

**FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES
SEDE ECUADOR
PROGRAMA ESTUDIOS DE GÉNERO Y DE LA CULTURA
CONVOCATORIA 2006-2008**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE MAESTRÍA EN CIENCIAS SOCIALES
CON MENCIÓN EN GÉNERO Y DESARROLLO**

**MATERNIDAD INDÍGENA EN COLTA. UN ESPACIO DE ENCUENTROS Y
TENSIONES**

MARÍA PATRICIA BAEZA CABEZAS

MARZO 2009

**FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES
SEDE ECUADOR
PROGRAMA ESTUDIOS DE GÉNERO Y DE LA CULTURA
CONVOCATORIA 2006-2008**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE MAESTRÍA EN CIENCIAS SOCIALES
CON MENCIÓN EN GÉNERO Y DESARROLLO**

**MATERNIDAD INDÍGENA EN COLTA. UN ESPACIO DE ENCUENTROS Y
TENSIONES**

MARÍA PATRICIA BAEZA CABEZAS

MARZO 2009

ASESORA DE TESIS: MERCEDES PRIETO

**LECTORES/AS:
Barbara Grunenfelder
Fernando García**

DEDICATORIA

A mi hija Monserrat y mi hijo Salvador, quienes fueron y son mi inspiración materna, a mi compañero e incondicional pareja Gabriel.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a todas aquellas personas que contribuyeron a la finalización de esta tesis, especialmente a mi profesora y directora Mercedes Prieto, quien me guió y apoyo con su valioso conocimiento, desde mi proceso de inicio hasta el término de la Maestría.

Agradezco también a Cecilia, quien desde su experiencia de vida me abrió las puertas de su comunidad y del mismo modo a todas aquellas mujeres indígenas que compartieron e hicieron visibles sus sentimientos de discriminación social frente al sistema. A las parteras y parteros, quienes compartieron sin tapujos, sus prácticas y tradiciones de atención de parto en las comunidades.

Al Centro de Educación, difusión e investigación social, CEDIS, a Cristina Cucurí, Sandra Naula, y Josefa Viñan, lideresas de Chimborazo.

Agradezco muy especialmente a mi amiga Andrea Pequeño, por darme la fuerza necesaria en los momentos difíciles y sonreír conmigo en los momentos felices, también por aceptarme como su familia en Ecuador.

A Susy Rojas, a Dayana León y Millaray Painemal, quienes siempre han estado dispuestas a demostrar su aprecio, cariño y amistad. A mis amigas y compañeras de Maestría, por su fuerza femenina y complicidad.

ÍNDICE

RESUMEN	7
CAPÍTULO I: SEXUALIDAD Y ESTADO: LA MATERNIDAD INDÍGENA	8
Introducción	8
Problema de estudio.....	9
Discusión teórica.....	12
Historización de los discursos sobre sexualidad	13
La sexualidad como organización social.....	15
Sexualidad como espacio político: la maternidad	16
Estrategia metodológica.....	19
Sinopsis de los capítulos	22
CAPÍTULO II: ESTADO, SALUD Y CUERPOS INDÍGENAS	23
Introducción	23
La salud y el movimiento indígena	32
La Ley de Maternidad Gratuita y la Atención a la Infancia	36
Maternidad y las políticas multiculturales	38
Conclusiones	41
CAPÍTULO III: SISTEMA OFICIAL DE SALUD EN EL CANTÓN COLTA ...	43
Introducción	43
Enunciados de políticas	45
Puesta en marcha de las políticas	47
Algunas limitaciones	58
Encuentros desencuentros entre las políticas de salud y la población indígena	61
CAPÍTULO IV: MATERNIDAD, PARTO Y DISCRIMINACIÓN	62
Introducción	62
Shuid y la maternidad	63
<i>Sumak kawsay</i> o el buen vivir	63
La buena mujer y el matrimonio	66
Mujeres maternas	72
Embarazo y parto en el hospital	77
La decisión	77
El parto	80
Ruta hacia la discriminación	82
Baños de agua fría	89
Conclusiones	91
CAPÍTULO V: MATERNIDAD COMUNITARIA: ¿ALTERNATIVA PARA EL BUEN VIVIR?	92

Introducción	92
Prácticas comunitarias de atención del parto.....	93
Ambiente de calor	93
Parteras reeducadas	96
Integración de los familiares	97
La maternidad comunitaria	98
Continuum vida-muerte	100
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES	103
Introducción.....	103
Encuentro del Estado con los cuerpos indígenas.....	104
La maternidad: territorio de encuentros y tensiones	105
¿Mujeres prisioneras?	107
BIBLIOGRAFÍA	112
ANEXOS	116

RESUMEN

Esta investigación abordó las tensiones existentes que surgen alrededor de la maternidad y por tanto sexualidad de las mujeres indígenas de las comunidades rurales de la provincia de Chimborazo. La mirada y problematización de esta tesis surge, de las observaciones estadísticas en torno a cierta variable demográfica, como es el caso de la fecundidad en este segmento de la población ecuatoriana.

Esta tesis se ubica en la intersección de la sexualidad, etnicidad y Estado. Por lo tanto mi pregunta central de investigación ha sido ¿cómo la sexualidad y el cuerpo de las mujeres indígenas se construyen como espacio de negociación de prácticas y discursos de la maternidad elaborados por diversos actores con especial atención a la comunidad y el Estado?

Según diversos teóricos, como Foucault (1995), Laqueur (1990), Butler (2002), y otros, señalan que existe un interés supremo de diversos agentes sociales, por controlar la sexualidad como un modo de organización social. Para efectos de esta tesis nuestra mirada estará centrada en dos agentes: el Estado y la comunidad. Sin embargo, cabe señalar que el presente debate, se encuentra cruzado no solo por elementos de carácter discursivo instalados en el imaginario colectivo, sino que igualmente se encuentra íntimamente ligado al racismo y exclusión como parte de una historia de segregación. Por lo tanto, se busca evidenciar el desplazamiento discursivo del Estado basado en una retórica multicultural, ausente de intervención. La intervención del Estado llega a través de las políticas de salud, y la implementación de un nuevo modelo de atención denominado “integral”. Este modelo de atención, instrumentalizado se vale de ciertos dispositivos de poder, para alcanzar, controlar e intervenir, tanto la sexualidad como los cuerpos de las mujeres indígenas, por la vía de la maternidad. Sin embargo, la comunidad también se configura como un agente activo de este control hacia las mujeres y su sexualidad. La oferta de la comunidad en este sentido es la ruta privada de salud, que es la atención comunitaria del parto. Para finalizar debo señalar que existen diferentes fuerzas discursivas que provienen de distintos agentes, que incitan y que de algún modo obligan a las mujeres indígenas a ejercer la maternidad. Sin embargo, ninguno de estos agentes se presenta como una alternativa válida, que mejore o dignifique el bienestar de la mujer indígena rural, producto de su maternidad.

CAPITULO I

SEXUALIDAD Y ESTADO: MATERNIDAD INDÍGENA

Introducción

Esta tesis explora las tensiones que surgen en torno a la fecundidad/maternidad indígena, desde la actoría del Estado y las propias comunidades. Por lo tanto es una tesis que se ubica entre la intersección de la sexualidad, etnicidad y Estado.

