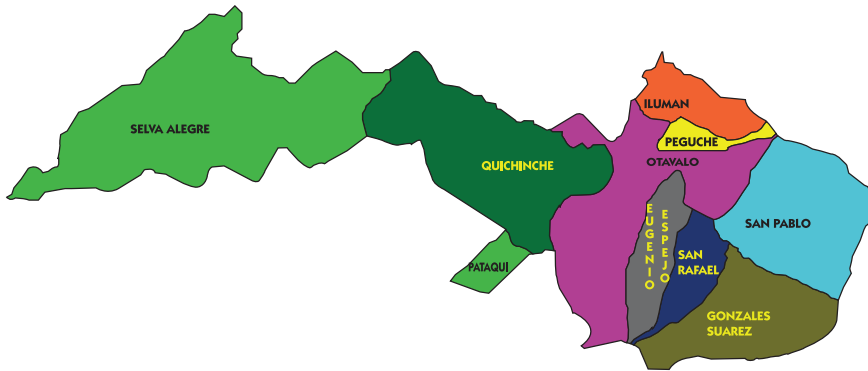
Las causas de muerte materna además de ser médicas, son sociales debido al desconocimiento en la identificación de los riesgos obstétricos por la comunidad, el temor y la desconfianza en los servicios de salud por la discriminación racial, o por el desencuentro cultural e idiomático si que siendo una barrera que no permite el acercamiento y uso de sus derechos; pero también obedece a factores socioeconómicos y políticos como la pobreza, la falta de educación escolar, la falta de autonomía de la mujer, la accesibilidad a los servicios por dificultades geográficas (vialidad).

En ese sentido la reducción de muerte materna será posible solamente, mejorando la calidad de servicios de salud, y adecuándolos culturalmente, pero además abordando este tema de forma integral, eso quiere decir, que además de que los servicios de salud respondan a la calidad esperada por el usuario diverso, se debe abordar, un trabajo coordinado con los diversos actores (mujeres, jóvenes, comunidad y líderes comunitarios, etc.), y con las diferentes instituciones como los bomberos, la policía, las juntas parroquiales, el Gobierno Local.

“El cantón Otavalo se encuentra a 90 Km. De Quito, cuenta con una población de 106.373¹ habitantes según proyecciones de la población en base al Censo 2001. La ciudad de Otavalo alcanza a 52.084 habitantes, de los cuales el 52% es indígena y el 48% mestiza. El cantón Otavalo está compuesto por 9 parroquias rurales: Peguche, Calpaquí, Gonzáles Suárez, Pataquí, Quichinche, Ilumán, San



Pablo, San Rafael, Selva Alegre. La población se organiza en alrededor de 157 comunas Kichwa-Otavalo”²



El cantón Otavalo cuenta desde el 10 de agosto del 2.000, con Mario Conejo Maldonado, como alcalde de Otavalo quien se planteo los siguientes ejes y estrategias de acción administrativa:

- Iniciar proceso intercultural.
- Transparentar la administración.
- Elaboración participativa de el PLAN DE VIDA.
- Consolidar la participación de la mujer en la toma de decisiones.
- Implementar el Área de Participación Ciudadana.
- Declaración de Municipio Participativo.
- Democratizar la contratación pública.
- Aprobación de la ordenanza 60.

Para esta administración, “hay desarrollo si existe bienestar del ser humano y responsabilidad social”

Desde esta lógica los objetivos para esta administración son:

- Recuperar la confianza de la sociedad civil en las instituciones públicas seccionales autónomas como es el Municipio.
- Actuar con transparencia en todos los actos públicos.

- Implementar mecanismos de control por parte de los propios ciudadanos.
- Fortalecer la organización y participación ciudadana.

Misión

Mejorar la calidad de vida de los habitantes del cantón Otavalo, a través de la identificación conjunta, el Gobierno Municipal y la población, las necesidades colectivas prioritarias, generales y particulares, así como el diseño y ejecución de planes integrales de desarrollo humano.

En relación a la salud el Gobierno Municipal de Otavalo ha priorizado las siguientes acciones en salud

- Incrementar la cobertura de servicios básicos.
- Dotar de agua potable con control de calidad diario.
- Recolección diferenciada de la basura.
- Manejo de los desechos en relleno sanitario técnico.
- Mejoramiento de la estructura vial en las comunidades.
- Brigadas médicas con enfoque intercultural y de género, gratuitas.
- Programa de prevención del consumo de drogas.
- Programa de prevención de VIH.
- Programa de prevención de embarazos en adolescentes.
- Cumplimiento de la Ley de maternidad Gratuita.

Ley de maternidad gratuita y atención a la infancia

Dada la importancia de esta Ley y en cumplimiento a la misma se ha promovido el fortalecimiento del Comité Cantonal de Gestión de Fondos Solidarios de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, que viene funcionando desde 2004 y esta integrado por:

- Alcalde o su Delegado, Presidente
- Director del Área de Salud, Secretario Ejecutivo
- Representante de la sociedad civil, Presidente de la Federación de Barrios
- Representante de las organizaciones indígenas, 1 delegado/a de la Federación Indígena y Campesina de Imbabura.
- Representante de las Mujeres, delegada del Consejo de Mujeres



A continuación se darán a conocer las acciones ejecutadas más relevantes:

- a) Fortalecimiento del Comité Cantonal de Gestión de Fondos Solidarios de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.
- b) Promoción y Difusión.
- c) Prevención del VIH SIDA.
- d) Capacitación a las Parteras Tradicionales.
- e) Proyecto de Supervivencia Materna.
- f) Transporte de Emergencias Obstétricas (Red de comunicación).
- g) Apoyo en la implementación del Enfoque Intercultural de Salud, Parto Culturalmente Adecuado, mediante la coordinación interinstitucional encabezada por el Hospital San Luís de Otavalo.

a) Fortalecimiento del Comité Cantonal de Gestión de Fondos Solidarios de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia

Se contrato una enfermera para que maneje y promueva la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia por el Municipio, y que se encargue de la coordinación con las instituciones.

b) Promoción y difusión

- Reuniones del Comité de Gestión Ordinarias, y varias actividades de socialización de diferentes programas y proyectos que contempla el cumplimiento de la Ley.
- Elaboración de un video de 13' y un spot promocional de 40" con un enfoque intercultural.
- Reuniones permanentes de capacitación a la población, en coordinación con presidentes de las comunidades, sub centros de salud y presidentes de las juntas parroquiales con el objetivo de dar a conocer la ley, y promover la defensa y apropiación de la Ley, como resultado, el 60% de la población conoce La ley.
- Apoyo a la representante de las mujeres en la conformación de los Comités de Usuarias en las Parroquias.
- Visitas semanales al Área de Emergencia y Ginecología del HSLO, para dar seguimiento y verificar la gratuidad y calidad de los servicios obsté-



tricos y pediátricos, y visitas mensuales a las Unidades Operativas para monitorear los avances.

- Apoyo logístico para la entrega de insumos y medicamentos a las diferentes unidades de salud del Cantón cada segundo miércoles de cada mes.
- Apoyo en la entrega de materiales de promoción, y participación en las campañas de vacunación realizadas por el Área de Salud N° 4.
- Llevar las muestras de Papanicolau mensualmente a SOLCA Quito y traer los resultados de los mismos.

c) Prevención del VIH SIDA

La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, contempla la prevención del VIH SIDA y de manera especial la realización de los exámenes necesarios para prevención de la transmisión vertical de esta enfermedad, es decir de madre a hija/o en gestación, razón por la cual se cumplió con actividades para realizar la prueba de tamizaje a nivel cantonal, el resultado fue llegar a ser el cantón con mayor número de mujeres embarazadas que se realizaron las pruebas en la provincia de Imbabura.

- Coordinación de acciones con la Aldea “María de los Ángeles”, regentada por la Fundación “JUVILUS”, que brinda albergue a la niñez y adolescencia infectados de esta enfermedad, y que han sido abandonados o huérfanos víctimas por ser víctimas de este mal.
- Apoyo logístico en la construcción del Centro Médico que servirá en la atención de la población de las cuatro parroquias cercanas al lago San Pablo.
- Alianza estratégica para la promoción y prevención, y la consejería para evitar esta enfermedad.
- Creación de un Centro de Primera Acogida a personas víctimas de maltrato, apoyo a adolescentes.

d) Capacitación a las Parteras Tradicionales

Considerando que el rescate y revalorización de la medicina ancestral es fundamental para los pueblos indígenas, y que las parteras tienen un vínculo importante con las mujeres en el proceso del embarazo, parto y posparto, se apoyo al Hospital San luis de Otavalo en el proceso de capacitación, capacita-



ción enfocada en el reconocimiento de emergencias obstétricas y pediátricas desde el 2005 hasta la fecha.

- Alfabetización a 26 parteras en coordinación con el Centro de Formación Artesanal Marianita de Jesús, se entregó los materiales necesarios para este proyecto.
- Evaluación de conocimientos a parteras en el mes de diciembre

e) Proyecto de Supervivencia Materna

Desde el año 2005 hasta marzo de 2007, en coordinación con el Hospital San Luís de Otavalo-Área 4, y con el apoyo de CARE Ecuador, se cumplió el proyecto de Supervivencia Materna, con el objetivo de promover una maternidad saludable y disminuir las muertes maternas en el cantón, las actividades principales que se realizaron fueron las siguientes.

- Capacitación al personal de salud en riesgos obstétricos, plan de parto, plan de emergencias obstetricas, capacitación a los líderes y las comunidades del cantón.
- La actividad fundamental del proyecto fue la visita domiciliaria a mujeres embarazadas y la identificación y reconocimiento de los signos de peligro y elaboración conjunta del plan de parto.
- El logro significativo de este proyecto fue que a partir de 2005 no se registro muerte materna en Otavalo.

f) Transporte de Emergencias Obstétricas

El Art. 3 de la LMGYAI, contempla que “A cada Municipio le corresponde, de conformidad con lo dispuesto en la Ley, la implementación dentro de su jurisdicción y con sus recursos, los mecanismos para el transporte oportuno de emergencia obstétrica, neonatales y pediátricas a centros de mayor complejidad de atención, fortaleciendo el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes”.

- Esta actividad se desarrolla en coordinación directa con las unidades operativas locales de salud y la ciudadanía.
- El Gobierno Municipal de Otavalo, realiza el pago de las emergencias en coordinación tanto con la Policía Nacional, Cuerpo de Bomberos local y



Hospital San Luís. En los casos necesarios el GMO ha facilitado vehículos para cubrir emergencia.

- En el proyecto de Supervivencia Materna, el GMO co-financió la compra e implementación de 22 radios de comunicación con la finalidad de que estas posibiliten la comunicación directa con el Hospital San Luís, Gobierno Municipal, Bomberos para el traslado de emergencias. Están ubicadas de la siguiente manera:
 - 1 en la ambulancia.
 - 1 emergencia del HSLO.
 - 1 en la Coordinación del Hospital.
 - 1 en el Municipio.
 - 5 casas elegidas por los comuneros de las 5 comunidades del proyecto
 - 13 Unidades Operativas del Cantón.

Se implemento en 5 casas de comuneros a fin de facilitar la comunicación de las mujeres y la familia fines de semana, o en la noche, horarios en la que no funcionan las Unidades Operativas

g) Co-participación de la Implementación del Proyecto "Hacia la Construcción de un Modelo de Salud Reproductiva con Enfoque Intercultural en el Hospital San Luís de Otavalo" con el apoyo técnico y financiero del UNFPA

En el Plan de Vida Cantonal se define como principio relevante la solidaridad, el respeto a las diferencias, la equidad, la interculturalidad y justicia. Tomando en cuenta la diversidad étnica del cantón Otavalo, (kichwa Otavalo, kichwa Kayampi y mestizos), se incorpora en todo los campos del desarrollo el enfoque intercultural, Bajo este antecedente y en base a las acciones de coordinación inter institucional se han apoyado las siguientes actividades:

- Participación en la aplicación de encuestas financiada por el UNFPA y ejecutadas por el CEPAR, donde se visibilizo las necesidades en relación a la atención del embarazo, parto y posparto desde las mujeres.
- Elaboración del estudio para la adecuación del Área física del servicio del parto culturalmente adecuado.
- Reconocimiento económico a las 13 parteras que cumplen turnos en el servicio de parto culturalmente adecuado, a través de una bonificación.
- Participación activa en la Red Comunitaria de intervención para la reducción de muerte materna.



Entre otras actividades claves para el desarrollo humano impulsadas por el Gobierno Municipal de Otavalo esta, el mejoramiento de la vialidad mediante el adoquinado, o el empedrado incluido la dotación de alcantarillado y agua potable, mejorando así las condiciones para las mujeres y la comunidad, y acortado distancias y costos de transporte.

Esta descripción de actividades puede dar cuenta de la importancia de la participación de los Gobiernos Municipales en la lucha por reducir las muertes maternas. En 2004 murieron 5 mujeres por presentar hemorragia, cefalea, etc., las cinco mujeres fueron indígenas, tres de ellas con más de 5 hijos, dos no tomaron la decisión a tiempo para salir a buscar ayuda, dos de ellas no contaron con transporte para salir de sus comunidades, y una murió a causa de violencia intrafamiliar.

Estas múltiples causas hacen pensar en la necesidad de un abordaje, integral, intersectorial, interinstitucional, como dijimos no solo médico, sino incluyendo las áreas de género, interculturalidad con enfoque de derechos,, educación formal, capacitación e información en riesgos obstétricos, elaboración conjunta de los planes de parto, de emergencia. De igual forma obedece además a la necesidad de mejorar las condiciones de vida de las mujeres y de las comunidades.

Para lograr la reducción materna solo será posible si se logra un trabajo coordinado, interinstitucional, intersectoria y con la participación de la/os diferentes actores sociales, instituciones y autoridades locales, particularmente de los Gobiernos Municipales, pero con gran voluntad política.

*ESTAMOS CONSTRUYENDO UN OTAVALO
MÁS GRANDE, MÁS UNIDO Y SOLIDARIO*

Somos un pueblo digno, que camina seguro de sus capacidades.

Somos un pueblo orgulloso de ir superando complejos; respetado las diferencias que confluyen en una viva interculturalidad.

Somos un pueblo que ama y que trabaja por nuestra única bandera...

Katun Pakari, Tauka Sumak Kausaykunapa Ecuador Mama Llactapa Kiti Mario Conejo.



Notas

- * Ponencia elaborada en base al informe de la Lic. Elena Larrea, Ex Jefa de la Dirección de Desarrollo Social del Gobierno Municipal de Otavalo.
- 1 Proyección de la población por provincias. Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2008
- 2 Sistematización Hacia la Construcción de un Modelo de Salud Intercultural-Hospital San Luís de Otavalo.



Caminando hacia el 'Buen Vivir'

Jeannine Crespo



Las nacionalidades indígenas, los pueblos afroecuatorianos junto a otras minorías, constituyen una organización política nacional, estructurada con una clara ideología, basada en su propia filosofía y accionar histórico-cultural, que a pesar de la diversa problemática como la marginación, discriminación, opresión y exclusión, aún mantienen viva la cultura milenaria de su sabiduría ancestral.

En este escenario, es importante fortalecer los saberes ancestrales, buscar espacios de convivencia intercultural, de coordinación, de cooperación y de complementariedad entre los distintos sistemas de salud vigentes en nuestro país.

Es así, que de acuerdo con sus necesidades y con el liderazgo de la organización indígena local (OCKIL: Organización de Comunidades Kichwas de Loreto), se desarrollan proyectos que fortalecen el sistema de la medicina tradicional kichwa de la amazonía y promueven la interacción con el sistema occidental de salud en el cantón Loreto, lo que a su vez favorece el trabajo en forma interrelacionada con un enfoque intercultural.

Estas iniciativas integradas, apoyan al desarrollo del Sistema Nacional de Salud con la aplicación del nuevo modelo de atención integral en salud familiar, comunitaria e intercultural, que se basan en la cosmovisión del concepto de salud en la población indígena kichwa, denominada en su propio idioma como Sumak Kawsay o *Ally Kawsay*, entendida como el “Buen vivir”, que no es otra cosa, que el vivir armónico con nosotros mismos, con nuestras familias, con los otros seres humanos, con la naturaleza (*Pacha Mama*) y su espiritualidad.

Red de parteras

Una de las más ricas experiencias, vividas con parteras tradicionales, se da en el cantón Loreto (provincia de Orellana) con población mayoritariamente



indígena kichwa, donde casi siempre y en consonancia con su realidad cultural, los partos de las mujeres de la comunidad, son atendidos en el calor de sus hogares, con una partera tradicional y con el acompañamiento de sus familiares; lo que ha derivado en una baja cobertura de atención de parto institucional, consecuencia también, de la falta de recursos económicos, la distancia geográfica, la poca confianza que brindan los servicios y el personal de salud de la localidad, junto al trato inadecuado que reciben en las unidades operativas.