La lectura del problema se realiza a partir de las dinámicas demográficas que presenta este segmento de la población en el Ecuador. En este contexto la fecundidad se convierte en un componente clave para comprender ciertas dinámicas sociales relevantes, asociadas a etnicidad y control de la sexualidad de las mujeres indígenas, por la vía de la maternidad. En este espacio se indaga acerca de los diferentes significados de la maternidad, que se constituyen a partir de negociaciones público-privadas (comunidad-Estado) de las mujeres indígenas de la sierra, perteneciente a las comunidades rurales de la provincia de Chimborazo.

Así la maternidad, para efectos de esta tesis, se configura como un espacio de control de la sexualidad femenina, que se encuentra ligado a lo social y comunitario, como modo de organización social. Por lo tanto, se busca evidenciar cómo en este escenario la sexualidad adquiere importancia en la medida que se maternaliza.

Por otra parte, es importante contextualizar al lector sobre el preeminente giro que tuvo la presente tesis. El punto de partida inicial, fue indagar sobre la maternidad como parte estructural de la identidad de las mujeres indígenas. La lectura en esta primera instancia, debía ser realizada desde la óptica de representación simbólica de la no maternidad; vale decir, explorar que pasaba en un contexto de baja incidencia de anticonceptivos, dónde las mujeres indígenas por opción política o razones biológicas no llegaban a la maternidad; No obstante, esto no fue posible producto del tipo de hallazgos encontrados en trabajo de campo, que no dieron cuenta de esta realidad. En oposición a ello, debo señalar que me encontré con un Estado que impulsa el diseño de políticas públicas orientadas hacia una maternidad controlada, que busca alcanzar los cuerpos de las mujeres indígenas vía maternidad.

Finalmente en el desarrollo de este capítulo se traza el problema de estudio, el campo de discusión teórica entre la sexualidad y el Estado, la descripción metodológica y finaliza con una sinopsis de los capítulos.

Problema de estudio

“Entre nosotras no hay chicas que no quieran tener hijos. Para eso somos mujeres, para tener un hijo. Y seremos felices cuando ya tengamos el primero...”
(Tenorio, 2000:95).

En la primera parte de este capítulo exploro algunas tensiones observadas en las estadísticas que se desprenden de las tasas globales de fecundidad de la población ecuatorina. Ellas me permiten evidenciar un escenario complejo y contradictorio que se mueve en torno al control de la sexualidad de las mujeres indígenas, por la vía de la maternidad. De forma posterior contextualizo la investigación a través de la discusión teórica, considerando principalmente tres lineamientos que son: historización de los discursos sobre la sexualidad, la sexualidad como organización social y la sexualidad como espacio político, a través de la maternidad.

Como objetivo general se plantea explorar los diferentes significados de la maternidad, que se constituyen a partir de negociaciones público-privadas (comunidad-Estado) de las mujeres indígenas de la sierra perteneciente a las comunidades rurales de la provincia de Chimborazo.

Desde un punto de vista empírico la fecundidad en el escenario indígena parece ser un tema que se posiciona no solo como parte de una identidad de mujer, sino también como un espacio de control de la sexualidad femenina, que se encuentra ligado a lo social y comunitario, por la vía de la maternidad. Esta afirmación se desprende de la tasa global de fecundidad (TGF), que presenta la población indígena ecuatoriana, que para el periodo de 1999 al 2004, ascendió a un 4,9% (Encuesta demográfica de salud materna e infantil, 2006:28). Esta tasa global de fecundidad puede considerarse alta, al ser comparada con la población blanco y mestiza, cuya tasa es de un 3,1% en la población mestiza y de un 2,9% en la población blanca, para el mismo periodo (Encuesta demográfica de salud materna e infantil, 2006:28). Otro indicador interesante de observar es la TGF no deseada, cuyos índices más altos se encuentran en la población indígena con un 1,4%, con respecto a este

mismo indicador, la población mestiza alcanza solo un 0,6% (Encuesta demográfica de salud materna e infantil, 2006:28). Siguiendo con estas observaciones estadísticas, otras de las tensiones observadas, es que el 91,8% de las mujeres indígenas que han sido sometidas a esterilización quirúrgica se encuentran satisfechas con dicha intervención (Encuesta demográfica de salud materna e infantil, 2006:34). Esta cifra se encuentra muy por encima de la población blanca y mestiza, cuyos porcentajes, son significativamente inferiores.

Estos datos pueden prestarse para variadas interpretaciones y quizás muchas respuestas. Sin embargo, la más evidente y sencilla de ellas, es que las mujeres indígenas, por diversas razones ya sean políticas, sociales o culturales, tienen un mayor número de hijos que las mujeres blancas y mestizas.

Todo lo anterior da cuenta de la existencia de un escenario social contradictorio que teje tensiones alrededor de la fecundidad. Desde este punto de vista es interesante mirar como las estadísticas finalmente se encarnan en el cuerpo de las mujeres indígenas por la vía de la maternidad.

Mi hipótesis central, es que las comunidades indígenas rurales de la sierra en la provincia de Chimborazo, lugar donde se llevo a cabo la presente investigación, tienden a posicionarse como sociedades pro-natalidad; es decir manifiestan una alta valoración por la fecundidad, como modo de organización social, pues se busca ejercer, desde distintos ámbitos, un control sobre la sexualidad de las mujeres. En este escenario la sexualidad adquiere importancia en la medida de su maternidad. Así la fecundidad se transforma en un elemento clave, para lograr entender ciertas dinámicas sociales relevantes, asociadas a etnicidad y control de la sexualidad.

En el caso de Ecuador, de forma paralela y en una misma sociedad coexisten grupos blancos, afro, mestizos e indígenas. Sin embargo, cada uno de ellos, como veíamos anteriormente, presenta conductas diferentes con respecto al control de su natalidad. Es así como los grupos blancos y mestizos tienen una clara tendencia a disminuir y controlar las tasas de fecundidad, mientras que en la población indígena, se observa una conducta contraria a esta tendencia. Egüez (2005), por su parte hace alusión a este fenómeno social señalando, que Ecuador se encuentra en una etapa de cambios en sus tendencias demográficas, cuya sociedad y población la define en etapa de transición, puesto que:

Durante las últimas cuatro décadas se embarcó en un proceso acelerado de transición demográfica que ha avanzado de la mano con la urbanización, en donde el perfil de su población sufrió modificaciones importantes debido a cambios sustanciales en tres ámbitos; la migración, la fecundidad y la mortalidad (Egüez, 2005:27).

Estas modificaciones son precisamente las que he venido señalando y que tienen que ver principalmente, con las dinámicas contradictorias observadas, que se generan en torno a las tasas de fecundidad en los distintos grupos sociales. Frente a este panorama la realidad indígena es otra. Mientras sociedades blancas y mestizas desarrollan una dinámica que les permite controlar y disminuir sus tasas de fecundidad, la población indígena ha logrado mantener sus cifras de fecundidad, construyendo un escenario contradictorio a la tendencia general del país ¿cómo podemos explicar estas tendencias opuestas?

Retomando las aportaciones estadísticas, puedo señalar que la maternidad en el mundo indígena se configura como un espacio de conflictos, poder y tensiones no resueltas, puesto que la maternidad se transforma en la vía de acceso que permite a la comunidad, ejercer un control sobre la sexualidad de las mujeres indígenas. Esta búsqueda de control de la sexualidad por la vía de la maternidad provoca en algunos casos, que ésta, sea percibida “como una forma de identidad global que se impone al sujeto” (Sáez, 2004:70), situación que se deduce, producto de los altos niveles de satisfacción que presentan las mujeres indígenas que se han practicado algún tipo de esterilización quirúrgica; pues, como veíamos anteriormente, sus tasas de fecundidad no coinciden con el número deseado de hijos. Por lo tanto no es que las mujeres indígenas tengan una tendencia innata hacia la maternidad, si no más bien, existe un sistema social-comunitario que estimula la maternidad, porque permite tener un mayor acceso al control de los cuerpos y la sexualidad de las mujeres.

Así las mujeres indígenas se ven impulsadas o forzadas a ejercer la maternidad, sin desarrollar aparentemente una agencia. Situación equívoca, ya que como demostraré de forma posterior en el capítulo V, la maternidad se configura como un espacio de poder social, que les permite un posicionamiento familiar y comunitario.

En este marco de tensiones, debo señalar, que la maternidad es un punto de encuentro compartido no solo entre la comunidad y las mujeres, si no también, es un espacio donde se incorpora también el Estado, como un actor reelevante. Es improbable,

desde el punto de vista de la salud, que el Estado no busque alcanzar e intervenir estos cuerpos indígenas; es por ello, esta relación estará mediada siempre por la maternidad, y no por el control de la natalidad (no maternidad), como política estatal como veremos más adelante.

Es por ello, que el tema que investigué está relacionado con el campo de la sexualidad, la etnicidad /raza, y el Estado, en el contexto comunitario rural de la sierra ecuatoriana, en la provincia de Chimborazo.

Mi pregunta central de investigación ha sido ¿cómo la sexualidad y el cuerpo de las mujeres indígenas se construye como espacio de negociación de prácticas y discursos de la maternidad elaborados por diversos actores con especial atención a la comunidad y el Estado? El desarrollo y respuesta a esta interrogante me conlleva a comprender, la maternidad en el mundo indígena como espacio de tensiones no resueltas, cuyo producto es el comportamiento demográfico antes descrito.

Esta investigación, está enfocada a comprender los procesos de negociación discursiva de la sexualidad femenina asentada en la maternidad, como modo de organización social, que finalmente se traduce como un control sobre la sexualidad femenina. Este hecho se asume como parte del rol reproductivo y biológico-social esperado y a su vez asignado a la mujer en la comunidad.

Discusión teórica

La construcción de un marco teórico, me permite esclarecer mi hipótesis si efectivamente la maternidad, como elemento significativo de una identidad de género ligada a la sexualidad, forma parte de la construcción de un discurso político cultural de producción obligada como propone Butler (2002), que busca vigilar los cuerpos a través de un control de la sexualidad. La maternidad para efectos de investigación, ha sido entendida no solo como un elemento identitario de género, sino como elemento de construcción social en disputa, negociado mediante una política social discursiva que se encarna en el cuerpo de la mujer, cuyo resultado se refleja en prácticas y conductas adquiridas.

El presente debate teórico tiene un enfoque histórico sociocultural. Este enfoque, me permitió conceptualizar la sexualidad, como un elemento esencial de los modos de

organización social que busca controlar la sexualidad de las mujeres indígenas. Junto a ello, me permitió resituar la sexualidad y el cuerpo de la mujer indígena, como un territorio en conflicto y tensión permanente que forma parte de una construcción social.

Historización de los discursos sobre sexualidad

Para efectos de esta investigación, por discurso voy a entender la construcción de la realidad vía el lenguaje. Mis referentes teóricos para abordar este aspecto serán Foucault (1995), y Laqueur (1990), por ser los primeros teóricos que posicionan la sexualidad desde un enfoque histórico sociocultural. Este enfoque permite contextualizar la sexualidad como un elemento central de organización social.

Foucault (1995), pone en evidencia como durante el transcurso de la historia se ha intentado soslayar el tema de la sexualidad, cuya propuesta se sostiene sobre una falseada hipótesis de la represión. En base a esta afirmación, el autor señala que efectivamente siempre se ha hablado de la sexualidad, pese a que en muchas sociedades este tema sea reprimido.

Históricamente la Iglesia Católica funcionó como uno de los principales represores y controladores de la sexualidad; sin embargo, este mismo hecho hacía que el tema estratégicamente, adquiriera presencia y se socializara bajo este aparente régimen represivo. De modo, que la sexualidad se manifiesta en un marco “ilícito”, donde la represión se funda en base a un modo fundamental de organización, regida por las relaciones de poder, saber y placer, encontrándose condicionadas políticamente. Una herramienta teórica pertinente para este marco es la “biopolítica o biopoder” (Foucault, 1977). Concepto que “es muy útil a la hora de analizar los procesos de producción de cuerpos y sexualidades. Cuya nueva tecnología de poder se aplica al hombre viviente como masa” (Sáez, 2004:75). Por lo tanto es la administración de la vida por el poder” (Sáez, 2004:74), aparece así el control del nacimiento, maternidad, e infertilidad, entre otros temas.

Laqueur (1990), por su parte entrega elementos relacionados con la biología del sexo. Este punto lo desarrolla tras un análisis de las construcciones sociales, históricas y culturales con respecto al cuerpo. Así en su texto “la construcción del sexo” da a conocer como los discursos en base a los modelos teóricos del sexo, vigentes en el siglo XVIII y

XIX, se encontraban basados en la reinterpretación del cuerpo femenino en función del cuerpo masculino. En este marco señala que “el lenguaje muestra el panorama de la diferencia sexual” (Laqueur, 1990:20), hecho que permite afirmar que históricamente se fue conceptualizando y construyendo el cuerpo de la mujer, mediante una interpretación teórica discursiva, cuyo principal objetivo, fue establecer posibles vinculaciones entre placer y concepción.

Cuando efectivamente el discurso teórico basado en un modelo sexual establece que la mujer no necesariamente necesita un orgasmo para poder concebir, cambia la visión y el discurso con respecto a la sexualidad. Así “la pretendida independencia entre generación y placer creo un espacio en que la naturaleza sexual de las mujeres podía ser redefinida, debatida, negada o limitada” (Laqueur, 1990:20). Desde este contexto teórico discursivo se comienzan a establecer distintos mecanismos de control social, orientados a instaurar pautas conductas, capaces de disciplinar la conducta sexual de las mujeres.

Cabe señalar, que en este momento de la historia, coincidentemente se reforzó la idea de la maternidad, en un esfuerzo institucional (Iglesia Católica y Estado) por producir amas de casa, madres de familia, y “mujeres limpias e higienizadas”. Por su parte Lavrin (1991), y Manarelli (1999), señalan que a finales del siglo XIX y comienzos del XX en el caso de Perú, había una intención por parte del Estado de regular la vida de la mujer a través de un disciplinamiento sexual, abordado desde una perspectiva biológica de salud y educación que se desprendían como parte de las políticas sociales de la época. Existía una clara tendencia discursiva de asociar sexualidad con enfermedad, por el enfoque de políticas higienistas.