Estas circunstancias, motivaron a que se desarrollara un proceso de capacitación a las parteras de la zona, hace ya alrededor de 15 años.

Las actividades se complementan con visitas de seguimiento en sus comunidades y la entrega de equipo básico para la atención del parto; ya que el objetivo primordial de este trabajo, se enfoca en la continuidad de la atención del parto domiciliario y a que el acceso a los servicios de salud, sea proporcionado en casos relevantes; tales como la presencia de complicaciones obstétricas, en las cuales las parteras son quienes identifican, refieren y acompañan a la paciente a las unidades de salud.

Con ese propósito, se construyó la Casa Intercultural del Parto un espacio cultural y físicamente adecuado a la realidad local, para la atención de los casos referidos por las parteras y también, desde luego, para cubrir la demanda espontánea de la atención de partos en el cantón.

Casa Intercultural del Parto

Propone una nueva alternativa de atención integral y tradicional del parto, donde, por medio de la socialización, comunicación e interrelación con las comunidades indígenas, se incrementa el desarrollo de la promoción y prevención, especialmente en lo que atañe a la salud sexual y reproductiva, como un aporte significativo en mejora de la calidad de vida.

Plantea la combinación de métodos, habilidades, destrezas y conocimientos del personal formal de salud, junto a los agentes tradicionales comunitarios, quienes ya capacitados y calificados, han mejorado su calidad de atención en sus comunidades.

También, formula establecer un sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes y usuarias de la unidad de salud, al agente tradicional y viceversa; pues esto acercará más el objetivo de fortalecer un sistema de salud integral, familiar e intercultural.



Objetivos

- Garantizar el acceso de la población del cantón Loreto a sus servicios de salud en condiciones de calidez y calidad en la atención peri natal.
- Proporcionar a los trabajadores de la salud (profesionales y agentes tradicionales) las normas técnicas, operacionales y los instrumentos básicos para una atención integral de la salud sexual y reproductiva con un enfoque familiar e intercultural.
- Fomentar la atención del parto vertical o en sus diferentes modalidades, dando siempre preferencia a la comodidad y satisfacción de las pacientes y usuarias.
- Incorporar al servicio de salud a las parteras tradicionales junto a la prestación de sus servicios (uso de la medicina tradicional), para permitir el desarrollo de la interculturalidad, entendida como la interrelación de la medicina ancestral y convencional.

Además se cuenta con un huerto de plantas medicinales que permite el uso inmediato e *in situ*, con la parturienta y de acuerdo a los requerimientos de la partera tradicional, tal cual lo realizan en las comunidades.

Gracias al apoyo de varias instituciones tanto gubernamentales como ONG se ha logrado este trabajo multidisciplinario, como una experiencia innovadora en el país, rigiéndose siempre por los parámetros y lineamientos de la rectoría del Ministerio de Salud Pública y organizado y coordinado en la localidad por el Área de Salud No. 3 Loreto, que ya cuenta con una basta experiencia en trabajo comunitario e intercultural, estructurado en una Red de Salud local y un Consejo Cantonal de Salud consolidados.



IV
EMBARAZO ADOLESCENTE
EN PUEBLOS INDÍGENAS



Cultura y sexualidad en adolescentes y jóvenes kichwa otavalos

Ariruma Kowii¹



La enfermedad o colonización del cuerpo

Los procesos históricos, económicos, sociales de los pueblos están íntimamente ligados a la historia de la sensibilidad del cuerpo de las personas, en el caso de los pueblos indígenas el sistema colonial, republicano, los regimenes dictatoriales y democráticos institucionalizaron normas, políticas, mecanismos de represión, formas de gestión que se encargaron de explotar, reprimir el cuerpo, la psicología, la conciencia de la población, mecanismos que en muchos casos lograron intervenir, posesionarse, transformar, afectar el ser, la razón de ser de la población kichwa, formas que sin embargo obtuvieron resistencia a través de códigos, símbolos, matrices culturales, la espiritualidad de las comunidades afectadas.

La institucionalización del sistema dominante implementada a través del miedo, la obediencia, la vergüenza, a través de la Iglesia, el ejército, los centros educativos, la sociedad, afectaron los ciclos de vida de las comunidades en diferentes niveles, por ejemplo su entorno, su conciencia y de hecho su integridad física, en todos estos casos la afectación se caracteriza por la despersonalización, la pérdida de identidad, de la memoria y el constreñimiento del cuerpo, esto a su vez en el caso que nos ocupa, afectó el desarrollo normal de la niñez, la juventud y de los adultos, estas formas de sometimiento por muchos siglos obligó a varias generaciones a que su sexualidad en su desarrollo y en sus formas sufran alteraciones y se exprese de forma restringida y con temor, en condiciones complejas de su cotidianidad.

En un sistema dominante el entorno en sí mismo expresa violencia por lo tanto el entorno marca restricciones, por ejemplo en el uso de los espacios públicos como los parques, en las décadas de los años sesenta, setenta en la ciu-



dad de Otavalo, difícilmente admitían que una pareja de kichwas ocupen estos espacios para un momento de descanso peor aun para un momento sentimental; a nivel psíquico o de la conciencia de las personas los dogmas religiosos así como la idiosincrasia de la población regida por una ideología racista, conservadora determinó que las actitudes así como las expresiones estén dotadas de dispositivos que ofendían, herían la dignidad de las personas, haciéndoles sentir el peso del sistema dominante y la situación de sometimiento en que se encontraba la población indígena; a nivel físico la explotación, la mala alimentación y los procesos inducidos de alcoholización contribuyeron en el debilitamiento físico de los miembros de las comunidades indígenas.

Este ambiente hostil puso en alerta a las comunidades generando sentimientos de inseguridad, desconfianza, temor hacia el sistema, situación que influyó en las relaciones internas de la familia kichwa, como por ejemplo la restricción de circular por los espacios urbanos, rurales, el acceso a la educación, a la participación inclusive de las fiestas comunitarias como los matrimonios o los cargo *pasay*², es decir a las fiestas tradicionales de la comunidad, a pesar de que en estas tradiciones de la comunidad, la participación de la mujer es determinante, en esta época la vigencia de códigos culturales si bien están presentes se mantienen aún silenciados.

Breve referencia a la historia de la sexualidad de los kichwa otavaleños

La comunidad de Peguche es una de las comunidades kichwas que permite la identificación de un proceso de resistencia, confrontación e interpelación permanente al sistema. La comunidad es la cabecera de la parroquia denominada Miguel Egas Cabezas del cantón Otavalo, se encuentra a 2,5 km de la ciudad de Otavalo.

Su población tiene como actividades económicas la agricultura, la artesanía, el comercio, el arte, es una de las pocas comunidades que en un buen porcentaje logra mantener el control de la producción y la comercialización, lo que le ha permitido mejorar sus condiciones de vida. Es una comunidad que ha logrado mantener la tradición *mindala*, es decir la costumbre de ser un pueblo especializado en el comercio, estas particularidades ayudaron a que en la colonia y en la república tengan algunos beneficios, pero tampoco pudo salvarse de la violencia y las consecuencias del sistema opresor y excluyente.

La situación de los jóvenes de esta comunidad para las generaciones nacidas en la década de 1940 se desarrollaron en las circunstancias que hemos



referido anteriormente, al respecto Matilde Ruiz³, oriunda de esta localidad, manifiesta que en sus primeros años la comunidad no contaba con la escuela y que por esa razón tuvo que estudiar en la Escuela La Inmaculada de Otavalo y que luego, cuando en la comunidad de Peguche empezó a funcionar la escuela⁴, tuvo que estudiar en la comunidad sin lograr concluir los estudios de primaria.

En esta época, la presencia de la mujer en los centros educativos era restringida debido a que los padres de familia consideraban que no era necesario que las mujeres aprendan a estudiar y que si estudiaban aprenderían a ser *cari shinas*⁵, es decir, a ser como los varones. De los pocos casos de mujeres que estudiaron en esta época excepcionalmente podemos encontrar una o dos mujeres que concluyeron sus estudios, la preocupación principal de los padres de familia era que la mujer debe aprender todas las labores productivas que le servirían en el futuro, como el hilado, el cardado, el tejido, etcétera, así mismo los padres de familia se preocuparon de enseñarles los códigos culturales las costumbres, los valores referentes a la tradición de la comunidad, así como al conocimiento de la gastronomía kichwa.

Para las mujeres de las generaciones de los años cuarenta, cincuenta y en menor proporción las del sesenta su derecho a realizarse como mujeres estuvo restringido y controlado por la voluntad de los padres de familia, fundamentalmente del padre quien tomaba la decisión del momento y la persona con quien debían contraer matrimonio sus hijos, mediante matrimonios arreglados que además debían realizarse por lo general con jóvenes de la propia comunidad o en su defecto con los jóvenes de la comunidad o comunidades consideradas como sus pares, es decir que tenían los mismos niveles de prestigio.

Las generaciones de esta época en la mayoría de los casos no tuvieron la oportunidad de construir relaciones de amistad con otros jóvenes de la misma comunidad, peor aun de las comunidades cercanas, los únicos espacios públicos constituían acontecimientos como la celebración del *inti raymi*, *pawkar raymi* o el *kapak raymi*, la fiesta del sol, las madrugadas cuando los jóvenes salían en época de capturar catzos, callambas, en los meses de septiembre y octubre o en la época de finados, día de los muertos en el mes de noviembre o los domingos por la celebración de la misa.

Cabe anotar que las mujeres de estas generaciones que se desarrollaron en esta realidad tuvieron como promedio de hijos, de ocho a seis, por lo tanto, sus acciones se restringieron a las labores del hogar, así como a ayudar en la economía de la familia.



Referentes culturales que marcaban la sexualidad de los jóvenes kichwa otavaleños

A pesar de las circunstancias de opresión, las comunidades del cantón Otavalo han logrado mantener referentes culturales importantes como los siguientes: en el caso de las mujeres la celebración de las *pendoneras* que se celebraba el mes de febrero en la comunidad de Agato, simbólicamente quienes portaban los pendones eran las mujeres que iniciaban la menstruación, simbolizando con ello su transición a la adolescencia, esta tradición en los últimos años se ha fundido en la celebración del *Pawkar Raymi* en donde se mantiene muchos elementos simbólicos que representan el florecimiento de nuevas etapas.

En el caso de los varones el ritual del *accha kuchy*, la rotura del cabello que se realizaba con ocasión de la fiesta del *Kapak Raymi* el mes de diciembre, simbolizaba su transición a la adolescencia.

A esto se suma los roles que la comunidad, los padres de familia consideraban propios de cada género, dependido en este caso de la labor productiva que realice cada persona, es decir, podían ser de carácter agrario, artesanal o en su defecto comercial, el tema artístico se visibilizará con mayor énfasis a partir de fines de la década de 1970 y fundamentalmente desde la década de 1980 en adelante.

En este caso, el arte, la música y la danza cumplen un papel determinante en los procesos de liberación del cuerpo, la participación de la mujer es más notoria y la acción de bailar, de hacer música, contribuirá a que los jóvenes logren paulatinamente la liberación del cuerpo y de su sensualidad.

En este proceso de liberación del cuerpo se suma también el deporte como el campeonato de baloncesto que el grupo *Shuyay* organizaba en la comunidad de Peguche, en esta experiencia Roberto Conejo⁶, uno de los promotores de este campeonato, manifiesta: “en el primer campeonato contamos con la participación de las mujeres, jugaban con su indumentaria, con el traje otavaleño, no aceptaban jugar en short, tenían vergüenza, en los campeonatos posteriores poco a poco se animaron a jugar en short y en la actualidad se les puede ver que los temores a ser vistas ha desaparecido, más bien se preocupan de que sus uniformes de juego permitan mostrar los atributos de sus cuerpos”.

A fines de 1970 y en los posteriores años, la presencia de grupos culturales en el cantón, y de manera particular en la comunidad de Peguche, es muy importante, grupos de música, danza, teatro, clubes culturales promueven la valoración de la cultura, el arte kichwa, este fenómeno ha contribuido para que



en la actualidad la autoestima de los jóvenes fortalece el orgullo de pertenecer o ser un kichwa otavaleño. Fruto de este fenómeno es ver como las mujeres han valorado su indumentaria lo que ha motivado a que tanto en las mismas comunidades y sobretodo en la ciudad de Otavalo se abran almacenes especializados en la venta de la ropa otavaleña y que sobretodo por iniciativa de las mismas mujeres se innove permanentemente su indumentaria, como en el caso de las blusas, buscando siempre cortes, diseños que permitan exponer la sensualidad de sus cuerpos y cuidando siempre la identidad de las mismas.

La indumentaria de los kichwa otavaleños conserva mucha riqueza simbólica, éstos eran más notorios en los años setenta y ochenta, es decir a través de la indumentaria las personas podían identificar la pertenencia, la procedencia o en su defecto a través de las distintas formas de uso de las prendas que hacen que mediante la indumentaria otavaleña se pueda saber el estado anímico de las mismas. En el caso que nos ocupa, por ejemplo, el uso de la fachalina sobre el hombro, según el estudio realizado por el grupo cultural *Runakay* de la comunidad de Peguche manifiestan: "...la fachalina doblada en forma rectangular, es colocada en el hombro. Muestra libertad, seguridad, alegría y una buena dosis de coquetería" (Runakay, 2008). En este mismo sentido, Rosenda Maldonado nos cuenta que "...Cuando las jóvenes dejan que sobresalga una breve franja del anaco blanco en la parte posterior, significa que está buscando novio⁷⁹".

En el caso de los varones la ruana tiene diferentes formas de uso, el mismo que requiere de mucha práctica y mucha disciplina, su experiencia permitirá que la colectividad juzgue su experticia y no sea motivo de cuestionamientos. En el caso del pantalón y la camisa que por lo general es blanco, el cuidado es mayor, demanda de mayor disciplina debido a que mantener su pulcritud es un distintivo que es valorado por los miembros de la comunidad.

El manejo de estos códigos culturales en los jóvenes de la comunidad kichwa es importante para saber las oportunidades que pueden generar en circunstancias como el enamoramiento, por ejemplo antiguamente se acostumbraba a quitarles la fachalina, una especie de chal que utilizan las mujeres, si el objetivo se concretaba significaba matrimonio seguro (...).

El *Inti Raymi*, la fiesta del sol que se celebra el mes de junio puede considerarse como la fiesta del enamoramiento, para esta celebración los varones con un mes de antelación se reúnen y repasan los ritmos, la danza, llegada la fecha son expuestas ante la vista de todos los miembros de la comunidad, la fiesta por su particularidad permite la llegada de los jóvenes a todas las casas de las distintas comunidades, es la ocasión para conocer a las jóvenes y a través



del canto emitir mensajes de amor, admiración, la danza y la calidad de interpretación de los temas contribuyen con estos propósitos.

En épocas pasadas, luego de la celebración del *Inti Raymi* se producían una cadena de matrimonios, en la actualidad este fenómeno se ha reducido significativamente y se la ha trasladado para los meses del *Pawkar Raymi*, esto debido a que los *mindalas* o comerciantes y músicos que viajan por el mundo retornan a su tierra en los meses de noviembre, diciembre y retornan nuevamente en los meses de abril, mayo, al exterior.

A esto se suma además la existencia de mitos que tratan de la feminidad de la mujer como los mitos que equiparan a la mujer con la madre tierra o la mujer inmortalizada en agua, como el caso del mito del lago Imbacocho conocido como lago San Pablo. En el caso de los varones los mitos hablan de su virilidad como el caso del mito del *chusalungo* cuyas pruebas materiales incluso existen hasta la actualidad, como las rocas que se conservan a las orillas del río *jatun yacu* en la comunidad de Peguche o *wantuk rumi* en las faldas del *Tayta Imbabura*.

Similar situación sucede con el conocimiento de la gastronomía kichwa y de aquellas plantas que se caracterizan por ser afrodisíacas o estimulantes de la sexualidad, como el uso del ají en los distintos preparados o el *wantu* o floripondio en preparados que pueden afectar en cambio la virilidad de los varones.

Otros fenómenos que influyen en la liberación del cuerpo

En los últimos años los centros educativos son mixtos, la presencia de maestros, autoridades y estudiantes kichwa son significativas, permiten blindar mejor el entorno y darle mayor seguridad. Las actividades educativas y la visión más contemporánea de los docentes contribuyen en muchos casos a superar visiones conservadoras que se promovían respecto al comportamiento, al rol que debían tener las mujeres en la sociedad.

La tradición *mindala* de comerciantes se ha fortalecido con la presencia masiva de artistas, músicos, pintores que constantemente viajan al exterior. Esta experiencia contrasta con la experiencia de quienes se mantienen en sus localidades por lo que al retorno de estas expediciones se confrontan en diferentes dimensiones, procurando siempre que prevalezca la tradición, pese a ello los cambios y la influencia de prácticas que no son muy comunes en la comunidad, en muchos casos influyen de manera temporal o logran mantenerse por un determinado tiempo.