Así histórica y socialmente el sexo fue adquiriendo connotaciones de “categoría normativa” como señala Butler (2002), señalando que “existe un “ideal regulatorio” que norma la sexualidad y comportamiento de los sujetos” Siguiendo a esta autora considera que:

El sexo no solo funciona como norma, sino además es parte de una práctica reguladora que produce los cuerpos que gobierna, es decir cuya fuerza reguladora se manifiesta como una especie de poder productivo, el poder de producir, demarcar, circunscribir, diferenciar, los cuerpos que controla (Butler, 2002:18).

Este hecho se logra mediante la ritualización de la norma y de los discursos. Así, el poder de los discursos fluye y produce una realidad que determina prácticas y conductas, tanto en hombres como en mujeres.

La teoría vigente en Europa con respecto a la sexualidad, asumió ciertas particularidades en América Latina. La principal señal estaba dada por la presencia de población indígena, quienes aparentemente practicaban un “sexualidad salvaje” (Bartra, 1992), lujuriosa, apasionada, promiscua y exótica. En función de esta aparente realidad, se inicia un proceso de incorporación y construcción de un imaginario colectivo que “exotiza el cuerpo y sexualidad de la mujer indígena” (Bartra, 1992:3). Cobra interés desde el punto de vista étnico analizar, como este discurso se plasma en los cuerpos de los sujetos y permite construir una realidad que norma tanto los comportamientos como las prácticas sexuales de las mujeres indígenas, en la actualidad.

Es así como las “prácticas reiterativas”, que señala Butler (2002), permiten que el discurso se torne cuerpo, normando prácticas y conductas sexuales, instalándose en el imaginario colectivo un “deber ser” en función de un discurso hegemónico impuesto, donde la sexualidad indígena se ha ido construyendo histórica y socialmente, como parte de un cuerpo biológico- social, el cual necesita ser normado y controlado.

La sexualidad como modo de organización social

Un análisis enmarcado en un enfoque histórico sociocultural, permitió conceptualizar la sexualidad como un elemento esencial de los modos de organización económica y social, como señala Weeks (1998), que dan paso, a la creación de teorías de estructuras determinantes, reafirmadas en suposiciones un tanto esencialistas. Esto se refiere principalmente, a que la sexualidad se presenta como mandato biológico básico, que presiona contra la matriz cultural y que por lo tanto debe ser restringido por ella. Determinando la sexualidad como un espacio configurado por las fuerzas sociales, que disputan y responden a determinados intereses. Así este autor plantea que la construcción de la sexualidad comprende maneras múltiples en que nuestras emociones, deseos y relaciones son configuradas por la sociedad en que vivimos. Incluso señala, que la

sexualidad solo existe a través de las formas sociales y su organización. De modo, que no se puede hablar de sexo y sociedad como dos campos distintos o excluyentes.

En esta línea es importante reflexionar en torno a las lógicas de poder imperante que circulan y permean los discursos en función de la maternidad. En este sentido, asumo que adquieren singular importancia “los sistemas de signo en la relación estructural” (social), (Sáez, 2004:63). Pues, las dinámicas sociales propias de funcionamiento de las comunidades indígena, otorgan ciertos significados a la maternidad, perfilando un determinado discurso sobre la misma. A esto se agrega que el discurso de la maternidad de ve reforzado de forma continua, por una discursividad implícita que busca poder mantener un cierto poder basado en el control sobre el cuerpo y sexualidad de la mujer indígena.

El presente debate, se encuentra cruzado no solo por elementos de carácter discursivo instalados en el imaginario colectivo, sino que también se encuentra íntimamente ligado con el racismo y la exclusión como parte de una historia de segregación de los cuales las comunidades indígenas se encuentran históricamente afectadas.

Sexualidad como espacio político: la maternidad

La maternidad junto con formar parte de un discurso social hegemónico dominante, es parte constituyente de una identidad de mujer. La unión de ambos elementos construyen un sujeto mujer, maternal y reproductivo que permite asimilar de forma positiva la fecundidad. Este discurso desplazado a las comunidades indígenas se ve reforzado, al ligar la identidad de mujer con el desempeño de un rol biológico social reproductivo, portadora de su cultura.

La maternidad, se encuentra cruzada por el discurso social sobre ser madre y la maternidad, que traspasa fronteras sociales, económicas y étnicas. La importancia de ésta tensión radica en “el concepto de mediación simbólica asumido por la figura materna” (Lauretis, 1995: 284), sobre en el imaginario social a nivel de lo discursivo. Por lo que se elabora un sujeto mujer que es “concebido sólo en relación con lo materno”(Lauretis, 1995:285), estructurando de este modo lo que Lauretis concibe como “un imaginario materno”. Estos imaginarios construidos alrededor de la maternidad adquieren matices diferenciadores según su contexto. Scheper-Hughes (1997), es una de las autoras que

incorpora al debate de la maternidad, construcción y significado, el componente de clase. Así la maternidad adquiere significados diferenciadores conforme a este sentido.

Las mujeres de clase media de Bom Jesús eran partidarias de la “planificación familiar”, para ellas, pero eran incluso más fervientes partidarias del “control de la población”, para las clases más pobres de la ciudad. Y mientras que las mujeres del Alto afirmaban enfáticamente que engendrar y criar niños era un “deber” femenino, las mujeres de la clase media y Alta de Bom Jesús veían la procreación como un “derecho”, que se podía ejercer cuando habían suficientes recursos para asegurar a cada niño una educación decente (Scheper-Hughes, 1997:325).

Esta afirmación es una clara evidencia que los significados y re-significados que se le atribuyen a la maternidad se encuentran entrecruzados de una serie de elementos sociales y culturales que generan prácticas y sentidos diferenciadores entre las mujeres. “El amor materno *no es* un amor natural; representa más bien una matriz de imágenes, significados, prácticas y sentimientos que siempre son social y culturalmente producidos” (Scheper-Hughes, 1997:329).

La maternidad como elemento diferenciador de una identidad de género, puede ser asumido como recurso político reivindicador, según las características que asuma en determinado contexto, ya que como señala Scheper-Hughes el amor materno *no es* una amor natural.

El complejo de la maternidad puede constituirse en un espacio de negociaciones efectivas y de resistencias, ya que si bien “existe una vigencia que liga mujer/madre/naturaleza... las mujeres indígenas no serían sujetos pasivos de esta representación” (Prieto, 2005:166), porque elaboran sus propios mecanismos para dar respuesta a dinámicas impuestas por otros sistemas sociales. Es así como Butler (2002), señala que “frente a dinámicas impuestas se generan respuestas de resistencia u oposición”. Esta afirmación me permite pensar que puede existir un desplazamiento de la posición de mujer frente a los discursos, evidenciando una agencialidad de la mujer, que permite posicionar la maternidad como un espacio de poder. Con esto quiero señalar que de constituirse en sujeto pasivo receptor de discursos, sus cuerpos son transformados en espacios de negociación, y filtro de estos discursos que intentan regular los cuerpos. De algún modo, “esta regulación del cuerpo y comportamiento de las mujeres no es un proceso

unívoco sino que aparece como un proceso de negociación entre sectores dominantes y las propias mujeres quienes resignifican” (Prieto, 2005:164), estos espacios discursivos.

Tenorio, señala que en el contexto indígena “las concepciones sobre sexualidad se han modificado de manera importante en las últimas décadas y que probablemente los cambios más significativos tengan que ver con los nuevos sentidos de la maternidad y la paternidad” (Tenorio, 2000:54). Ahora bien, de cara a estos antecedentes, es necesario profundizar en éste aspecto ya que la maternidad y paternidad se encuentra estrechamente relacionada con el tema de planificación familiar y por lo tanto con sistemas discursivos de anticoncepción, ausentes en este caso de las políticas públicas del Estado, en Ecuador respecto a los indígenas. Este mismo autor, señala con respecto a los discursos sexuales institucionales dominantes, específicamente el religioso que éste “construyó una férrea barrera ayudada por el aislamiento y por el sentido que la cultura le da a la sexualidad” (Tenorio, 2000:155), para influir de forma posterior en el moldeamiento que determinan ciertas prácticas sexuales.

Se gesta en las mujeres, producto de factores externos, un impulso por cumplir y ejercer la maternidad, fruto de una presión social. Esta situación anula muchas veces la opción política de la mujer para decidir sobre su propio cuerpo y sexualidad. Se construye así una norma social indígena que “ve bien” a la mujer cuando es madre, “en este contexto el cuerpo físico de la mujer se convierte en un espacio práctico de control social y en una matriz identitaria para la totalidad del pueblo” (Prieto, 2005:164). La maternidad en este contexto, encarna el fin último de ser mujer. La representación simbólica de la mujer se encuentra muy atada a la naturaleza asociandola como generadora de vida, vale decir como un sujeto naturalmente reproductivo.

Es así como la maternidad se encuentra cruzada por una serie de elementos que influyen y moldean su significación y resignificación. Es por ello que:

La cuestión de la “diferencia” fue un planteamiento central para mover las viejas maneras de analizar la maternidad. La evidencia de los efectos de la diversidad en las identidades raciales, étnicas, de clase, sexuales, de edad, de región y de nación, mostró claramente que el sentido de esta práctica está multideterminado y que debe ser estudiada localizadamente (Palomar, 2005:52).

Así “la mujer esta ligada al ámbito comunitario y de vinculación con la naturaleza estableciendo además una relación directa entre posición social de mujer/madre y la de trasmisora cultural (Prieto, 2005:167), a través de la maternidad, en un contexto de obligatoriedad, como es el caso del contexto indígena rural.

Si se incorpora al debate de la maternidad la condicionante étnica, en un contexto rural comunitario, al concepto de clase que aborda y propone Scheper-Hughes (1997), se genera una dinámica social que mezcla una diversidad de elementos, donde el escenario de la pobreza y la supervivencia traza ciertos lineamientos que moldean en las mujeres indígenas rurales prácticas recurrentes de una maternidad frustrada, en contextos adversos, conforme a situaciones de pobreza y supervivencia hecho que profundizaré más adelante.

Trata de las dimensiones individuales y personales, además colectivas y culturales, de las prácticas maternas dentro de un ambiente hostil a la supervivencia y al bienestar de las madres e hijos. Mi argumento es que la alta expectativa de mortalidad infantil es un poderoso determinante del pensamiento y prácticas maternas, algo que en particular se evidencia en el retraso con que se manifiesta el cariño hacia las criaturas, a quienes a veces piensa como “visitantes” transitorios de la casa. (Scheper-Hughes, 1997:328).

Estrategia metodológica

Esta investigación está centrada en el campo de la intersección entre la sexualidad, la etnicidad/raza y el Estado.

La estrategia metodológica tuvo un enfoque etnográfico multilocal, como el que propone Marcus (2001). Esta metodología me pareció pertinente, puesto que la estrategia de investigación mira “la transformación de los sitios de producción cultural, lo que permite seguir un hilo conductor” (Marcus, 2001:113), que enlaza elementos o actores claves que estarán presentes a lo largo de la investigación, junto con ello, deja espacio para buscar rutas más abiertas y especulativas en el trabajo de campo. Este hilo conductor lo enlazo a través del seguimiento de las políticas de la salud, en tanto se cruzan con el tema de la sexualidad. Por lo tanto hago un seguimiento del Estado central hacia la comunidad a través del enunciado de las políticas de salud, relacionadas con el control de la natalidad, desde el nivel central, luego local y finalmente en la comunidad.

Me interesa mirar como la producción cultural cambia al seguir los enunciados de las políticas y la retórica de la sexualidad.

Esta estrategia metodológica “pone atención en lo cotidiano, en el conocimiento cara a cara con las comunidades” (Marcus, 2001:113). Pues, es precisamente en estos espacios donde se centró la investigación, en la búsqueda de esta relación que puede ser entendida bajo la comprensión de los comportamientos y conductas de lo cotidiano; es decir del día a día, como un único mundo que se conecta con otros espacios sociales más amplios, porque hay un sistema que estructura instituciones y sistemas locales. Así “la etnografía estratégicamente situada intenta entender de manera, más amplia el sistema en términos etnográficos y, al mismo tiempo, a los sujetos locales” (Marcus, 2001:121), una mirada investigativa que busca observar las trayectorias desde una ámbito global hacia la resignificación de las lecturas que se establecen a nivel local. Es por ello que utilizar la etnografía multilocal como metodología permite mirar “el movimiento entre lugares y niveles de la sociedad” (Marcus, 2001:123).

Por ello, en este marco me interesa mirar las trayectorias de los discursos hegemónicos del Estado y de las comunidades indígenas, como agentes sociales, que permean y controlan las prácticas de la sexualidad femenina, a través del discurso de la maternidad.

Para hacer más descriptivo este punto, debo señalar que realice un seguimiento a la trayectoria de las mujeres indígenas que se encuentran con el Estado y la comunidad por la vía de la maternidad. Este hecho marco un recorrido investigativo que me llevó a mirar al Estado como agente que busca controlar la sexualidad de las mujeres indígenas a través del diseño y construcción de políticas de salud maternalizadas. Luego seguí estas políticas globales aterrizadas en el contexto local del cantón de Colta, allí miraré como eran leídas y resignificadas por los diferentes agentes como: las mujeres indígenas, las comunidades y el propio hospital cantonal. Es recién en este punto, donde se genera el encuentro real y concreto entre las mujeres indígenas de las comunidades rurales y el Estado vía maternidad. El punto final y a su vez inicial de este recorrido esta marcado por la comunidad y las mujeres indígenas. La comunidad entonces, se transformo en un nuevo punto de partida,

iniciando el recorrido nuevamente de forma inversa, para poder mirar la salida de las mujeres desde la comunidad, hacia el encuentro con estas políticas de salud estatal.