Los niveles de estudio han aumentado significativamente, en la actualidad la meta de los padres de familia es lograr que sus hijos concluyan los estudios de bachillerato y en el mejor de los casos realicen estudios superiores. Estas nuevas experiencias obligan a que se den cambios significativos en la valoración y el tipo de relación que se establece en las nuevas generaciones muchas veces afectada por las incompatibilidades que se generan por los distintos niveles de formación de las parejas.

La política, la presencia de los movimientos culturales, los movimientos políticos han contribuido en estos cambios, estos movimientos han motivado a que al interior de las comunidades se analicen temas como los derechos de la mujer, el tema de género, lo que ha permitido una mayor participación de la mujer en distintos espacios de la familia, el arte, la música, la docencia y la gestión pública en general.

Las contribuciones de estos movimientos, si bien, son significativos no ha logrado superar el machismo que aún prevalece en los varones, en la dirigencia, incluso en la valoración de las mismas mujeres, por lo que es importante desarrollar acciones que permitan una comprensión adecuada de estos temas y la superación de estos prejuicios que confluyen en acciones de violencia en contra de las mujeres.

Estos fenómenos sociales como el comercio, el arte y la educación influyen en la actualidad en las decisiones de las parejas en lo concerniente a la planificación familiar, y en la actualidad el número promedio de hijos oscila entre tres a cuatro hijos, bajo la consigna de que en la actualidad el costo de la vida es muy alto y es importante garantizar el bienestar de los hijos.

En suma estos fenómenos sociales y culturales contribuyen significativamente en el proceso de sanación del cuerpo y del espíritu o de la población, es decir, en la descolonización de la memoria y del cuerpo.

Notas

- 1 Kichwa otavalo.
- 2 Cargo *pasay*: compromiso de una persona en asumir los costos de una fiesta principal con sentido comunitario, como el negro capitán o el coraza.
- 3 Entrevista, testimonios de la historia y cultura kichwa, noviembre, 2009.
- 4 La escuela de Peguche regentada por las hermanas lauritas probablemente se fundó a fines de la década de 1940, por gestión de Rosa Lema, mujer emprendedora de la comunidad.
- 5 *Karishina*: que se parece a un hombre.



Cultura y sexualidad en adolescentes y jóvenes kichwa otavalos

- 6 Roberto Conejo: entrevista, testimonios de la historia del pueblo kichwa de Otavalo, noviembre 2009.
- 7 Rosenda Maldonado: entrevista, testimonios de la historia del pueblo kichwa de Otavalo, noviembre 2009.



Voces y prácticas adolescentes: el cuerpo maternal y la resistencia¹

Soledad Varea



“Frente a la eyaculación, la muerte y lo lineal; la vida, el círculo, la profundidad. Insistencia frente a la existencia. Toda una nueva resimbolización del cuerpo femenino, del parto, del amamantamiento, que busca devolver a la mujer, desde sí, su misma capacidad de goce”
(Rodríguez, 2004:50).

A propósito de las otras caras o causas de la maternidad, a continuación presentaré la historia de vida de una madre adolescente; con el objetivo de confrontar el discurso que maneja el Programa de Atención a las Adolescentes del HGOIA, los diarios y el, así llamado, mundo adulto. En este caso, el testimonio es una forma de protesta, en este sentido, mi propuesta se inscribe en los enfoques subalternos. También pretendo ir más allá de la mirada demográfica. Respecto a este tema, Scheper-Huges (1997), afirma que es necesario escuchar las historias de vida y los conocimientos de las mujeres para entender la problemática de su salud reproductiva. Paty vive en el barrio La Internacional al sur de la ciudad de Quito, sobre una avenida pequeña que cruza una calle de tierra. Su departamento está ubicado en el segundo piso, es posible reconocer la vivienda desde lejos por los vidrios color turquesa. Se trata de un edificio conformado por varios cuartos. Ahí comparte el espacio con su hermana gemela y sus hermanos mayores. Es un lugar relativamente grande que tiene tres dormitorios, una cocina y una sala en donde está la televisión -entre otros objetos que mandó su madre desde España-, debajo de una repisa con algunos adornos de porcelana y fotografías. En los sillones de la sala, Paty cambia el pañal a su pequeña hija, mientras la sobrina, dos meses menor e hija de su hermana gemela, duerme. Ella arregla la casa: recoge la ropa, barre y tiende las camas y yo le ayudo con su hija. Me cuenta su experiencia dentro de la maternidad y me pregunta si la T de cobre es lo suficientemente segura como para que ella no se quede



embarazada de nuevo, pues pensaba que yo tenía conocimientos de medicina porque trabajaba en la maternidad. Sin embargo, le aclaré que no era así y le expliqué en qué consistía mi trabajo. Más tarde, la recién nacida, hija de su hermana gemela se despertó y Paty fue a verle en el cuarto, mientras le llevaba hacia la sala, le decía palabras muy cariñosas igual que a su bebé. Mientras Paty les daba de lactar a su hija y a su sobrina alternadamente, me contó su vida desde que estaba en cuarto año de educación básica, cuando vivía en un orfanatorio con su hermana. Ella nunca tuvo una familia compuesta por padre, madre y hermanos; es decir, nunca perteneció a una familia nuclear. Ahora, después de varios intentos de formar una familia nuclear, prefiere vivir con sus hermanas, pues de esa forma tiene la posibilidad de estudiar y amamantar a las dos niñas: la suya y la de su hermana gemela.

Según mi interpretación, los embarazos tempranos no necesariamente ocurren por una 'ignorancia' o falta de madurez de las mujeres adolescentes. Más bien, son una contestación a la 'inestabilidad' que viven las mujeres pobres en todos los niveles de su vida. Dicha inestabilidad, indudablemente, la viven aquellas mujeres que necesitan sobrevivir; pues ¿qué otra razón podría tener una madre para poner a sus hijas en un orfanato, alegando que no tienen madre, si no es la pobreza? Así inicia la trayectoria de vida de Paty, en un orfanato con su hermana, uno de los tantos lugares a los que tuvieron que acudir porque eran pobres.

Yo, con mi hermana, la Pao, siempre hemos vivido juntas; hemos pasado todo unidas. Estábamos en un internado. Primero era en el Carlos Andrade Marín, que se quemó. Mi mami no tenía plata para mantenernos a los cuatro, porque mi mami era madre soltera. En el internado decían que no teníamos madre porque mi mami hizo pensar que no teníamos mamá, porque si no, no nos cogían. Mi mami no tenía plata para la comida. Vivíamos ahí y una vez nos iba a adoptar una profesora y mi mami dijo la verdad. Entonces, ya nos mandaron; no nos recibieron. Después nos fuimos a un internado de monjas que queda acá por la vía al Tingo, se llama Mercedes de Jesús y ahí pasamos hasta primer curso, igual mi mami dijo que no teníamos mamá; así [dijo que] sólo teníamos hermana. Vivíamos con mi hermana la mayor y mi mamá nos iba a ver cada fin de semana. Y de ahí, después yo vine a vivir acá con mi mamá. Ya mi mamá se fue España, vinimos a vivir todos juntos, menos con mi hermano, porque él se fue a vivir a la calle. Se fue de la casa y vivíamos sólo las tres. Estábamos en un colegio de aquí, de la Quito Sur, y después ya pasé a segundo curso, perdimos el año las dos. También a ella [a la hermana] le pegaba una monjita. Una vez le pegó y yo le defendí. Yo me pegaba con mis amigas por defenderle a la Paola y nos separamos en segundo curso cuando ya íbamos a repetir, yo estudié aquí en la UNE y mi



hermana en Guayabamba, yo aquí sólo vivía con mi hermana y mi sobrino, y de ahí yo iba de vez en cuando. Así, una vez fui a visitarle en Navidad y de ahí ya pasó todo con mi primo. Pero no éramos enamorados ni nada, ni me gustaba, ni nada. Luego, yo no me enfermaba [se refiere a la menstruación], y luego yo dije: “ya estoy embarazada”. Y yo pensé que algún día me ha de llegar y ya estaba de seis meses y no me enfermaba y luego, o sea a los seis meses, recién se dieron cuenta... Me estaba engordando un poquito, y digo: “que gorda que me estaba volviendo”.

De ahí, una vez me pegaron en el colegio. Tenía problemas con unas amigas... ellas sólo por inventar dijeron que yo estaba embarazada. Pero ellas no sabían, y yo decía no, no, y me llevaron al centro médico y me mandaron a hacer un eco. Y luego yo no me lo hice y me mandaron a traer a mi representante; si no, no me dejaban entrar al colegio. Y ahí yo le conté a una licenciada, mi dirigente, le comenté que estaba embarazada, que no me enfermaba, y de ahí se enteró mi hermana. Y luego mi mami también. Ella lloró, pero después decía que me comprendía y todo eso. Después hablaron con mi tío y mi tía, ella reaccionó mal: que sí, que esto, que el otro.

Mi primo tiene quince años, teníamos la misma edad. Mi mami me dijo que si yo me quería casar con él y yo le dije que no. Mi mami me dijo que no me preocupe, que me iba a apoyar y ayudar en todo. En mi primer embarazo, yo me pasaba aquí con mi hermana mayor. Le cuidaba a mi sobrino. Ella me ayudó bastante, me acompañaba a las citas médicas [todo] con el doctor Escobar, él era súper bueno, chévere. Mi mamá me mandaba para los... ¿cómo se llama? me mandaba para las vitaminas, todo eso, y de ahí me mandaba para mis antojos, todo (entrevista a madre adolescente).

En esta historia, sin duda, está presente la falta de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y la ausencia de una adecuada educación sexual. De hecho, Paty me preguntó qué tan segura era la T de cobre por su desconocimiento sobre métodos anticonceptivos; sin embargo, yo no me sentía con los conocimientos suficientes para responderle.

Retomando el punto de vista de Sayabedra (2001) y Scheper-Huges (1997), el cuerpo embarazado también constituye un espacio de resistencia frente a la pobreza y a la mirada evasiva del Estado. En el sentido de que es una forma de entablar lazos con la mamá que tuvo que salir del país porque no podía mantener a sus hijos, la posibilidad de construir y mantener relaciones con sus parientes, hermanas y con el hospital que le ofrecía una estabilidad y protecciones que no había tenido antes. De hecho, en el primer parto ella entabló afectos con quienes trabajaban en la sala: médicos, enfermeras, psicólogas, trabajadoras sociales, quienes la mayoría de las veces tratan a las mujeres como si fueran sus hijas.



Emociones y deseos maternos

“Porque parir es vivir tan intensamente como es posible vivir. Es el suntuoso paroxismo de la fiesta. Experiencia desnuda, entera de la vida. Parir es lo más hermoso. Es el corazón en el vientre de todas las revueltas, es la raíz justa de mis indignaciones, es la tierra original de la palabra que intento”

(Leclerc, 1974:39).

La historia de vida de Paty sigue:

...y después yo di a luz, ese momento yo estaba feliz, así mi hija... una vez no se movía, no le latía bien el corazón y yo lloraba, la Pao también [lloraba], mi hermana [Pao] cuando se enteró sufrió bastante, lloraba feísimo, me decía Paty, mi Paty...

Y así desde ahí, ya como que nos unimos más. Desde ahí nos contábamos algunas cosas. Y ya iba a dar a luz, fue un domingo. Un sábado, amanecer domingo que ya me dolía bastante acá abajo y ya me bañé. Un sábado a las ocho de la mañana y todo, y ya nos fuimos en un taxi, con mi sobrino, con el coche de mi sobrino cogimos un taxi y me llevó. Y tenía un poco más de dolores y luego me venían a cada rato y después ya no dilataba rápido y después ya fue como que ya iba a dar un bebé explosivo y me llevaron de una y mi hermana lloraba. Y mi mami me llamó de España, decía: mejor quiero que te hagan cesárea porque el parto normal te va a doler mucho. Y lloraba mi mami, igual yo también lloraba, igual mi sobrino y todos con mis hermanos. Pasé [adentro del hospital], de ahí me internaron. De ahí la primera vez, me dolía feísimo, yo lloraba y me llevaron arriba a la sala de arriba, me acuerdo que me atendió el doctor Espinosa...

Súper bien, yo les gritaba, les jalaba del pelo, les pateaba así desesperadamente y me decían: “tranquila”. Yo les decía: “pero no me hablen”, “No hija, te vamos a ayudar, estate tranquila”, me decían así y me trataron súper, súper bien... Y cuando ya iba a dar a luz, justo ya sale mi bebé y [el doctor] me tomo una foto con el celular. Sí, justo cuando salió mi bebé, cuando le amarqué nos tomó una foto y dijo [el doctor]: “Es una linda nena”.

Yo les decía: “Pero ¿nació bien?”, porque el papá es mi primo y todo eso, decían: “No, ahorita vamos a examinarle a ver que tiene”. Y la llevaron, y después ya me vinieron con la noticia de que nació cieguita de un ojito; nació con una nube que le tapaba el ojito. Sólo eso le detectaron por el momento y después yo lloraba y decía que es mi culpa y todo eso, y me decían que esté tranquila, que ahora ya es la nueva tecnología y todo eso. Ya le operan y todo. Y de ahí ya me tranquilicé un poco, pero igual no me pasaban a mi bebé hasta el día siguiente. Igual no me pasaban y yo desesperada, decía: “ya me robaron a mi bebé”. Así, ya me fueron a visitar y todavía no me pasaban y decía qué pasaría; luego estaba en la sala de adolescentes. Ahí súper bonito todo: limpiquito, todo bien bonito y yo igual llo-



raba. Decía: “mi bebé, mi bebé” y luego había sido que le llevaron a hacer un eco en el corazoncito, porque le detectaron que tenía taquicardia, algo así que el corazoncito era muy grande...

No, luego ya me llevaron a mí y ahí me dijeron. Igual era una niña bien bonita, era rosadita, bien bonita, se parecía a mi hermana gemela. Pero a mí me hacía feo, pero al mismo tiempo me sentía bien mal, pero me decían que tengo que ir y no tenía que demostrarle a mi bebé que iba a estar así porque ella igual iba a sufrir y sentía. Entonces yo lloraba, todos los días; lloraba porque me sentía mal. Y después me decían que mejor pida a diosito que si ella va a vivir así que la lleve porque tenía el corazoncito muy grande, a parte era cieguita. Así, me decía: pida a diosito mejor que lleve a tu bebé porque es un angelito y ella no se merece la vida que va a llevar y todo eso (entrevista a madre adolescente).

En este testimonio podemos encontrar algunos elementos importantes para ser analizados; por ejemplo la contradicción en el diagnóstico médico. Este decía que la niña se salvaría, por lo tanto, la madre le tuvo que dar de lactar a su hija. A través de la lactancia creó lazos con ella. Desde el momento en que nació, ella le otorgó un rostro o un parecido a alguien muy querida: su hermana gemela. Al tiempo que ella imaginaba una existencia, recibía sugerencias religiosas de cómo rezar para que su hija se convierta en un ángel, pues no se merecía la vida que hubiese podido llevar si lograba sobrevivir. Es decir, que en su corta vida, la recién nacida fue imaginada como alguien luchadora, por haber revivido. Por lo tanto, se la concibe como una persona que quiso -por voluntad propia y no de la persistencia médica por cuidar la vida- volver a vivir. Otro de los elementos que podemos observar es la ‘construcción cultural’ de las emociones maternas que está presente antes del embarazo, durante el embarazo, el parto y el posparto. Además, a través de estos sentimientos se ‘crean’ e imaginan existencias (Scheper-Huges, 1997).

Doce días vivió. Murió el 17 de septiembre. Todos los días le iba a ver, pero como que ese día antes de morir, me tocaba ir a verle a las seis de la mañana y yo no fui. Como que presentía algo y yo no fui a las seis de la mañana y ya me estaba bañando para irme a la próxima tonga, cuando vino una doctora, una pequeña no más y me dijo: “Mija tienes que ser dura, pero tu bebé falleció”. Pero me dice: “Lo único que tienes que llevarte es que ella luchó con todo. Ella hasta lo último quería ella vivir porque pasó -que no te contamos- pero ella ya estaba muertita, pero otra vez le dimos como respiración así y otra vez como que volvió así a nacer”.

Me dijo así: “Pero otra vez ya no resistió y ella luchó contra todo para poder otra vez vivir, pero fue imposible”, me dijo. “Tienes que ser fuerte, tienes que



llamar a alguien de tus familiares que te venga a ver para hacerle la...” ¿Cómo se llama cuando les cortas así para verles? Y yo no quería que le hagan eso porque me hacía feo y después yo dije que no. Y después me ayudaron los voluntarios que hacían estudios de esto; hacen sus prácticas, así súper buenos. Ellos me ayudaron más que todo, conversaba con ellos; ellos me ayudaron a que no le hagan eso porque no tenía autorización, porque ellos ya le iban a hacer antes de que venga mi hermana. Mi hermana como lloraba y todo eso... yo nunca le había visto llorar a mi hermana. Todo mundo así, se me hacía feo. Y después casi me da sobre parto y me tuvieron que dar tranquilizantes en la maternidad. Luego, la enterramos aquí en San Diego, ahí fue y mis tíos como son evangelistas así... como te digo. Ya pasó las cosas, pero hasta ahora como que me echan la culpa a mí de todo... Cuando mi tío ya oró, cuando le iban a enterrar, decía: perdónales que no saben ellos. La culpa no tiene la bebé, sino los padres que son unos no se qué, no sé cuantos... De ahí hasta mi papá, que no le había visto hace mucho tiempo, también asomó y me ayudó. Hasta mi madrastra apareció y me ayudó (entrevista a madre adolescente).

Scheper-Huges (1997) analiza cómo el duelo y la tristeza por la muerte de familiares cercanos es relegada a espacios femeninos, de esta manera, el vestirse de negro, llorar y sufrir es una conducta de género apropiada. En el Alto do Cruzeiro, en cambio, las mujeres que generalmente rezan en velorios de adultos, no ven la necesidad de hacerlo en velorios de recién nacidos. Tal como afirma Scheper-Huges (1997) el duelo ha sido confinado a las mujeres. Ellas deben vivir el dolor de la pérdida de su pequeño hijo, o su pequeño feto, para superarlo de manera adecuada. Es así como Paty tuvo que atravesar por un duelo, sufrió la pérdida de una existencia construida a través de discursos médicos y familiares. Según su testimonio, se vio obligada a enfrentar muchas culpas por parte de sus familiares, además volvió a ver a su padre en el velorio de su hija, a quién no había visto desde que tenía cuatro años. El amor maternal que sentía por su hija, no fue eliminado. Al contrario fue volcado hacia su sobrino y de esta manera revivido, recreado o reconstruido.

Estas emociones maternas, permanentemente reinventadas, destapan un deseo de crear nuevamente una vida. Por eso resulta contradictoria la persistencia en el uso de métodos anticonceptivos y la idea de planificación familiar, pues el deseo de engendrar, está oculto en la proliferación de discursos médicos. Foucault (1999) menciona cómo, a partir del siglo XIX, en Europa existe un auge de discursos científicos alrededor de la sexualidad, que a diferencia de otras sociedades, ocultan el deseo, el placer y el conocimiento que tienen las personas de sí mismas. En este sentido existe una sobreproducción de discursos médicos



que desconocen el deseo. Quizás por esta razón, las mujeres no tienen la posibilidad de afirmar que ellas quieren volver a ser madres, ya sea por una muerte anterior, por un aborto, por una contestación a su situación económica, porque se enamoraron o porque los niños son lindos. De esta manera, cuando los médicos, violenta o invasivamente les preguntan ¿por qué te volviste a quedar embarazada si no tenías pareja?, obtienen como respuesta un silencio. A continuación, observaremos por qué Paty quiso tener otra hija, a pesar de los programas de anticoncepción implementados en la maternidad:

Y de ahí ya pasó. Mi mami, me decía que tengo que seguir adelante y todo eso. Y luego ya vine acá a mi casa. Ahí así me apoyaban, mi hermana estaba estudiando y yo estaba inscrita en el colegio, pero todavía no iba por lo que recién daba a luz y luego yo le cuidaba a mi sobrino. Y mi mami dijo que todo el amor le dé a mi sobrino y -o sea- sí me di cuenta. Si me encariñé hartísimo de mi sobrino, bastante, bastante y le ayudaba a mi hermana a hacer bolones de verde en el colegio, porque en ese tiempo mi hermana quería reunir para la Universidad y ahí vendíamos bolones de verde.

De ahí, en el colegio, le conocí al papá [de mi actual hija], a un chico, al hermano de mi amiga. Le conocí... cuándo te diré, no sé pero le conocí y me gustó. Así, de ahí, le conocí por medio de mi amiga del colegio y después ya tuvimos una vez con él relaciones y de ahí ya me quedé embarazada. Nunca me cuidé con nada... y ahí no me enfermaba y de ahí ya sospeche, ya dije: “estoy embarazada” y así como que sentí. Pero por una parte estaba súper emocionada, dije otra vez “voy tener una bebé”, pero por otra parte, lloraba, no quería porque decía va a nacer otra vez enfermita o se va a morir, me quedó un trauma. Y de ahí ya estaba igual de dos, tres meses, mi hermana igual ya había estado embarazada, o sea yo no le dije a mi mamá, no sé quién le habrá dicho a mi mamá, pero mi mami me dijo... (yo estaba de dos tres meses): “¿Estás embarazada?”. Le dije: “Sí”. [Me dijo]: “¿Y ahora qué piensas hacer?”. Le digo: “Nada, tenerlo”. Me dijo: “Bueno hija si es tu decisión, ahora vas a saber lo que es ser madre; yo te voy a apoyar igual, nunca vas a estar sola” [...] Dijo: “Estate feliz, estate tranquila que ella ahorita lo que necesita es que estés tranquila”.

Me dice: “¿El Víctor?”, porque él se llama Victor. Le digo: “Igual él está tranquilo, pero no saben”. Ahí le digo... no ya sabían, ya sabía la mamá, pero igual, la mamá como que también estaba feliz.

Así nos apoyaban así, hasta ahora nos apoyaba...prácticamente todo el embarazo de ahorita pasé todo el tiempo con el papá de mi hija, pasé súper bien, me sentía apoyada, pero también pasé súper triste porque tenía el temor de que mi hija salga enferma. Lloraba porque decía: “mi bebé va a salir enferma”, va salir esto que el otro y no... De ahí me iba todos los días a los controles, así, mi mami



igual vino de España, me compró ropa maternal, así como que me sentí más feliz, todo (entrevista a madre adolescente).

En este testimonio se refleja que, a pesar de todas las recomendaciones médicas referentes al uso de métodos anticonceptivos, Paty volvió a quedar embarazada. En primer lugar, porque había una historia de pérdidas atrás del nuevo embarazo y, en segundo lugar, porque a pesar de las intervenciones externas y los programas de anticoncepción, las mujeres siguen controlando sus úteros. Si bien, la intervención exterior ha influido en las conductas reproductivas de muchas mujeres, según la perspectiva de “obviando la corresponsabilidad de los varones en el proceso bio-reproductivo” (Fernández, 2002: 91), dicha influencia no ha penetrado los deseos de las mujeres y en las relaciones que se fortalecen a través de un embarazo. Paty recuerda:

Mi otra bebé [quién murió] se movía, pero no tanto. En cambio ella [la que está viva] se movía bastante, se hacía montañitas, todo eso. Se movía hartísimo así. En cambio mi otra bebé [quién murió] no se movía mucho. Igual me hacía ecos. Y mi mamá más que todo por eso también vino. Para hacerme ecos; para ver que la bebé nazca sanita y todo eso. Y me llevó un día a la maternidad. Porque mi mamá ahí tiene una amiga, se llama Jeny Zapata, ella me llevó donde el doctor Carrión y ahí me hizo un montón de ecos de corazón y todo. Y ahí vieron que estaba sanita. Fue bonito, pero sinceramente no le entendí. Pero me dijeron que estaba bien y de ahí para mí fue todo. Y como ya me dijeron que era mujercita yo feliz, porque siempre ha sido mi sueño tener una mujercita. Porque siempre me gustaba peinarles, vestirles, combinarles la ropa, hacerle cachitos, así siempre. De ahí, ya mi mami vino y me apoyó. Ya iba a dar a luz, yo siempre pasaba allá donde el papá de mi hija. La mamá siempre me daba comida en la dieta prenatal. Igual yo iba al colegio normalmente. Ahí [mis compañeras] felices le tocaban a mi bebé porque se movía mucho. Me decían “que linda esa barrigota”. Temían que sean gemelos porque mi barriga era inmensa, grandotota. Bonito era, en cambio mi otro embarazo no era tan emocionante porque no se movía tanto. Según mis cálculos había nacido de 36 semanas, igual en el eco salió 36 semanas y mi barriga estaba bien grande y todo eso. Ya cuando me cogieron los dolores era arriba en la casa de él [el padre de la niña]. Ahí era chévere, pero nunca me gustó el estilo de vida de ellos. Era distinto. Ahí tomaban bastante. Les gustaba bastante tomar, y él cuando tomaba era bien pleitoso, pero antes, gracias a Dios ya ha cambiado...

O sea, yo me quedaba a dormir ahí, y más que todo no era el ambiente como en mi casa. Digamos, aquí en mi casa sinceramente a nadie le gusta tomar, la familia de él era bien distinta a la mía: cada fin de semana tomaban, hacían unos pleitos,



no te imaginas. No me gustaba verás, no iba a quedarme ahí y después ya me cogieron los dolores allá, yo trataba de pasar la dieta allá, solo la dieta...

Me cogieron un viernes a las 12 del día, me empezaba a dar dolores. Me empezaba a doler hasta abajo, y yo le decía: “ya creo que es hora” y la mamá siempre llegaba a las 2 de la tarde. Justo llegó la mamá y mi cuñada le dice: “mami la Paty ya está con dolores”, [la mamá] le dice: “¿En serio?” “Sí”. Entonces cogimos un taxi y les llamé a mis hermanas les dije: “ya estoy con dolores” y me dijeron que ya van para la maternidad, que ellas me esperaban ahí. Y llegué a la maternidad a las 5h45. Estaba recién con dilatación 4. Pero ya estaba en labor de parto, me hicieron tactos y todo eso. Y justo ese día él [el esposo] pensaba irse al oriente. Yo le dije: “bueno ándate no más”. Y luego él se fue, después ya vino. Pero igual ahí me acompañó mi suegra, mi cuñada, mi hermana, la mayor, la Pau, mi sobrino.

A mí lo que más me gustaba era que mi sobrino me cantara La lechuza, yo lloraba, pero no mucho. Me salían lágrimas y mi sobrino lloraba, me decía: “Paty no llores”, mi lechuza, me decía: “¿quién te pegó?” y lloraba al verme llorar, y todo eso. Y luego también mi hermano me fue a ver. También estaba ahí mi hermano, la jefa de mi hermano, la hija de la jefa de mi hermano, también estaba el padrastro de mi esposo, los hermanos.

Así, estaban un montón de personas, y ellos también eran desesperados porque no me ingresaban, porque todavía no estaba con dilatación. Pero ya estaban los dolores fuertes y el momento de ingresarme yo entré y una enfermera me inyectó. Me dijo: eso le va a ayudar a que ya dé a luz rápido y que los dolores no sean tan fuertes. Y yo [le dije] gracias. Y ya cuando yo entro me hacen el tacto, y me dicen ya está en dilatación y medio. Y dicen ¡ya, una camilla, bebé explosivo! Y ya me subieron arriba, y ahí me atendió una doctora. No me acuerdo el nombre. Era una colombiana, medio pelirrojita era, me atendió ahí. Me dijo: “¿No serán gemelos?” y me hicieron un eco, justo antes de dar a luz me hicieron ahí arriba y le escucharon el corazón y me reventaron el agua de fuente. Y vino otra doctora y dijo: “tengo una maldita corazonada de que son gemelos”, ¡huy! Dios mío, ahí si ¿qué te haces? Y de ahí vino otra doctora y dijo: “es agua de fuente”, dijo así, “es liquido amniótico”, expresó... Yo dije: “tengo ganas de hacer el baño”, y luego me dijeron: “ya tiene pujos, ya tiene pujos, quirófano, quirófano”. Y ahí me llevaron en una camilla al quirófano y de ahí ya me dijeron: “ya están en labor de parto”. “Entonces puja pero fuerte”, me decía. Y yo contestaba: “ya pero me duele, me duele”. Y de ahí ya pujé y ella salió al tercer pujo, como jabón, me dijeron “es una nenita”, me mostraron y era bien gorda y blanca y yo [dije] “ay que linda”. Y yo decía: “no me vayan a cambiar a mi hija, no me la robarán decía así”.

De ahí le llevaron y de ahí otra vez le trajeron, de ahí sentí como lloró así. Se me iban las lágrimas, muy bonito. Y después de eso, ya nació mi bebé, me trajeron



y le amarqué. Me dijeron: “Dale la bendición porque ya le vamos a llevar y vas a recuperarte ahorita”. Y le dije: “bueno y de ahí le llevaron y le digo pero no me la cambiarán”. Me dijeron: “no tranquila hija, le vamos a cuidar” y luego le llevaron y le di un besito y todo eso y sentí muy bonito. Y después abajo me cogieron puntos, me sacaron la placenta. Ha sido bien feo. De ahí me cosieron. Luego me llevaron a recuperación. De ahí estuve con otra señora, conversábamos, nos hacía frío, sed, todo, hambre nos daba. En recuperación, en el quirófano, más allá hay una sala de recuperación.

Después de dos-tres horas me llevaron a la sala grande y ahí dormí. En la sala grande después a la mañana siguiente, mi hermana justo vino. Mi hermana la mayor me llevó ropa, y justo en ese momento ya me pasaron a mi bebé, pero primero me daba unas iras, me daba iras. Cógele porque decía que no se parece a mí. Digo:” ¡Ay, se parece al Víctor, que iras que me da!” y decía: “¡Qué fea!” , le decía; pero después ya me pasó las iras porque quería que se parezca a mí. Y después mi hermana decía: “igualita al Víctor”. Y luego ya me pasaron a la sala de las adolescentes y luego me fueron a ver y el domingo salí.

Fue más tranquilo todo y me fui a la casa de él. Me atendió la hermana me llevaba todos los días el café, me daba de comer, igual me avisaban que ni salga porque se me enfría la leche o me daba sobreparto o así. Y primero como que le extrañaba a mi hermana y a mi sobrino. No estaba segura de quedarme, después ya como que me convenció y luego dije: “bueno me vaya a quedar a vivir” y todo eso. Y como que presionaban porque me decían: quédate a vivir aquí por tu hija, no le vas a permitir que ella crezca sin el padre, que por tu hija quédate, que sí, y luego bueno acepté. Y ya decirle a mi mami. Mi mami lloró bastante, dijo: cómo te vas a quedar a vivir ahí, que no sé qué, que no sé cuánto. Y así como que primero le hice a un lado a mi mami. Y así como que más me valió él y todo eso. Pero después siempre cuando discutíamos, ya quería venir acá a mi casa y ya extrañaba así. Y después no me gustaba el estilo de vida de ellos porque tomaban bastante. Les gustaba tomar mucho, él era bien pleitista, después últimamente ya no tomó, tenían una niña de 4 o 5 años, era un poquito grosera con mi hija, no me gustaba que le besen en la boca. No me gustaban muchas cosas de ahí. Y más que todo llegó un punto que el ya no quería que venga acá, a mi casa o donde mis hermanas, o ya digamos [me decía] vamos a la una y ya estamos acá a las dos. Y a mí no me gustaba eso, yo les extrañaba bastante a mis hermanas y a mi sobrino y mi mami. Claro que me llamaba y me ayudaba. Igual pasé allá Navidad, viví ahí hasta que mi hija tenía cuatro meses. Y después ya vine acá, me decidí venir acá, igual le extrañaba bastante a él; pasaba sólo llorando así, igual. Pero después ya me regresé otra vez allá. Estuve dos días aquí y me regresé allá. Y de ahí tuvimos una discusión con él: me pegó me dio una cachetada así, y yo vine callada, vine en taxi. Mi hermana me llevó y me pagó el taxi, después ya regresé con él allá, después vine. Él mismo me vino a dejar, así



decidimos que yo venía acá, después el ya fue cambiando. Porque la mamá, bien cizañoza, un poquito grosera la señora. Ahora estoy aquí con mi hermana y con mi hija igual. A los cuarenta días [fui al colegio], pero así como te digo, también había dificultad de él que ya no quería que estudie. Quería que me retire. Quédate cuidando a tu hija, que con quién le vas a dejar, que no sé qué, que no sé cuánto. Mientras que el tiempo que yo estaba en el colegio me daba cuidando mi suegra... Me decía: no, no te vayas, me decía una condición, si te vas a tu casa ya no te vas a estudiar. Y digo bueno, bueno, le decía así. Si te vas a tu casa le llevas a mi hija... Y él me viene a ver todos los días. Pero ya no es lo mismo, a veces ya me canso. Ya no es lo mismo. Cuando discutíamos él siempre salía a favor de la mamá. Nunca me defendía. Además la mamá una vez llegó a decir: te vas a tu casa porque ya has de tener otro, que esa hija no es de mi hijo. Y él nunca dijo nada, no fue capaz de decir: "no mami no diga eso". Entonces a mí no me gustó. Y él ahora viene a verme, llama, pero ya no es lo mismo. Le llevo a mi hija todos los días a la guardería [del colegio] ella pasa en un columpio de bebé, y en los recreos le doy de lactar. Ahora me siento feliz, antes me sentía como sola, ahora con mi hija ya es diferente, ahora ya sólo pienso en ella, cuando se enferma o le pasa algo, siento feo, me siento mal (entrevista a madre adolescente).