En estas diversas instancias se distinguen cuatro niveles: el Estado central, sistema de salud local, comunidad y las mujeres indígenas.

- **Estado central:** seguimiento del enunciado de políticas públicas de salud, relacionadas con el control fecundidad, a través de la recopilación de información de documentos y entrevistas con respecto a las políticas públicas de salud, que me permitió indagar como las políticas públicas abordan el tema de la sexualidad y control de la natalidad en la población indígena, esto desde una perspectiva global.
- **Sistema de salud local:** Desde el punto de vista local, me interesó conocer la construcción del discurso del centro de salud comunitario, para analizar como son manejadas las políticas de salud de atención a la maternidad, con respecto a las mujeres indígenas de los sectores rurales de la sierra. Para ello entrevisté a las personas que laboran en el establecimiento público “Hospital cantonal de Colta”. Allí también miré la práctica real, con respecto a la calidad de los servicios de atención pública, por concepto de maternidad y parto en mujeres indígenas.
- **Comunidad:** Se realizaron entrevistas en profundidad a las y los parteras/os que brindan en la actualidad atención de parto en las comunidades. El objetivo fue conocer sus percepciones del porque las mujeres optan por una atención comunitaria en vez de la atención en un centro de salud.
- **Respuesta de las mujeres (negociación del discurso):**
En este ámbito entrevisté a mujeres indígenas madres jóvenes de entre 18 y 25 años de edad, mujeres indígenas jóvenes no madres entre 18 y 25 años de edad, madres de mediana edad entre 26 y 45 años y madres mayores de entre 46 años en adelante pertenecientes a la comunidad. El objetivo de ello es comprender como la maternidad las sitúa en una determinada posición (inclusión-exclusión) en su comunidad, en función de la negociación corporal de los diferentes discursos hegemónicos dominantes.

Sinopsis de los capítulos

La presente tesis contiene seis capítulos distribuidos de la siguiente forma. El Capítulo I tiene como objetivo contextualizar al lector en la problemática planteada que se sustenta en base a información estadística con respecto a los comportamientos demográficos, específicamente en temas de fecundidad. También da una panorámica acerca de la discusión teórica en temas de control de la sexualidad femenina, como un modo de organización social. Igualmente da a conocer y sustenta la estrategia metodológica utilizada en el trabajo investigativo.

El capítulo II tiene como objetivo realizar el primer acercamiento a la problemática de la fecundidad, desde la mirada estatal. Para ello se explora la salud desde tres ámbitos: la salud y el movimiento indígena, la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, y la maternidad y políticas multiculturales

El capítulo III explora como las políticas globales de salud son leídas y resignificadas en un contexto local, en función de la maternidad.

El capítulo IV pretende dar cuenta de los puntos de encuentro y desencuentro entre el Estado y las mujeres indígenas vía maternidad, dejando en evidencia un escenario de tensiones que se teje alrededor de la fecundidad y la maternidad.

El capítulo V busca evidenciar la tensión que existe entre las muertes públicas y privadas producto de la maternidad, de forma más compleja, pues, trata de evidenciar una maternidad frustrada de las mujeres indígenas donde tanto el Estado como la comunidad actúan como cómplices. Es el punto de encuentro entre ambas rutas de salud la pública (Estado) y privada (comunidad), con el objeto de alcanzar y controlar la sexualidad de las mujeres por la vía de la maternidad. El capítulo VI reúne las conclusiones y aportes de la presente investigación.

CAPITULO II

ESTADO, SALUD Y CUERPOS INDÍGENAS

Introducción

El centro de interés de este capítulo son los avatares que ha experimentando el Estado ecuatoriano, durante los últimos veinte años con respecto a la interacción con los pueblos indígenas y sus movimientos sociales, con especial referencia al tema de la población (control demográfico) y la sexualidad.

Mi hipótesis central plantea, que el tipo de relación Estado-comunidades indígenas se encuentra en pleno proceso de estructuración y consolidación. Este hecho permite conformar un escenario político-social, que ha sido posible gracias a la presencia, a mi juicio, de dos elementos importantes que son: las reformas del Estado (descentralización y modernización) junto a las demandas del movimiento social indígena del Ecuador.

La confluencia e interacción de ambos elementos, otorga ciertas particularidades a dicho proceso, cuya principal característica está dada por la existencia de una diversidad de elementos en pugna que se entrecruzan, generando tensión y respuesta, por parte de ambos actores. En efecto, esta dinámica origina un escenario social que resulta complejo y ambiguo, cuya constante se traduce, en negociaciones permanentes entre el Estado y las comunidades indígenas.

Para efectos del tema convocado en este capítulo, se analizarán dos dispositivos sociales del Estado que son: salud indígena y Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. La perspectiva de análisis se encuentra focalizada en la población indígena de los sectores rurales de la provincia del Chimborazo.

El Estado mediante estos dos dispositivos de poder, que en la actualidad aborda desde el área de la salud, da cuenta de una serie de nuevas estrategias de intervención. Estas se encuentran en vías de construcción, por lo que presumo, que a largo plazo, permitirán al Estado una consolidación pública en el sector rural, específicamente, en las poblaciones indígenas.

Durante largo tiempo se ha obviado la relación que existe entre el Estado y los cuerpos indígenas. Para muchos analistas sociales y agentes de intervención, esta relación a permanecido bajo el velo de la invisibilización, tras las prolongadas ausencias de

intervención por parte del Estado. Producto de este hecho, los pueblos indígenas han funcionado como sociedades paralela donde, “el Estado ha tenido una presencia muy escasa en las regiones más apartadas y de difícil acceso, muchas de ellas pobladas mayoritariamente por indígenas y en las cuales se establecieron diversas formas de autogobierno de facto” (Meentzen, 2007:14).

La distancia geográfica, que genera este sentido de abandono, proviene de la percepción o dificultad institucional de no generar las condiciones de bienestar en las comunidades rurales indígenas. Esta situación forja y refuerza un sentido de abandono social en las comunidades, que se acopla a una retórica de inclusión, ausente de acciones y hechos, por lo que termina siendo excluyente. Estos costes sociales no son asumidos por el Estado, muy por el contrario, esta retórica solo ha logrado fomentar una institucionalidad discriminatoria, carente de actores.

En la medida en que el Estado se esfuerza por incrementar su presencia en las regiones más apartadas y fronterizas, surge la necesidad de redefinir la relación entre éste y la autogestión indígena en las comunidades y pueblos de estos territorios (Meentzen, 2007:14)

Aguirre hace alusión a este hecho señalando que “el Estado pese a tener una identidad definida como multicultural, sus sistemas de intervención actúan de forma ciega ante las diferencias, étnicas y culturales” (Aguirre, entrevista, 2008).