El embarazo subsiguiente, en el caso de Paty, significó dar un nuevo sentido a su existencia. El hecho de ser madre y establecer lazos con sus hermanas que atravesaban por una situación similar, le dio la posibilidad de tomar decisiones sobre su propia vida. Por ejemplo, el hecho de no pasar por situaciones de violencia con su pareja, estudiar y decidir en dónde y cómo vivir y qué tipo de familia quería formar. En este sentido, a través de la maternidad, adquirió libertades. Si bien, en determinado momento un ala del movimiento feminista asumió la maternidad como una opresión, por las condiciones desiguales a las que se enfrentan las mujeres, que no es un tema menor. Irigaray (1994), por su parte, propone que la maternidad no debe plantearse de forma traumatizante y patológica:

¿No debería abordarse siempre sobre el trasfondo de otra procreación, una creación del imaginario y lo simbólico? las mujeres y las criaturas saldrían ganando infinitamente con ello (Irigaray, 1994: 41).

Fernández (2002), en cambio, observa la maternidad más allá del ejercicio de la facultad bio-reproductiva. Para ella su significado también está ligado al liderazgo y la representación política de la mujer como consecuencia de estos dos puntos de vista; la maternidad está envuelta de poderes y símbolos que van



más allá de la victimización. Es así como muchas adolescentes expresan que están felices de ser madres. Del mismo modo que Paty cuida con amor a su hija, muchas de las mujeres jóvenes que llegan al Programa están pendientes de su alimentación y de su crecimiento, de manera que intercambian saberes respecto al tema de la estimulación.

Un día, por ejemplo, estaban dos adolescentes y una mujer mayor. Las dos mujeres eran hermanas y tenían bebés muy grandes. La señora que les aconsejaba esperaba a su hija embarazada. Las dos conversaban sobre su experiencia de maternidad, mientras cuidaban a sus hijas. La señora les hablaba sobre lo que ella vivió cuando dio a luz en la maternidad. Las dos hermanas paseaban a sus hijos, les daban el seno y se contaban cómo estaban sus bebés. La señora mayor comentaba que las bebés estaban grandes y saludables; es decir, entre ellas se transmitían conocimientos que aprendieron en el hospital y discutían acerca de lo que es ser buena madre y mala madre:

“Mientras está comiendo tiene que conversarle”, les dice una señora a un par de chicas gemelas que están sentadas en la sala de espera. “Hay que tomar en cuenta que es un lugar especializado en la mujer”, agrega la señora que espera que su hija salga de los consultorios médicos. Al ver esta escena anoté en mi diario de campo lo siguiente:

Las niñas sentadas en los sillones ubicados afuera de los consultorios, comentan la situación de una amiga de ellas, también madre adolescente. Dicen: “Desde el principio no le dio teta, le dio leche de tarro. Nosotros le damos teta. Ella rogaba quedarse embarazada... “Yo ni para ir al baño me gusta dejarle”, dice una de las hermanas. “Debe sentirse culpable porque la bebé nació así. El ver que no está con el papá de la hija, ha tenido problemas psicológicos, un aborto. Ya le pegué, ya me tiene harta, dice”: agrega la otra hermana (Diario de campo, 2006).

A pesar de que existen casos en que las madres están pendientes del adecuado crecimiento de sus hijos (as), al interior de la maternidad se observa una tensión entre los conocimientos y las formas de estimulación que tienen las madres adolescentes y aquello que las y los profesionales de la salud consideran que es apropiado para el desarrollo del crecimiento. De esta manera, la estimulación, para quienes practican la medicina [institucional], es una experiencia que las mujeres adolescentes no conocen, pues su maternidad es un error que se manifiesta en lo poco estimulados que están sus hijos (as). “A medida que las madres son más jóvenes, sus hijos son menos estimulados”: dice una doctora de la maternidad. Sin embargo, para ellas probablemente estimular está más relacionado con el hecho de estar cerca de sus hijos e hijas:



En hospitalización, una mujer joven mira y habla a su pequeño recién nacido, le mira a los ojos y el bebé mueve el rostro cuando reconoce la voz de la madre. Ella le mece vestida de celeste como el cuadro colgado a la entrada de la sala F. Se acerca y se aleja una y otra vez, le deja en la almohada verde, le da pequeños golpes. Han construido un lenguaje, que sólo entienden ambos. Sin embargo, mientras ella mira a los ojos a su hijo envuelto en una faja blanca y ríe mucho, se acerca una enfermera que le pregunta: “Niña, usted ya le está manejando al niño ¿no?”. “Sí”, responde ella, y la enfermera le recomienda: “Recoja sus cositas que ya viene una señora para llevarle a la sala de adolescentes”, Y se acerca una nueva enfermera con traje rosado, para decirle: “No le sacuda al guaquito, si llora es por hambre, por gases, no le sacuda (ibíd.).

Si bien, la atención del personal de salud muchas veces está basada en la asimetría, desigualdad y ausencia de opinión por parte de las adolescentes, se vislumbra una aceptación por parte de las jóvenes, una relación de ‘amor’ o paternalismo: la maternidad, a momentos, resulta una suerte de madre para quienes acuden a la sala. Por esta razón, en el relato de Paty, está presente la nostalgia y el cariño hacia los médicos.

A continuación mostraré la forma como las adolescentes construyen sus familias. Paty vivía una especie de inestabilidad familiar, que se parece a la de otras adolescentes. Sin embargo, existen jóvenes que optan por formar familias ‘estables’:

Familias bricolages

Fraser (1997) analiza que los programas de asistencia social no han comprendido los cambios de roles al interior de la familia. Los hogares posindustriales son más diversos que antes. Existe, pues, un incremento de madres solteras que deben sostener a sus familias, sin tener acceso al salario masculino del proveedor. Esta transformación en la producción económica y reproducción social no ha sido comprendida por los funcionarios del programa de adolescencia de la maternidad. Quienes sugieren la idea de que las personas deben adquirir una madurez económica, biológica y psicológica para formar familias nucleares heterosexuales. Las adolescentes, por su parte, han formado sus propias familias. Según la perspectiva de Scheper-Hughes (1997) existen familias bricolages; es decir hogares, desordenados, con miembros reemplazables que vienen y van. Se trata de una estructura familiar que cambia permanentemente. Es así como un día de trabajo en la maternidad, afuera de la oficina de trabajo social, estaba esperando una señora con su hija y su nieta recién nacida. La se-



ñora me pidió ayuda, pues necesitaba un abogado para que el padre de la recién nacida asuma sus responsabilidades económicas. Me dijo que vende periódicos en la calle, que tuvo marido pero se murió y que sólo con su trabajo ha mantenido a su hija y su nieta. Pero el padre de la recién nacida no quiere hacerse responsable, no quiere que sus padres sepan del asunto. Agregó:

[...] yo no sé, por qué el joven ha hablado con un psicólogo y dice que no quiere reconocerle al bebé. Yo como trabajo no estoy aquí. [La hija] le ha dicho amárcale a la guagua y él le ha dicho no. Yo no entiendo por qué él no quiere hacer saber a los padres. Si yo cogí el golpe más fuerte, me hice responsable de mi hija, a mi hija le ha dicho que le manda sacando, yo no le hago eso a mi hija. No han de ser tan ignorantes. Yo fui vendedora de la calle y no soy ignorante; yo soy una señora de la calle, ella es una señora de la casa. Él se viste bien. No es de esos jóvenes que pasan en la calle, es aniñado. Nosotros somos humildes. Yo he correspondido... Mi hija le ha dicho: ándate si quieres. Al final de cuentas aquí hay una responsabilidad, tengo seis hijos; ella es la única que me dio un nietito. Yo le apoyé en todo, qué saco diciéndole ándate a trabajar... Si yo no tengo plata, ya madrugó, soy una madre pobre.

Según él, que no tiene plata y no quiere corresponder. Él tiene que prometer lo que dijo... Entonces si es así, si usted no quiere hacerse responsable yo me voy donde su mamá... Entra como adolescente le dije. A una amiga de mi hijita le pasó lo mismo, yo le traje acá y no le atendieron. Hay que apoyarles porque una también pasó lo que está pasando. Hay tantas mujeres que ya ve, tienen los guagüitas y les botan. Tantas mujeres se oye que les han botado a la basura. Yo una vez lloraba cuando me dio la noticia, porque ella era buena estudiante, era abandonada, becada. Pero así es el destino, la vida, no creía y me senté a llorar, no le dije: largo, quítate, no le dije nada. Yo ya le vi que el chico mentía; ha estado mintiendo. Yo fui bien buena con él, una, dos, tres veces que vino. Yo ya quiero descansar, que mi hija trabaje. Yo le cuido a la guaguaita (Diario de campo, 2006).

Esta es una historia parecida a muchas otras dentro de la maternidad, donde generalmente son las abuelas quienes se hacen cargo de las mujeres y sus hijas. De manera que, las madres adolescentes, la mayoría de veces, esperan sacar adelante solas a los niños (as) con el apoyo de la familia. Tal como relata la señora, el padre de la niña, la mayor parte del tiempo está ausente, va y vuelve: es reemplazable. En este caso, la niña no se enamorará de su padre, tampoco tendrá de rival a su madre; es decir, según la perspectiva del discurso médico de la maternidad, la niña no cumplirá con su fase normal de desarrollo. Sonia Montecino (1991) analiza cómo en América Latina el mestizaje se constituyó en el seno de familias compuestas por madres e hijas o hijos, en los cuales el



padre era una figura ausente o itinerante. De esta manera, ella cuestiona la identificación de los niños con los padres, y reflexiona acerca de las masculinidades mestizas:

Nos interesa remarcar, entonces, que la cultura mestiza latinoamericana posibilitó, por así decirlo, un modelo familiar en donde las identidades genéricas ya no correspondían ni a la estructura indígena ni a la europea prevaleciendo el núcleo de la madre y sus hijos. Este hecho interroga las formas en que se produjeron las identificaciones primarias ¿Cómo fundaba su identidad masculina un huacho cuyo padre era un ausente? ¿Cómo se constituía la identidad mestiza huacha frente a una madre presente y único eje de la vida familiar? Creemos que la respuesta se anida para la mujer en la constitución inequívoca de su identidad como madre (espejo de la propia abuela y de toda la parentela femenina); para el hombre en ser indefectiblemente un hijo, no un varón, sino el hijo de una madre (Montecino, 1991: 49).

Esta condición de mujeres solas –y en general la situación familiar es un asunto que preocupa mucho a las y los profesionales que trabajan en la maternidad. Muchas veces llegan mujeres que han sido expulsadas de sus hogares o niñas que habitan en las calles, como es el caso de una adolescente que fue en el 2003 al Programa y vivía en las alcantarillas. Su madre habitaba cerca del río Machángara en un cuarto muy pequeño con dos hijos chiquitos que no tenían nombre: les decía ‘picolín’ y ‘picolin’. Los parientes ‘más racionales’ decía la psicóloga, vivían en La Magdalena en una especie de cuevas; eran delincuentes dedicados al tráfico de drogas. De hecho, la muchacha era adicta y su pareja era delincuente. Con respecto a esta situación, la psicóloga afirmó lo siguiente:

En el caso de la chiquita no logramos ubicarle en el albergue. Lo que se logró es ubicarle donde un cuñado. Ella estaba acostumbrada a una forma de vida, a vivir en la calle, lo otro le asustaba. Tener que estar en un sitio donde le tengan que ayudar o controlar. Se quedó con la mamá, lo que se hizo es que un psicólogo se encargó de hacer un seguimiento de ella. Nosotros no podemos salir, ni hacer seguimientos. Él se hizo cargo, porque fue muy difícil ubicarle en un hogar. El hecho de que tuvo el bebé, le ayudó a que se tranquilice. Como que ella en medio de los problemas, el hecho de ser mamá le obligaba a que se quede en la casa de la mamá cuando el bebé era chiquito (Diario de campo, 2006).

Hasta aquí he presentado historias de madres solas; familias compuestas sólo de mujeres con padres ausentes o itinerantes y de aquellas madres que no quieren tener una familia. Ahora hablaré del amor que está enraizado en la ma-



ternidad, no tanto el amor materno y alterno que Scheper-Hugues (1997) menciona cuando se refiere a las madres de las favelas, sino a los hijos (as) como símbolos o resultado de una unión. Algunas veces, la maternidad también es un asunto de amor y erotismo², pero a las mujeres se nos ha negado el placer o el amor, colocándonos en un papel de víctimas y maltratadas; cuando probablemente el hecho de elegir como ‘proyecto de vida’ la convivencia tiene ventajas ocultas. Al respecto, Valdés (2002), afirma que nuestras emociones se han ido desplazando de las conversaciones cotidianas a las terapias. De esta manera, los sentimientos también se han medicalizado o patologizado.

Es así como un día en que visité el consultorio psicológico, mientras la profesional me explicaba qué es la inserción y en qué casos se la aplica, entró una muchacha con problemas de lenguaje porque es sorda. Tuvo un hijo en condiciones adversas, pues fue víctima de abuso sexual. Acudió a la consulta psicológica para sacarse la T de cobre, pues quería tener otro hijo porque según su opinión los niños son lindos.

La doctora le hizo una serie de preguntas relacionadas con la pareja. Por ejemplo, indagó si se llevaban bien, su situación económica, etcétera. Ella respondió que todo está bien. Luego le preguntó sobre sus proyectos de vida. Le sugirió que es muy importante que ella siga estudiando. Al parecer su proyecto de vida (el de la joven) era tener otro hijo. Sin embargo, en la maternidad, el discurso de que la mujer debe realizarse a nivel profesional es relevante. Es por eso que dentro del hospital, ser madre no es considerado un proyecto de vida. Por lo tanto, la psicóloga dijo que es necesario hacer un trabajo con el muchacho para que ambos puedan planificar, para que tengan ese hijo con conciencia. Así que le propuso hacer una cita con su pareja y ella aceptó.

Cuando empezaba a escribir la petición de que la pareja acudiera a la cita, la pareja entró. Tenía que entregar algo relacionado con su trabajo cerca de la maternidad, entonces decidió entrar. Antes de eso, la psicóloga le había comentado a la madre del niño que era mejor que continúe puesta la T, porque no le afectaba a su cuerpo, y era necesario que continúe estudiando. El muchacho se sentó y confirmó su deseo de tener otro hijo. Dijo que él cumpliría con la parte económica, que él quería a la chica y a su hijo, a pesar de no ser el padre (el niño era producto de un abuso sexual). De hecho le decía ‘mijo’ y consideraba que ‘su hijo’ ya tiene dos años y necesita un hermano. La psicóloga le preguntó acerca de sus estudios. Él le dijo que nunca pudo estudiar porque no vivió con sus papás, que trabaja mucho. Por eso para él era difícil acudir al tratamiento psicológico en otra ocasión.



Mientras esto ocurría el niño de dos años entraba y salía y le decía papá. Era un niño muy alegre. Ellos tenían que regresar en una semana a la consulta médica para hacer algunos ejercicios psicológicos que aseguren su deseo de ser padres. Después entró otra pareja de afrodescendientes. Primero entró el hombre, luego la mujer, que atravesaba un duelo por la muerte de su hijo. Él hablaba de lo que sentía, lo que para él había significado esa muerte, pues ese año también murió su madre y su tío. Pero “las cosas pasan por algo”, decía él, “porque Dios así lo quiso”, agregó. Ahora quieren estar bien como pareja. Decía que la gente habla cosas de ellos porque ven que se llevan bien, que se ayudan. Me pareció importante que él expresara lo que sentía. Decía que tenía la ilusión de tener el hijo porque a su edad todavía no es padre y según su percepción ya debía serlo. Era una forma de expresar que el aborto también afecta a los hombres, ellos también sienten ilusión o tristeza.

Este panorama familiar rebasa la idea de hogares heterosexuales, cuyos miembros están dotados de madurez. Lo cual probablemente impide la creación de políticas que apoyen a las madres solas o familias jóvenes. Es decir, se crea un concepto de madre sola, responsable y trabajadora que finalmente no recibe beneficios; o de familias jóvenes, maduras y responsables que no tienen ningún tipo de apoyo. Según Fraser (1997) las viejas formas de Estados benefactores, construidas sobre los presupuestos de las familias encabezadas por hombres y la relativa estabilidad del empleo, ya no están equipadas para brindar esta protección. Por lo tanto, es urgente la existencia de un modelo de Estado que suministre empleo y guarderías con el fin de apoyar estos nuevos hogares. Estos relatos familiares se confrontan drásticamente con los escenarios de violencia al interior de otros hogares.

Notas

- 1 Este artículo es parte de la tesis de maestría: Maternidad Adolescente: entre el deseo y la violencia. Que fue publicada por FLACSO- Ecuador en el año 2008.
- 2 Con respecto a este tema también se puede analizar el Edipo de Freud como una relación erótica entre madre e hijo que se rompe en determinado momento.



Bibliografía

FERNANDEZ, Paloma

- 2002 *Diáspora africana en América Latina: Discontinuidad racial y maternidad política en Ecuador*. País Vasco: Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco.

FOUCAULT, Michel

- 1977a *Historia de la sexualidad. Tomo 1: La voluntad de saber*. México: Siglo XXI.

FRASER, Nancy

- 1997 *Iustitia Interrupta: Reflexiones críticas desde la posición postsocialista*. Santa Fé de Bogotá: Siglo del Hombre Editores.

FUENTES, Vásquez, Lya Yaneth

- 2001 “Representaciones de los cuerpos masculino y femenino, salud y enfermedad. Una revisión de los anuncios publicitarios del Excelsior 1920-1990”. *La Otra Mitad* # 9 (diciembre) pp.: 62-85.

GARCÍA, M. y G. Sayavedra

- 1996 *Violencia Poderío y Salud de las Mujeres. Por el Derecho a Vivir sin Violencia. Acciones y Respuestas*. Bogotá: Red de Salud de la Mujer Latinoamericana y del Caribe.

IRIGARAY, Luce

- 1994 “El cuerpo a cuerpo con la madre”. *Revista Debate Feminista* #10 (febrero) pp.: 32-45.

JELIN

- 1980 “Las familias en América Latina”, en: *Familias Siglo XXI*. Ediciones de las Mujeres. 20 (junio) 200-255.

LAGARDE, Marcela

- 2002 *Los Cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México D.F.: Universidad Autónoma de México.

LECLERC, Annie

- 1974 *Parole de Femme*. Paris: Grasset.

MONTESINO, Sonia

- 1991 *Madres y Huachos: alegorías del mestizaje chileno*. Santiago: Cuarto Propio CEDEM.

SCHEPER-HUGHES, Nancy

- 1997a *La muerte sin llanto: violencia y vida cotidiana en Brasil*. Barcelona: Ed. Ariel.

- 2000b “Demografía sin números”; en: Viola, A. ed.; *Antropología del desarrollo*. Barcelona: Ariel.

RODRÍGUEZ MAGDA, Rosa María

- 2003 *El placer del simulacro. Mujer, razón y erotismo*. Barcelona: Icaria editorial.



V
RESUMEN DEL TRABAJO
DE TALLERES



Sistematización del trabajo de los talleres

Fernando Ortega Pérez¹ 

Taller 1

Normas, regulaciones y guías técnicas de salud reproductiva con enfoque intercultural

Grupo técnico responsable

Introducción: Eduardo Yépez, Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Moderación: Víctor Arauz, Organización Panamericana de la Salud, Ecuador.

Secretaría técnica: Andrea Pichasaca, Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Gabriela Aguinaga, DCI-Universidad San Francisco de Quito, Ecuador.

Transición entre el modelo occidental y el modelo tradicional en Panamá

Desiderio Castillo S., Director Regional de Salud Comarca Ngöbe-Buglé MINSA, Panamá.

Guía de parto culturalmente adecuado. Avances y retos en su aplicación

Sofía Pozo, Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Enfoque intercultural en las redes de servicios de salud en Chile: lecciones en la implementación de partos con pertinencia cultural

Margarita Sáenz, Ministerio de Salud, Chile.

Experiencia amazónica en Salud Intercultural

Amilcar Albán, Ecuador.



Discusión sobre normas, regulaciones y guías técnicas de salud reproductiva con enfoque intercultural

“Abundancia de normas, regulaciones y guías con poca aplicación práctica en la realidad local”.

Sobre la base de las experiencias puntuales de diferentes países: Panamá, Chile y Ecuador, se genera la propuesta con una sola visión, pero enfocada en los modelos occidental y tradicional.

Propuesta

Revisión del marco ideológico de la institución de salud desde los derechos colectivos para no caer en el pensamiento dictatorial.

Instar a todos los gobiernos de la comunidad andina a dar cabida a la participación ciudadana y organizacional en la construcción de normas, regulaciones y guías técnicas.

Instar a todos los gobiernos de la comunidad andina para que inviertan en investigaciones sobre los sistemas de Salud.

Fortalecer el proceso de Salud Reproductiva a domicilio (en su propio lugar). No estimular (instar) el parto en un sistema hospitalario ya que violenta los procesos propios de cada cultura.

Plantear que las patentes de las plantas medicinales sean de cada pueblo.

Que las normas y protocolos no sólo sean en salud sexual y reproductiva sino en otros temas como es el caso el VIH/SIDA.

Requerir el apoyo del sector educativo para el fortalecimiento de la salud sexual y reproductiva con mallas curriculares y talleres para la nueva formación del personal de salud con enfoque intercultural.

La norma debe ser un reto de la localidad con procesos territoriales para que no sea imposición institucional.



Taller 2

Gestión de servicios de salud con enfoque intercultural: retos en la implementación de modelos de Salud Intercultural

Grupo técnico responsable

- Introducción:** Roberto Campos, UNAM, México.
- Moderación:** Fernando Calderón, Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- Secretaría técnica:** Mario Gallo, Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
Martha Gordón, DCI-Universidad San Francisco de Quito, Ecuador.

Experiencias de Bolivia

Yolanda Vargas, Bolivia.

Experiencia de Loreto, Ecuador

Alfredo Amores, Dirección Provincial de Salud de Orellana, Ecuador.

La gestión de la sala de parto culturalmente adecuado en el Hospital San Luis de Otavalo, avances y retos

José Terán, Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Experiencia de un hospital rural para disminuir la cuarta demora que causan las muertes maternas.

Aura Souza, Directora del Hospital General del Oriente Chiricano, Panamá.

Construir una visión integral para la región y por país.

Fortalecer la estrategia de promoción de la salud con enfoque intercultural.

Incrementar la participación y movilización social.

Modelo de gestión

- Construir, revisar, mejorar, fortalecer, consolidar el modelo de gestión y atención de los servicios de salud con enfoque intercultural, de género y de derechos.
- Definir estrategias que permitan la corresponsabilidad en la gestión, monitoreo, evaluación y veeduría social de los servicios de salud.
- Incrementar y fortalecer el trabajo intersectorial, interinstitucional y comunitario.
- Incrementar la articulación y complementariedad entre los sistemas biomédico, ancestral y alternativo.



- Impulsar la formación y sensibilización de recursos humanos en gestión y atención de la Salud Intercultural (en los diferentes niveles: políticos, estratégicos, técnicos y operativos) con participación de universidades e institutos de formación.
- Fortalecer los sistemas de información y vigilancia epidemiológica con enfoque intercultural.

Modelo de atención

- Adaptar a la visión de Salud Intercultural, las estrategias de los diferentes niveles de atención.
- Implementar estrategias que garanticen la disponibilidad y accesibilidad a los servicios.
- Construir y/o adecuar espacios físicos funcionales y culturalmente aceptados.
- Implementar estrategias para los servicios de salud que respondan a la demanda local de acuerdo al nivel de atención (flexibilidad de horarios, idioma, climatización, alimentación, adecuación del parto, privacidad, gestión, etcétera).
- Implementar redes de Salud Intercultural, que involucren a los recursos de la medicina occidental, ancestral y alternativa, facilitando el trabajo en equipos multidisciplinarios.
- Asegurar el intercambio de conocimientos, metodologías, aprendizajes y experiencias, tanto a nivel regional como nacional.
- Establecer una red virtual, para difusión de las experiencias existentes.

Taller 3 **Investigación y formación de recursos humanos** **en Salud Intercultural**

Grupo técnico responsable

Introducción

y moderación: Nila Heredia, Bolivia.

Secretaría técnica: Lucy Chévez, Ministerio de Salud Pública, Ecuador.
Amaya Sánchez, DCI-Universidad San Francisco de Quito, Ecuador.



Gerardo Fernández, Universidad Castilla La Mancha, España.

Nelson Reascos, Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Alta Hokker, URACCAN, Nicaragua.

Hallazgos de la sistematización de investigación sobre SSR y pueblos indígenas en las tierras bajas bolivianas

Alexia Escobar, FCI, Bolivia.

César Hermida, Fundación “Juan César García”, Ecuador.

1. ¿Cuál es la agenda pendiente en investigación en Salud Intercultural y en SSR?

- El análisis de situación de salud desde el enfoque intercultural de los pueblos y nacionalidades del país, que aportaría los datos para iniciar investigaciones y proyectos y para construir un sistema de información con desagregación étnica.
- Fortalecer la identidad cultural y compartir el conocimiento de los distintos pueblos y nacionalidades.
- El desarrollo de proyectos de intervención. Las investigaciones deben ir acompañadas de acciones inmediatas de acuerdo con las necesidades encontradas.
- Necesidad de investigaciones participativas, con todos los actores sociales. Equipo multidisciplinario, y con enfoque intercultural. Y debe haber por lo menos una persona de la comunidad, de acuerdo al lugar donde se desarrolla la investigación, dentro del equipo investigador. Los pueblos deben realizar sus propias investigaciones.
- Se debe priorizar la investigación sobre morbi y mortalidad materna-infantil, para contribuir a resolver este problema de salud, antes que al tema de salud sexual y reproductiva.

2. ¿Qué disciplinas favorecerían la formación de recursos humanos en Salud Intercultural?

- Todas las disciplinas en ciencias de la salud y ciencias sociales deberían favorecer la formación intercultural. Especial énfasis en antropología, so-



ciología, cultura, historia, geografía, psicología, salud pública, botánica, idiomas.

3. ¿Cuál ha sido el rol de las universidades en la formación intercultural e investigativa de los recursos humanos en salud?

- Aunque desde hace unos 15 años se viene hablando de interculturalidad en las Universidades, hasta el momento es más bien desde un aspecto teórico, y no se ha conseguido trasladar a la práctica.
- Las iniciativas en torno a la incorporación de la interculturalidad en el ámbito académico han sido aisladas y descoordinadas. Aunque se han producido algunas iniciativas en universidades públicas (por ejemplo, la Universidad Central de Ecuador) fundamentalmente se han dado en universidades privadas. Los institutos tecnológicos privados han apoyado en ciencias y medicina ancestral. Aunque estas iniciativas suponen un paso importante, debemos avanzar un paso más de manera conjunta.
- Es conveniente resaltar también la importancia de la definición de los roles de las distintas Instituciones. La Universidad es sólo un actor más. Los organismos estatales también deben hacer suyos estos procesos de transformación. La comunidad también debe jugar un rol activo en el proceso.

4. ¿Cómo podrían las universidades favorecer un diálogo intercultural efectivo entre la academia, el personal de salud y los usuarios? Tomar en cuenta: la cultura, la lengua y el mensaje comunicativo.

- Para que haya diálogo intercultural, primero es necesario el conocimiento y respeto mutuo de las culturas, pueblos y nacionalidades.
- Respecto al ámbito médico, debe haber también participación de los sanadores tradicionales, que se produzca un verdadero intercambio de conocimientos que se base fundamentalmente en aspectos prácticos y no sólo en la teoría.
- Las universidades deben enfocar los estudios de manera integral, holística. La salud no significa únicamente curar. El Sumak Kawsay no solo es el buen vivir, es una identidad. Debemos empezar a construir el buen vivir como principio y ética de vida. Es necesario construir nuevas imágenes simbólicas.



- Se deben generar nuevos espacios de relación, en los que haya un acercamiento más horizontal, desde el enfoque de la igualdad.
- Es fundamental la introducción de elementos etnográficos y del pensamiento local, para tener en cuenta la realidad de cada pueblo.
- La participación de todos los actores es clave: no sólo Universidad o ministerios, la participación de los usuarios es de gran importancia.
- La sistematización de experiencias tiene asimismo un gran valor.
- Se deben introducir investigaciones en torno a la pedagogía de la pregunta.
- La interculturalidad debe ser un eje transversal en la malla curricular. Una estrategia es transversalizar desde la metodología, no desde la temática. La educación de competencias interculturales.
- Los docentes deben ser también capacitados en interculturalidad.

5. ¿Responden las universidades a las necesidades de recursos humanos interculturalmente formados en cada país?

- La Universidad tiene la obligación de formar a los profesionales de acuerdo a la realidad que se vive en el país, pero al ministerio le correspondería adueñarse de este proceso y forzar su avance, definir el perfil del profesional que requiere, con conocimientos en interculturalidad, para que las universidades tengan que dar respuesta a esta necesidad.
- No sólo las universidades privadas, sino también las públicas deben participar en el proceso de formación de recursos humanos con enfoque intercultural.
- Debe realizarse una valoración y monitoreo de los recursos humanos formados interculturalmente, hacer un seguimiento de a dónde van, que trabajo realizan, e intentar que se incorporen también a las universidades.

6. ¿Cuáles son las lecciones aprendidas en cada país en cuanto a la formación de recursos en Salud Intercultural?

- La Universidad no debería estar sola en este proceso, sino que deberían participar todos los actores. La unión entre instituciones (y entre países) es un elemento clave.
- Es necesario comenzar la formación en interculturalidad desde la escuela.
- Se debe llevar a cabo una sensibilización para la apertura a la interculturalidad.



- La formación debe ser multidisciplinar, así como los equipos de Salud Intercultural, por ejemplo, deben ser también multidisciplinares. Así, sería importante integrar disciplinas como la nutrición, para tener en cuenta la soberanía alimentaria.

Otras inquietudes

- Preocupación por la falta de protección a la producción de las plantas empleadas en la medicina tradicional, lo que pone en peligro su pervivencia.
- La medicina occidental es gratis, pero la medicina tradicional es pagada por el usuario, existe una desigualdad en este sentido.

Taller 4

Promoción de Salud Intercultural, participación comunitaria y redes sociales

Grupo técnico responsable

Introducción: Hugo Noboa, Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Moderación: Martha Panamá.

Secretaría técnica: Pedro Gualán, Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
Jeanette Heredia, DCI-Universidad San Francisco de Quito, Ecuador.

Participación del pueblo afroecuatoriano por su derecho a la salud

Irma Bautista, Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

VIH SIDA / salud sexual y reproductiva en poblaciones indígenas en Sucumbíos

Marcela Aylluardo, FONAKISE/RIOS, Ecuador.

Participación de las parteras en la promoción y fortalecimiento de redes sociales

Cristina Lema, Ecuador.

“El parto intercultural en el cantón Loreto, una experiencia con parteras comunitarias indígenas de la provincia de Orellana-Ecuador, perteneciente a la Red de Salud del cantón Loreto”.

Jeanine Crespo, Ecuador.



Introducción

Hugo Noboa relata el proceso histórico del Ministerio de Salud Pública, MSP se inicia en 1967 cuando se produjo la fundación del MSP, institución que cuestionó y desvalorizó otras manifestaciones de salud diferentes al modelo occidental hegemónico. Algunos personajes como Eduardo Estrella y Plutarco Naranjo, fueron abriendo camino a la valoración de la medicina ancestral y a la interculturalidad. El MSP y Foderuma basan su accionar en la declaración de Alma Ata, se da inicio a los programas de Atención Primaria de la Salud y el pensamiento posmodernista que cuestiona la mirada blanco-mestiza, científica de la salud. Para 1989 se crea la Dirección Nacional de Salud de los pueblos indígenas resultado de la demanda y presión del levantamiento de 1990 que coincide con la iniciativa de Salud de los pueblos indígenas de la OPS/OMS. Las parteras marcan un hito y se fomentan pensamientos sobre la importancia de la promoción de la salud y la Salud Intercultural. La Salud Intercultural no debe refugiarse en una dirección del ministerio sino que debe abarcar todo el quehacer del MSP. Recientemente se desarrollan procesos sociales muy importantes como la creación de los Comités de Usuarías, la Veeduría ciudadana, los Consejos Cantonales de Salud (100). COSAVI.

Debate

El rol de las parteras

¿Pierden su identidad de parteras, valores, respeto?, ¿qué barreras tuvieron que superar en culturas dominadas, en cultura degradadora del eros, destructora de la felicidad del eros. Si no hay creatividad, belleza, libertad del EROS.

Los temas de salud sexual y reproductiva, son temas que si se hablan a nivel comunitario. Es importante recuperar sus formas, las palabras, fortalecer la participación comunitaria.

Los avances, los logros en la normativa y leyes (Constitución) han sido el resultado de lucha de los pueblos, entre ellos el pueblo afro.

Un aspecto importante para lograr esta reivindicación es que las personas se reconozcan como sujetos de derechos, conozcan cuáles son sus derechos. El taller ha centrado su discusión en el parto (parteras),

Aportes

Es fundamental generar estrategias de promoción.

1. Qué es lo que se promueve: conocimientos, actitudes, y/o prácticas saludables con enfoque de género, interculturalidad y derechos

- Reconoce que todas las personas tienen saberes, los valora y considera.
- Practica valores de honestidad, amabilidad, paciencia y corresponsabilidad.
- Genera espacios de participación efectiva de la población, la organización de base que posibilitan la vivencia de la ciudadanía en salud.
- Contribuye a mantener relaciones armónicas y de cooperación entre las diferentes medicinas.
- Es incluyente, posibilita la inclusión de todos y todas.