El Estado por su parte esta permanente ‘hablando’ con respecto al cuerpo, la salud y la sexualidad “la voz del Estado es la mayoría de las veces sutil, casi imperceptible, y se encarna en el cuerpo de los sujetos que gobierna a través de una serie de tecnologías” (Echazú, 2006:3). Estas técnicas están diseñadas de tal modo, que permiten al Estado buscar formas y estrategias de llegar a estos cuerpos, gobernarlos e intervenirlos desde la óptica del control de la sexualidad. Una de estas técnicas por ejemplo es el diseño y construcción de políticas estatales adoptadas para el control de la fecundidad, que se caracterizan principalmente por poseer un enfoque universal y homogéneo, que engloba a la población en su totalidad. Sin embargo, de forma solapada, vemos que las políticas de control de la fecundidad para la población indígena son políticas maternalizadas, a diferencia de los otros grupos sociales como son los blancos y mestizos. En este sentido la

especificidad identitaria del Ecuador de constituirse en un Estado multicultural, se ve contrariada, pues el Estado se manifiesta como agente dominador, que fomenta ciertas pautas de conducta que lo favorecen.

Y es que se sabe de sobre que en la relación intercultural el dominador dicta las pautas de conducta, que aquí no es otra cosa que obligarlo a adaptarse al modo de ser del “otro”. Una cultura que ha vaciado de contenido el silencio no puede entender su valor denigrando todas sus manifestaciones (Aguiló, 1992:179).

La ausencia conceptual de multiculturalismo en las políticas públicas, deja fisuras en la implementación de estrategias de intervención, que faciliten la llegada de estas políticas a las comunidades indígenas. Conjeturo que este hecho tiene sus propias secuelas. Una de ellas es que el multiculturalismo se transforma en una retórica Estatal, que hace más difícil y compleja la inclusión de los cuerpos indígenas a su sistema de intervención desde el ámbito de la salud. Por su parte, las comunidades indígenas, ciertamente forjan su propias respuestas frente a esta situación, la más evidente, es su resistencia inclusiva a formar parte del sistema de intervención estatal. En este contexto cabe señalar que estas retóricas de inclusión multicultural, desde la entrada de salud vía la maternidad, tiene secuelas para las mujeres indígenas, que se refleja en la llegada tardía de un Estado que perpetúa la muerte en la maternidad, situación que se manifiesta a través de los procesos y rutas de discriminación presente en los sistemas de salud pública.

Resulta interesante indagar, con respecto a las tensiones que se generan en torno a la maternidad indígena, como un modo de control de la sexualidad por parte del Estado, configurada reto de una nueva lucha política.

Las estrategias de acción, servicio y atención por parte del Estado en cuanto al control demográfico, anterior a los años '90 se caracterizaban por ser de largo plazo y fragmentarias; vale decir, regia la “existencia de subsistemas con distintos arreglos de financiamiento, membresía y prestaciones generalmente ‘especializados’ en diversos segmentos de la población por lo general determinado por nivel de ingresos” (Villacrés y Yépez, 2002:9), así mismo, eran discontinuas y segmentadas porque existían “muchas entidades no integradas en un subsistema. Esta situación eleva los costos de transacción al interior del sistema y hace difícil garantizar condiciones equivalentes de atención para las

personas afiliadas a los diversos subsistemas” (Villacrés y Yépez, 2002:9). Frente a la diversidad cultural imperante en el Ecuador, estas políticas de control demográfico no encontraron el ajuste necesario que les permitiera llegar a las poblaciones indígenas, por lo que resulta práctico y viable como estrategia política, hablar de una invisibilización histórica por parte del Estado con respecto a las comunidades indígenas de los sectores rurales del Ecuador.

En un contexto global, la incorporación de los derechos sexuales y reproductivos en el Ecuador, en los años '90, provocó un giro con respecto a las políticas públicas enfocadas hacia el control demográfico. Se generó un nuevo escenario político social, que impulsa a establecer nuevas relaciones entre el Estado y sociedad, en torno al ámbito de la sexualidad y la reproducción, perfilándose según León (1999), como un tema relacionado directamente con asuntos de democracia, ciudadanía, equilibrio económico y bienestar. En este plano las políticas públicas, se diseñan en función de concebir a los sujetos como ciudadanos de derechos en este ámbito.

Pese a la existencia de esta reformulación en la concepción de sujeto receptor de políticas públicas, en temas de reproducción, el Estado en un primer momento, imprimió una relación trivial con respecto a las comunidades indígenas rurales, en cuanto a fertilidad –maternidad. Esta relación marcada por la ausencia de intervención estatal, pareciera constituirse en una primera condicionante, que permitió a la población indígena asumir su propia dinámica frente al tema de la reproducción, que evidentemente se encuentra permeada por ciertas prácticas culturales con respecto al tema.

De modo que podría señalar la existencia de dos momentos en la interacción Estado-comunidades indígenas, en temas de salud sexual y reproductiva. Un primer momento estaría dado por la ausencia de intervención, mediante la homogenización y universalización de sus políticas públicas, que de algún modo justifican, la no pertenencia de las comunidades indígenas rurales con respecto a los sistemas de salud estatal, y por lo tanto su exclusión, marginación y resistencia frente al mismo. Y un segundo momento dado igualmente, por la universalización y homogenización de las estrategias de intervención en salud, pero, con la particularidad, que en esta fase el Estado ha sido capaz de erigir de forma implícita un perfil basado en la exclusión social, que ‘habla’ de un sujeto ‘mujer

indígena rural’, dada las características que conforman los criterios de focalización, para su asignación presupuestaria.

La ejecución de esta estrategia, permite afirmar y confirmar que si bien el Estado ecuatoriano por un largo periodo de tiempo estuvo ausente de intervención en este segmento de la población, en la actualidad esta situación esta en proceso de reversión.

Técnicamente, esta estrategia de intervención estatal, actualmente esta siendo llevada a cabo, mediante la implementación de dos mecanismos que son: la focalización y la vulnerabilidad social. Ambos mecanismos permiten perfilar a individuos indígenas de sectores rurales, bajo el amparo de los dispositivos de salud como son la ‘salud indígena’ y ‘Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia’. Este mecanismo,

implica concentrar la inversión en una población seleccionada según determinadas características con el propósito de elevar el impacto potencial por beneficiario. El mecanismo más idóneo depende en gran medida del tipo y escala de los beneficios involucrados.

En términos generales se pueden distinguir los mecanismos de focalización siguientes:

- Focalización geográfica
- Focalización por tipo de beneficiario

La focalización territorial realizada por el Frente Social establece:

- Prioridad 1: zonas censales de la cabecera cantonal y parroquias rurales del cantón con porcentaje de pobres mayor o igual a 80%.
- Prioridad 2: zonas censales de la cabecera cantonal y parroquias rurales del cantón con porcentaje de pobres entre 60 y 80% (Villacrés y Yépez, 2002: 62).

El Estado mediante la implementación de estos mecanismos de focalización, busca facilitar y priorizar la inclusión de las mujeres indígenas rurales al sistema de salud estatal. Sin embargo, la implementación de este mecanismo, pareciera no estar logrando su objetivo, pues, la realidad que se vislumbra estadísticamente, es que las mujeres indígenas de los sectores rurales aun se mantienen al margen del sistema de salud pública, hecho que se refleja en los escasos porcentajes de acceso y atención, junto los altos porcentajes de mortalidad materno infantil existentes en este segmento de la población.