2. Se promueve solamente en la población o también entre el personal y los servicios

- No se está únicamente sensibilizando a la población, se está trabajando con el personal de salud.

3. Quiénes deben hacer promoción de Salud Intercultural.Cuál es el rol de las parteras comunitarias en promoción

- El gobierno central, gobiernos locales, definen marco legal, generan políticas que permitan el ejercicio de los derechos.
- La población que ejerce sus derechos.

El rol de las parteras

- La partera es el punto de unión entre la comunidad y el sistema de salud, especialmente en la atención de las mujeres en edad fértil, durante el embarazo, parto y posparto.
- Son las primeras en brindar atención al individuo, familia y comunidad. “Promoción, prevención, rehabilitación y curación”.



- Realizan la identificación de los signos de peligro durante el embarazo, parto y posparto.
- Seguimiento de las parturientas en el domicilio.
- Referencia de pacientes a las unidades de salud. Atienden un parto en las mejores condiciones con apoyo de personal de salud en casas de salud.

4. *Cómo se debe promover la Salud Intercultural. Señale tantas como fuera factible*

- Tener conciencia de quienes somos. Orgullo de nuestra identidad.
- Reconocer la diversidad. Conciencia de reconocimiento del otro, de la otra, valorarlo.
- Respetar y entender la cosmovisión de los pueblos y las nacionalidades.
- Iniciar los procesos con la base y los niveles de dirección: conciencia de “sujeto de derechos” y ejercicio de derechos, garantía de derechos.

5. *¿Qué rol cumple el sector público y privado en la promoción de Salud Intercultural*

- Los sectores público y privado son garantes de derechos.
- Política de inclusión social con financiamiento.
- Veracidad y coherencia entre la política y el actuar.

6. *¿Quiénes forman las redes sociales en interculturalidad y salud?*

- Multisectorial, interinstitucional: instancias de salud, educación (públicas y privadas), gobiernos provinciales y cantonales; comunidad (organizaciones sociales, promotores, parteras).
- Las redes deben ser a diferentes niveles: provincial, cantonal, comunitaria.
- Relación horizontal.



7. *¿Cuáles son los retos, recomendaciones, agenda tentativa, compromisos de este taller?*

- Participación efectiva-vivencia de ciudadanía-veeduría social.
- Documentación-investigación-generación de evidencia. Generación de teoría. No solamente desde la academia sino de otros sectores como la población: sabios, parteras. Investigación, estudios de caso. Investigación longitudinal.
- Real valorización del subproceso de Salud Intercultural.
- Fortalecimiento de capacidades de los equipos de salud. Entendimiento claro de la promoción de la salud. Promoción como mecanismo de empoderamiento de las personas para incidir en la vivencia plena de la salud.
- Se realice una verdadera sensibilización y capacitación al sector salud, incluida la universidad sobre Promoción de la salud y Salud Intercultural.
- Los CU deberían ser fortalecidos para que continúen realizando veeduría no solamente de los servicios de SSR sino de todos los servicios de salud.
- Fortalecer los consejos cantorales de salud.
- Evaluación permanente del personal de salud, no solo de su conocimiento, si no de sus actitudes y valores.
- Fortalecer la organización. Reconocer sus aportes en la conquista de sus derechos.
- Formación de recursos humanos: personal de salud-promotores en promoción de la salud.
- Fortalecer el trabajo intersectorial e interinstitucional.

¿Cómo?

Descentralizar los procesos de capacitación que posibilite una mayor participación y fortalecimiento de las redes de salud.

Fortalecimiento proceso locales que permitan entender lo que implica el ejercicio de derechos.



CUS

Prioridades

- Comprensión integral.

Taller 5 **Género, interculturalidad y salud reproductiva**

Grupo técnico responsable

Introducción: Ana Elena Badilla, asesora técnica de género, Oficina Regional de América Latina y El Caribe UNFPA.

Moderación: Matilde Farinango, Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Secretaría técnica: Luz Lozano, Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
Paulina Garcés, DCI-Universidad San Francisco de Quito, Ecuador.

Género y salud en la agenda del Movimiento Indígena

Norma Mayo, CONAIE, Ecuador.

Experiencias de género y salud

Javier Román, Medicus Mundi, Bolivia.

“Mutilación genital femenina: diálogo entre los derechos individuales y colectivos”

Nancy Millán, coordinadora proyecto Embera Wera, Colombia.

Salud sexual y reproductiva en la agenda de las mujeres indígenas del Enlace Sur

Melania Canales, Enlace Sur de mujeres indígenas, Perú.

Retos y recomendaciones

- La elaboración de normativas regionales de salud que incorporen el enfoque de género, étnico, intercultural y generacional.
- Contar con un sistema de información regional que cuente con datos desagregados y diferenciados considerando las variables étnicas y de género.
- Redes latinoamericanas de apoyo e información.



- Construcción colectiva de las políticas de salud sexual y reproductiva reconociendo e incorporando las distintas visiones.
- Capacitación y sensibilización de los recursos humanos.
- Capacitación y acompañamiento en la formación.
- Se debe de hablar de manera amplia de la salud, desde las distintas visiones, occidentales, andinas, afrodescendientes y otras.
- Incorporación en políticas públicas con un concepto ampliado e integral de la salud.
- Fomentar la discusión de género a nivel andino y regional entre hombres y mujeres. Que se practique la paridad.
- Que se cambie el concepto de salud a salud integral.

Líneas de acción

- Creación de redes interinstitucionales a nivel latinoamericano para dar seguimiento y monitoreo a las recomendaciones planteadas.
- Elaboración de indicadores apropiados que den cuenta de la realidad para la elaboración de políticas adecuadas.
- Creación de espacios de diálogo intercultural para la reflexión conjunta e integral en materia de salud, género e interculturalidad.
- Trabajar en género desde cada cosmovisión con hombres y mujeres.
- Repensar la salud desde lo holístico, global, no solo desde lo occidental, para la creación de un sistema de salud más integral e integrador.

Compromisos

- Replicar la experiencia en los países.
- Dar seguimiento y monitoreo de los avances por país y en las diferentes instancias: Comisión Andina de Salud.

Taller 6

Fuentes de datos, indicadores y sistemas de información

Grupo técnico responsable

Introducción: Fabiana del Pópolo, CELADE / CEPAL, Chile.

Moderación: Freddy Llerena, UNFPA Ecuador.



Secretaría técnica: Claudia Hopenhayn, DCI-Universidad San Francisco de Quito, Ecuador.

El Sistema Nacional de Información para la Sociedad del Buen Vivir

Augusto Espinosa, SENPLADES, Ecuador.

Marco conceptual y metodológico de derechos colectivos en salud, con énfasis en salud reproductiva

Mirna Cuningham, Nicaragua.

Aportes de los censos indígenas y formulario comunitario para la construcción de indicadores con pertinencia cultural

Jorge Servin, Paraguay.

Consenso con pueblos indígenas y afroecuatorianos para las preguntas censales

Silverio Chissaguano, INEC CONEPIA, Ecuador

Experiencia piloto de metodología censal de pueblos indígenas en Perú

Neptali Cueva, CENSI, Perú.

Recomendaciones

A partir de la discusión realizada en el grupo de trabajo sobre los marcos conceptuales para la promoción de la Salud Intercultural, y el análisis de las experiencias de censos comunitarios, y considerando la responsabilidad de los Estados para garantizar a todos y todas los y las ciudadanos y ciudadanas el ejercicio de sus derechos individuales y colectivos, se recomienda:

Identificar a los pueblos indígenas y afrodescendientes en el sistema Estadístico nacional. El criterio para la inclusión de la variable etnia en debe ser la autoidentificación de los pueblos indígenas y afrodescendientes, la misma que deberá ser considerada en todos los instrumentos de recolección de información.

Garantizar que los indicadores convencionales sean desagregados para los pueblos indígenas y afrodescendientes

Promover marcos conceptuales adecuados para la definición de indicadores culturalmente pertinentes de salud a partir de las cosmovisiones indígenas. Los marcos conceptuales que se desarrollen deberán dar cuenta de los derechos colectivos e individuales. Deben ser pertinentes, oportunos culturalmente y teniendo presente el consentimiento previo, libre e informado.

Se considerarán los siguientes elementos:



- Territorialidad: Acceso y control del territorio.
- Acceso y control sobre los recursos.
- Resguardo de espacios vitales en salud.
- Acceso a servicios con pertinencia cultural: oferta y demanda, espiritualidad, cosmovisión y ritualidad.
- Conocimiento tradicional y complementariedad de saberes.
- Interculturalidad.
- Institucionalidad pública y sistemas propios de los pueblos indígenas y afrodescendientes.

Tomando en cuenta las fuentes de información disponibles y considerando los marcos conceptuales, proponemos:

Censos nacionales de población y vivienda

A las preguntas tradicionales sobre fecundidad y mortalidad utilizadas en el formulario incluir algunas relativas a la atención del parto y cobertura de salud.

Censos complementarios

Acorde a la realidad de cada país se debe desarrollar censos complementarios ligados al proceso censal, que permita contar con indicadores específicos de las condiciones de vida de los pueblos indígenas y afrodescendientes, tanto en zonas urbanas como rurales. Debe asegurarse la participación plena en todas las etapas: antes, durante, después, así como los recursos necesarios para tal efecto.

Se recomienda hacer el análisis a partir de:

- Oferta comunitaria.
- Oferta convencional de los sistemas de salud.
- Demanda tradicional y comunitaria.

En términos de elementos puntuales relacionados con:

- Métodos de planificación familiar.
- Atención del embarazo, parto y puerperio.



- Tipo de oferta, control de la oferta, satisfacción con respecto a la oferta.
- Pertinencia de la oferta oficial.
- Mortalidad materna.
- Mortalidad infantil.
- Mortalidad general.
- Mortalidad percibida.
- Morbilidad percibida.
- VIH.
- Tuberculosis.
- Violencia de género.

Registros administrativos

Respecto a la inclusión de la autoidentificación étnica se plantea que los ministerios de salud en coordinación con institutos nacionales de estadística y los registros civiles de los países deben asumir el compromiso de promover, facilitar y garantizar la inclusión de la variable etnia en los instrumentos de recolección de información, con la plena participación de los pueblos indígenas. Para garantizar los derechos de integridad cultural deberá respetarse el criterio de ciclo de vida y pertinencia. Para tal efecto, se debe indagar sobre eventos, nombres, edades, entre otras, desarrollando mecanismos adecuados para conocer y registrar esa información de forma pertinente, respetuosos de la cultura de cada pueblo.

Mediante las prácticas propias de los pueblos indígenas y afrodescendientes, considerar las estrategias indígenas con pertinencia cultural para identificar hechos vitales que no pueden ser captados de forma convencional. Considerar las recomendaciones internacionales ya consensuadas en los foros de pueblos indígenas y afrodescendientes, en las reuniones de expertos y demás eventos internacionales promovidos por el Foro Permanente, Celade / Cepal, Secretaría del CDB con respecto a:

- Autoidentificación.
- Institucionalización.
- Capacitación en dos sentidos.
- Campañas de difusión.
- Campañas de sensibilización.
- Inclusión de la participación de los pueblos y el consentimiento previo, libre e informado.



- Uso y difusión de los resultados a diferentes niveles
- Voluntad política de los Estados y organismos de cooperación y asistencia técnica internacional.
- Asignación de presupuesto.

Estas recomendaciones deben aplicarse en las diversas encuestas de los países, sobre todo las encuestas de demografía y salud, revisando los marcos muestrales para garantizar la representatividad de los pueblos indígenas y afrodescendientes.

Taller 7 **Embarazo adolescente en pueblos indígenas**

Grupo técnico responsable

Introducción

al taller: Gioconda Gavilanes, Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Moderación: Marcia Elena Álvarez, UNFPA, Ecuador.

Secretaría técnica: María Rosa Cevallos, MSP-UNFPA, Ecuador.
José Masache, DCI-Universidad San Francisco de Quito, Ecuador.

Video: La Hija de la Comunidad.

Diagnóstico andino sobre embarazo adolescente en pueblos indígenas (Bolivia)

Sylvia Salinas, Bolivia.

Cultura y sexualidad en adolescentes y jóvenes kichwas de Otavalo

Ariruma Kowii, Ecuador.

La prevención del embarazo en adolescentes desde la participación

María Manlla, Ecuador.

Historias, emociones y deseos maternales en adolescentes

Soledad Varea, Ecuador.

Introducción

- La cultura influye para poner el comienzo y el final de una etapa.
- En diferentes comunidades los roles sociales marcan los ciclos de vida.



- La religiosidad y espiritualidad determinan ciertos momentos de la vida.
- La adolescencia no es necesariamente una etapa de transición y crisis.

¿Existe el mismo concepto de adolescencia en los pueblos afro, indígenas y mestizos?

No existe un concepto único u homogéneo de adolescencia, el mismo varía según las diversas cosmovisiones. Para el mundo indígena no existe el concepto de adolescencia, la vida es un continuo de ciclos, que están marcados por ciertos ritos, pero se ven diferentes expresiones, las y los chicos buscan estar entre pares, construyen su autonomía.

Para el mundo afro existe y está marcado por ciertos cambios biológicos como los cambios de voz o la menstruación, el grado de instrucción también determina el momento de inicio de la adolescencia.

Semejanzas y diferencias en la vivencia de las sexualidades indígena, afro y mestiza

La sexualidad es una condición humana. La sexualidad está influenciada por las culturas... desde los sentires y saberes propios. La sexualidad se expresa en todo el cuerpo y define a los seres humanos y a sus interrelaciones.

Recomendaciones y retos

- Trabajar más con las poblaciones de las diversas culturas.
- Se necesitan más investigaciones desde sus propias voces, es complejo decir desde aquí cómo se sienten y piensan los demás.
- Trabajar más profundamente el tema de las masculinidades.
- Trabajar en relación las feminidades, masculinidades y la igualdad en la diferencia.
- Trabajar el tema de la igualdad de género.
- Reorientar los servicios de salud y nuestra comprensión de lo intercultural, es necesario hacer un cambio en las estructuras y en la forma en que nos comprometemos entre las diversidades.
- Hacer una clara diferenciación entre la planificación y el deseo, cuando hablamos de embarazo adolescente; ¿quién desea, por qué lo desea?
- “Debemos descolonizar la memoria, los cuerpos y las emociones”.



Factores culturales que inciden o evitan el embarazo adolescente:

Inciden

- Falta de reconocimiento del adolescente como un ser sexuado.
- Imponer un criterio dominante en lo que es educación sexual.
- El embarazo da un nivel más alto de reconocimiento y consideración social, ayuda a la adolescente a compensar carencias afectivas. Se produce por la búsqueda de una pareja que proporcione afecto y el deseo de ‘ser querida’.
- Familias brindan poca información sobre sexualidad y relaciones interpersonales, los jóvenes acceden a información y comportamientos más libres en el colegio, actividades deportivas (vida social), estar en casa se convierte en un factor de protección.
- La posibilidad de los jóvenes y adolescentes de asistir a eventos sociales (fiestas religiosas y culturales, etcétera) expone al consumo de alcohol y diversas situaciones en las que se pueden dar relaciones sexuales.
- Culpa asociada a la sexualidad fuera de matrimonio motiva a muchas chicas de la comunidad a justificar, como producto de ‘abuso sexual’ muchos de los embarazos.
- Existencia de tecnología, teléfonos celulares, televisión y medios de comunicación que transmite nueva información a la población joven y adolescente, la cual no se dialoga en casa.

Evitan

- Enfoque intercultural de educación en sexualidad.
- Apoyo de la comunidad y familia.
- Investigación encaminada a la orientación de políticas y programas.
- Trabajar con el ser humano el valor de la familia, comunicación y demostración afectiva.

Qué se entiende por aceptación cultural del embarazo adolescente. ¿Quiénes aceptan y por qué?

- Cultura que se organiza desde leyes reguladoras de la familia y sociedad, el matrimonio (previo o arreglado) legitima un embarazo adolescente.



- La aceptación del embarazo depende del arreglo del matrimonio o la formalización de una pareja con una unión libre (la convivencia ya forma un hogar).
- Anteriormente no se presentaban embarazos adolescentes fuera de matrimonio, sin embargo, esta situación ha cambiado en los últimos años gracias a la tecnología y globalización, lo que produce la adquisición de nuevos comportamientos.
- Los que aceptan son la comunidad y la familia, poco se conoce sobre la posición del adolescente, porque hay una visión centrada en el adulto.
- La madre adolescente soltera asume la responsabilidad y el prejuicio de la sociedad, mientras que el varón recibe el ‘castigo ejemplar’ y posteriormente tiene la posibilidad de formar una pareja.

Retos y recomendaciones para la prevención del embarazo adolescente con perspectiva intercultural:

- Investigación acerca de la realidad social, cultural y económica del embarazo adolescente.
- Giro en los medios de comunicación al presentar la sexualidad. Cumplimiento de la Ley de Comunicaciones que protege la información difundida.
- Capacitar personal de salud y educadores para abordar los temas de educación sexual. Educarnos.
- Presencia de líderes comunitarios y organizaciones cantonales, provinciales, justicia indígena, que puedan adaptar la información y comunicación que recibe la cultura a las necesidades de la comunidad.
- Reforzar las tradiciones e identidad cultural de las comunidades, para que se pueda producir una culturización armoniosa, que conjugue los aspectos positivos de la propia con la externa.
- Educación para la sexualidad que no solamente se enfoquen hacia la transmisión de información, sino que también incorpore habilidades emocionales y sociales que permitan tomar decisiones por sí mismos.
- ‘Escuela para padres’ enfocada hacia la orientación a los representantes de los y las adolescentes, las cuales sean dirigidas desde los centros educativos.



La prevención del embarazo adolescente

Alerta cuando se habla de diálogo intercultural

- Relativismo cultural. Idealización de las culturas. Visión de las culturas como estáticas.
- Absolutismo, etnocentrismo.

¿Qué hacer cuando hablamos de prevención? derechos

- No focalizar en resultado de reducción de embarazo adolescente. Enfoque de derechos, y de la existencia de las condiciones concretas para su ejercicio.
- Derecho incuestionable: la libertad.
- Objetivo claro, más profundo: promoción del bienestar de las/os adolescentes, y de una sexualidad libre, placentera.
- Todo Plan Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente debe definirse como contribución al bienestar de la población joven / adolescente.
- Los planes nacionales debe ser inscritos en ese marco, por tanto deben ser flexibles y aplicables a las diversas realidades; el objetivo no se debe reducir a números.

¿Cómo? ¡Empoderamiento!

- Estudio a profundidad.
- Enfoque integral: basado en derechos, que promueva la autoestima, la equidad de género, y la aceptación de la diversidad; enfoque desde la niñez.
- Propuesta debe surgir desde abajo, del micro-nivel. Desde adentro hacia afuera.
- Participación de los / las jóvenes mismos (protagonismo). Desarrollar, fortalecer organizaciones juveniles.
- Servicios de calidad, culturalmente sensibles y pertinentes en función a la propuesta específica.



- Derecho al conocimiento y la información, qué opciones de vida hay (derecho a elegir).
- Espacios inter: interculturales, intergeneracionales. Comunicación padres/madres-hijos/as.
- Apuesta: política con lineamientos generales, que apunte a un mismo objetivo, pudiendo concretarse en las realidades específicas.

¿Con quiénes? Multiactorial

- Familias: padres y madres; jóvenes-fortalecer la ‘demanda’ y ‘propuesta’.
- Comunidad: organizaciones, asociaciones locales, en un trabajo coordinado.
- Servicios: escuela, salud.
- Medios de comunicación, TIC.
- Iglesias.

Retos, desafíos

- Cambiar tema / enfoque: no orientado hacia embarazo adolescente (agenda).
- Investigar, conocer, de modo profundo.
- Cómo lograr que las poblaciones de determinadas circunscripciones logren identificar las mejores formas de promover el bienestar de los/as jóvenes, incluyendo el goce de los derechos sexuales y reproductivos.
- Cómo llegar a la juventud para que se constituya en protagonista real (Atención con problema de representatividad).
- Cómo lograr en las diferentes realidades, planes y presupuestos sensibles a asuntos de jóvenes, género, interculturales (para concreción).

Nota

- 1 Coordinador Académico, Seminario Taller Internacional “Interculturalidad y ejercicio de Derechos en la Subregión Andina, con énfasis en la Salud Sexual y Reproductiva, para el fortalecimiento del Sumak Kawsay”.



VI
ANEXO FOTOGRÁFICO



Salud, interculturalidad y derechos



Acto inaugural del seminario presidido por la entonces Ministra de Salud Dra. Caroline Chang (centro), acompañada de la Ministra Doris Solís Secretaria de Pueblos, Movimientos Sociales y Participación Ciudadana, Ministra Jeannette Sánchez Ministerio de Inclusión Económica y Social y Jorge Parra Representante del Fondo de Naciones Unidas en Ecuador.



Andrea Plchisaca, funcionaria del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, maestra de ceremonias.





Ceremonia ritual durante el acto inaugural.



Intervención de la Dra. Carmen Laspina Directora General de Salud.





Luis Enrique Katza Cachiguango en el Panel Derechos Humanos, Interculturalidad y Salud en el marco el Sumak Kawsay.



Panel Interculturalidad, ética y salud: Dr. Edgar Godoy, José Sola, Antonio Crespo y Neptalí Cueva.





Panel Interculturalidad, Género y Salud: Moni Pizani, Lilia Rodríguez, Irma Bautista y Katherine Chalá.



Panel Investigación en salud reproductiva: Jorge Hermida, Fernando Ortega, Michael Knipper.





Panel sobre el trabajo de ORAS-CONHU: Dra. Nila Heredia (Bolivia), Margarita Sáez (Chile), Neptalí Cueva (Perú) y Fernando Calderón (Ecuador).



Intervención de la Ministra María Fernanda Espinosa Ministerio Coordinador de Patrimonio.





José Roberto Pixeras, representante de AECID en Ecuador, durante la presentación del libro *Salud e Interculturalidad en América Latina: Prácticas Quirúrgicas y Pueblos Originarios*.



Intervención de Roberto Campos, Universidad Autónoma de México.





Intervención de la Dra. Nila Heredia ex
Ministra de Salud de Bolivia.



Panel Derechos Humanos Interculturalidad y Salud:
Michael Knipper, José Luis Baixeras y Gerardo Fernández Juárez.





Dra. Mirna Cunninham Universidad Uraccan, Nicaragua.



Dr. José Terán ex Director del Hospital San Luis de Otavalo.





Margarita Morales Presidenta de la Asociación de parteras de Otavalo durante la visita de campo.



Visita de campo Otavalo explicación sobre uso de hierbas medicinales.





Danzas tradicionales de Otavalo durante la visita de campo.



Sesión plenaria final conclusiones y recomendaciones: Lilia Rodríguez UNFPA, Edgar Godoy MSP, Carmen Laspina MSP, Gloria Lagos ORAS-CONHU.





Foto de grupo participantes del Seminario.



Sobre los autores



Gerardo Fernández Juárez

Español, Doctor en Antropología de América, Universidad Complutense de Madrid (1992). Dos décadas de trabajo antropológico en comunidades aymaras del altiplano boliviano, centrandó su investigación en aspectos rituales y de medicina indígena. Numerosos artículos y libros (*El banquete aymara: mesas y yatiris. Entre la repugnancia y la seducción. Ofrendas complejas en los Andes del Sur. Los kallawayas. Medicina indígena en los Andes bolivianos. Médicos y yatiris. Salud e interculturalidad en el altiplano aymara. Aymaras de Bolivia. Entre la tradición y el cambio cultural. Yatiris y Ch'amakanis del altiplano aymara. Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas. Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural. La diversidad frente al espejo. Salud, Interculturalidad y Contexto Migratorio. Kharisiris en acción. Cuerpo, persona y modelos médicos en el Altiplano boliviano*). En la actualidad es Profesor Titular de Antropología Social en la Facultad de Humanidades de Toledo, Universidad de Castilla-La Mancha.

Luis Fernando Calderón

Ecuatoriano, Doctor en Medicina y Cirugía, Universidad Central del Ecuador. Ex director de la Dirección Nacional de Salud Intercultural, Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Luis Enrique "Katsa" Cachiguango

Ecuatoriano, facilitador, experto en conocimientos y saberes de los pueblos indígenas. Docente de la Escuela de Gobierno y Políticas Públicas. Profesor de idioma kichwa. Docente de la Universitas de Sabiduría Ancestral y Nueva Consciencia Hatun Yachay Wasi de Colta, Chimborazo, Ecuador. Inspector por el Ecuador del Instituto para el Estudio de la Cultura y Tecnología Andina – IECTA con sede en Arica, Chile.

Amilcar Castañeda

Peruano, de origen quechua, residente en Costa Rica. Antropólogo y politólogo por la Universidad de Costa Rica. Coordinador para Centroamérica del Center For Na-



tive Lands. Consultor en derechos indígenas en el Instituto Interamericano de Derechos Humanos, la Organización Panamericana de la Salud, CUSO-Canadá. Docente de la Maestría en Salud Intercultural de la Universidad URACCAN de Nicaragua.

José Humberto Sola Villena

Ecuatoriano, médico salubrista. Profesor de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Profesor de la Maestría en Salud Pública del Instituto de Salud Pública de la PUCE. Profesor del Posgrado de Medicina Familiar de la Universidad del Azuay. Investigador del Centro Andino de Acción Popular –CAAP–.

Roberto Campos Navarro

Mexicano, Médico cirujano con especialidad en medicina familiar. Maestría en antropología social en la Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH). Doctorado en Antropología en el Instituto de Investigaciones Antropológicas de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Profesor Titular y Coordinador de Investigación del Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, UNAM. Es autor de los libros: *La antropología médica en México. Nosotros los curanderos. Experiencias de una curandera tradicional en el México de hoy. El empacho en la medicina mexicana, Antología (siglos XVI-XX). Textos peruanos sobre el empacho. El empacho en Cuba. Medir con la cinta y tirar del cuerito. Textos médicos sobre el empacho en la Argentina.* Es además autor de numerosos artículos y revistas.

Margarita Sáez Salgado

Chilena, Doctora en Medicina. Ministerio de Salud de Chile. Es autora entre otros trabajos de: *Interculturalidad en Salud: caminos y desafíos. Avances y desafíos en la Interculturalidad en salud.*

Rocío Rosero Garcés

Feminista ecuatoriana. Defensora de los derechos humanos de las mujeres en Ecuador y América Latina por más de tres décadas. Ha sido fundadora y co-fundadora de numerosas organizaciones y redes de mujeres en el país y en la región. Fue Directora Ejecutiva del CONAMU entre el 2003-2007. Ha sido consultora nacional e internacional sobre políticas de género en distintos países de la región. En marzo de 2008, el Municipio de Quito le concedió el Premio “Manuela Espejo”. Es autora de numerosas investigaciones publicaciones sobre género y derechos de las mujeres. Actualmente es Presidenta de Acción Ciudadana por la Democracia y el Desarrollo



Marcos Paz

Sociólogo, boliviano, consultor de FCI, UNFPA, OPS/OMS, UNICEF, Johns Hopkins University y el BM. Coordinador de la Mesa de Salud Intercultural. Coordinador Nacional de Redes Sociales en Salud. Autor de diversos planes, programas y proyectos de salud sexual y reproductiva. Responsable de diversas publicaciones oficiales sobre salud, salud indígena y movilización comunitaria.

Lilia Rodriguez

Ecuatoriana, Master en Políticas Sociales y Planificación por la London School of Economics, Inglaterra. Master en Antropología y Cultura por la Universidad Politécnica Salesiana de Quito. Diplomado de FLACSO en Pobreza Urbana y Estrategias de Subsistencia. Ha trabajado en Género, Población, Interculturalidad. Es Representante Auxiliar del Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA. Ha realizado investigación sobre salud intercultural y coordina el grupo interagencial sobre interculturalidad de Naciones Unidas.

Myriam Conejo

Ecuatoriana, doctora en medicina. Egresada de la Maestría de Salud Pública con énfasis en gestión y administración. Especialización en Adolescencia en la Universidad Andina. Ex directora de Jambi Huasi “Casa de la Salud”, en Otavalo, iniciativa del movimiento indígena de Imbabura que combina medicina occidental y medicina indígena. Actualmente es consultora del Fondo de Población de Naciones Unidas en el Ministerio de Salud Pública y directora actual de la Dirección de Salud Intercultural.

Ariruma Kowii

Ecuatoriano, abogado, profesor de la Universidad Andina. Poeta, ha escrito varios artículos sobre cultural, educación, interculturalidad. Ha producido canciones para el rescate de la lengua Kichwa. Fue Subsecretario de Diálogo Intercultural en el Ministerio de Educación.

Jeanine Crespo

Ecuatoriana, Obstetriz. Ha trabajado en Salud Intercultural en Loreto, provincia de Orellana. Actualmente se desempeña como técnica de la Dirección Nacional de Normatización del Ministerio de Salud.

Catherine Chalá Angulo

Mujer negra, Licenciada en Trabajo Social por la Universidad Central del Ecuador, con Estudios de maestría en Ciencias Sociales, mención Género en la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Curso de Gerencia Social del INDES-BID, Estados Unidos. Responsable del Departamento de Pastoral Afroecuatoriana en la Conferencia Episcopal. Activista del Movimiento de Mujeres y del Movimiento Negro del país. Fundadora y representante de las Mujeres Negras de Pichincha de 1999 a 2006. Consultora en BID, CONAMU y CEPP.

Irma Victoria Bautista Nazareno

Magíster en Asesoría, Consejería y Terapia Familiar Sistémica. Doctora en Odontología.

Facilitadora, investigadora en derechos de los pueblos indígenas y Afro-ecuatorianos, Tercer año de licenciatura en pedagogía Intercultural. Conferencista internacional sobre cultura afroecuatoriana y discriminación racial en Venezuela, Perú y EE.UU. Autora del libro: *Entre poemas y cuentos*. Expresidenta de la Confederación Nacional Afroecuatoriana CNA, FOGNEP. Presidenta “ASCIRNE”, Coordinadora Nacional de Mujeres Negras por Pichincha. Delegada al COSMEDIR (Consejo Social Metropolitano Contra la Discriminación Racial). Delegada al MSP, Dirección Nacional de Salud Intercultural, para la inclusión de los afroecuatorianos en el fortalecimiento de su Medicina ancestral y otras acciones en Salud.

Mario Tavera

Médico. Peruano. Funcionario de UNICEF.

Nancy Haydeé Millán Echeverría

Nutricionista, Dietista de la Universidad Nacional de Colombia; Magíster en Antropología Social de la Universidad de los Andes. Actualmente coordinadora general del proyecto Embera wera en Risaralda, a través del Fondo de Población de las Naciones Unidas y del Programa Integral contra Violencias de Género –MDG/F–Co-investigadora en procesos de evaluación de programas estatales y en la asesoría técnica para la atención diferencial a grupos étnicos en instituciones estatales. Realizó la investigación titulada “Soberanía alimentaria: significados y prácticas a la luz de dos comunidades indígenas embera del departamento del Chocó”. A publicado “Caracterización de los niveles de resolución de la problemática de seguridad alimentaria de la población en situación de desplazamiento forzado. Estudio de Casos: Soacha, Cundinamarca y Bello, Antioquia”.



Mónica Yaksic Prudencio

Lic. en Ciencias de la Educación con posgrado en Género y Desarrollo y Género y Políticas Públicas. Trabaja en el Fondo de Población de las Naciones Unidas desde 1999 y es Oficial Nacional de Programa en Género, Educación e Interculturalidad en Bolivia y consultora internacional del UNFPA, prestando asistencia técnica a diferentes países de la región Latinoamericana, en temas de educación para la sexualidad desde un enfoque de género e intercultural. Actualmente responsable del Proyecto Regional UNFPA/AECID denominado Mujeres Indígenas: Salud y Derechos implementado en Bolivia junto con otros cuatro países (Honduras, Guatemala, Ecuador y Perú).

Soledad Varea

Antropóloga, graduada en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, máster en género y desarrollo graduada en FLACSO- Ecuador, ha realizado su principal investigación en la Maternidad Isidro Ayora de Quito, alrededor del embarazo adolescente, adicionalmente ha realizado investigaciones sobre el aborto en Quito y Barcelona, sobre VIH- Sida y Pueblos Indígenas. Actualmente es estudiante de doctorado en FLACSO, Ecuador.

Fernando Ortega Pérez

Doctor en Medicina. Magister en Antropología, PhD. en Salud Pública y Diplomado en Bioética. Autor de: *Interculturalidad en la Bioética. La medicina tradicional como una forma de identidad. Modelos de atención de salud. A Cost Effectiveness Analysis of Anthelmintic Intervention for Community Control of Ascariasis. Hierbas Medicinales en Quito urbano. Conocimientos, Actitudes y Prácticas de la población masculina respecto de la anticoncepción. Sistemas de Salud en Ecuador. Archetypes universels a propos du mythe de la Mami Wata Centro-africaine. Ethnomédecine en Equateur: recherche et développement. Nutrición, Cultura y Salud. El caso de San Pedro de Casta, Perú. La Dicotomía Caliente/Frío en la Medicina Andina.* Coautor de más de veinte artículos publicados en journals científicos sobre contaminación humana por plomo y mercurio. Profesor a tiempo completo en la Universidad San Francisco de Quito. Visiting Scholar at Harvard University. Visiting Professor at Oregon State University.

Carmen Laspina Arellano

Doctora en Medicina y Cirugía. Master en Salud Pública. Directora General de Salud. Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