La segunda estrategia de intervención Estatal para llegar a este grupo social, ha sido la de establecer un perfil de exclusión social y vulnerabilidad en salud, que le permita dar prioridad de intervención:

Se acuerda, además, que la exclusión es una categoría que se centra en acceso, es decir es una consecuencia, por lo tanto, lo importante es definir la magnitud de los riesgos y vulnerabilidad en salud que permita identificar no sólo la exclusión sino las prioridades de intervención en poblaciones específicas (Villacrés y Yépez 2002: 62).

De este modo, no es casual la siguiente paradoja, que la provincia de Chimborazo ocupe el primer lugar en el índice de vulnerabilidad social con un 68,8% (SIISE, versión 2.0 Ecuador), y que a su vez esta misma provincia, tenga el mayor porcentaje de población indígena rural con un 58,5%, y que a su vez sea la tercera provincia más pobre del país con un 81,3%. Sin embargo, pese a reunir todos los requisitos de focalización para ser prioritaria en temas de intervención estatal, esto no es así. Pero no por un tema de que el Estado, este siendo ciego frente a las demandas y necesidades de estas localidades, sino porque la estrategia presupuestaria esta siendo asignada 'contrademanda'; vale decir, mediante una especie de reembolso que se otorga a los centros y sub-centros de salud, posterior a brindar el servicio y atención de salud. La escasa incidencia de las mujeres en la demanda de salud pública vía maternidad, genera producto de este sistema de reembolso, un déficit presupuestario a nivel local.

Sin embargo, se advierte que la provincia de Chimborazo mediante su caracterización social se ha transformado en un agente importante de intervención para el Estado, que sin embargo, no ha sido posible llevar a cabo. Esto se debe a que tanto mujeres como hombres indígenas de los sectores rurales, no están demandando los diferentes servicios.

Es preciso decantar las dinámicas con respecto a los temas de natalidad y fertilidad. Debido a que manifiestan comportamientos diferentes, en los distintos grupos sociales sean blancos, mestizos e indígenas, producto de la desigual intensidad de intervención estatal en cada uno de estos grupos.

Es así como estadísticamente tenemos datos que marcan notorias diferencias entre blancos, mestizos e indígenas con respecto a la fecundidad y reproducción. La tasa global de fecundidad (TGF) que presenta la población indígena ecuatoriana en el periodo de 1999 al 2004, asciende a un 4,9%" (Encuesta demográfica de salud materna e infantil, 2006:28). Esta TGF puede considerarse alta, al ser comparada con la población blanca y mestiza,

cuya TGF es de un 3,1% en la población mestiza y de un 2,9% en la población blanca (Encuesta demográfica de salud materna e infantil, 2006:28). Los datos de forma más o menos implícita denuncian realidades y dinámicas diferentes, para cada uno de los distintos grupos sociales. Estos datos emanan de prácticas sociales y culturales que hablan de un tipo de relación incluyente o excluyente establecida con el Estado a lo largo del tiempo.

Esta situación se ratifica a través de los datos existentes de atención del parto. El porcentaje de mujeres indígenas que atendieron sus partos en el hospital MSP fue de un 21%. En cambio supera considerablemente los promedios nacionales, en casa con partera calificada (19%), con partera no calificada (8%). Por otro lado las mujeres mestizas tienen sus porcentajes semejantes o superiores al promedio nacional. En el país la atención profesional del parto es del 74% y el parto domiciliar de 24%. La relación se invierte para los partos de las madres indígenas, donde el parto profesional es del 30% y el domiciliar del 69%.

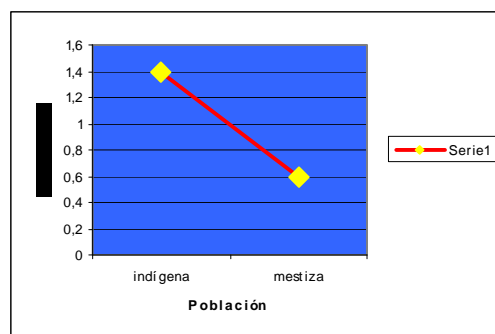
La tendencia con respecto a los partos, servicio y atención constatan que las mujeres indígenas tienen una tasa de parto vaginal de 94% y 6% de cesáreas, se acerca a la primera eventualidad de inaccesibilidad. Las mujeres mestizas tienen las tasas más altas de cesárea 28%, la blanca igualmente 38% que concilian con el abuso de la práctica quirúrgica. Estos datos dejan entrever, la estandarización existente en el acceso a servicios de salud por grupos blancos y mestizos. Configura una relación en base a interacciones ya establecidas entre el Estado y los sujetos de estos grupos. Esta afirmación por su parte, permite discutir y cuestionar entonces la interacción que se establece entre Estado y población indígena.

Siguiendo con estos antecedentes, tenemos que en el país el 36% de las parturientas tienen control posparto. Antes de cumplir los 41 días, lo tiene el 25% y el 11% después de este lapso. Las mujeres indígenas solo tienen este control en un 15%, esto es con 21 puntos porcentuales menos; en forma precoz (11%) y en forma tardía (5%). Es importante señalar como antecedente preliminar a estos datos, que uno de los propósitos de este control “es promover la información y oferta de los servicios de planificación familiar [como parte de los lineamientos estratégicos de intervención del estado en temas de políticas de salud y planificación familiar]” (Encuesta demográfica de salud materna e infantil, 2006). Este control, es una instancia clave, para poder definir e incorporarse algún tipo sistema de

planificación familiar. Sin embargo, el porcentaje de mujeres indígenas que accede a este servicio es inferior a los otros grupos sociales como blancas y mestizas. Esta situación posteriormente se ve reflejada en sus tasas de fertilidad. Por ello, como evidenciaré más adelante las políticas de salud públicas están orientadas hacia la maternidad, no son políticas de salud encaminadas hacia una maternidad controlada mediante el uso de anticonceptivos para el caso de la población indígena rural.

Uno de los principales resultados de este comportamiento, es que las mujeres indígenas son las que poseen las tasas más altas de fecundidad no deseada (1,4%) por 1.000 mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, al ser comparada con la población mestiza que alcanza solo un 0,6% (Encuesta demográfica de salud materna e infantil, 2006:28). Así la tendencia de fecundidad de las mujeres indígenas como se observa en el gráfico, tiene una inclinación negativa hacia la variable. Acentúo el hecho que coexisten factores sociales y culturales, que influyen en las mujeres para que estas tengan una cantidad mayor de hijos de lo deseado por ellas.

Figura 1. Tasa de fecundidad no deseada



Fuente: Encuesta demográfica de salud materna e infantil, 2006.

Otro de los resultados que puede ser asociado a este comportamiento son las altas tasas de mortalidad materno-infantil que presentan las mujeres del Ecuador. Para el 2004 estas cifras alcanzaban un 85,6 de cada mil nacidos vivos y los porcentajes de muerte por causa materna en general alcanzan el 3,4% para ese año, cifra que se encuentra sobrepasada por los porcentajes de mortalidad materna que representa el 50,7 por 100.000 nacidos vivos, cifra considera alta al ser comparada con otros países de Latinoamérica. Estos porcentajes, se ven fuertemente acentuados en poblaciones indígenas de los sectores rurales, cuya

tendencia de las tasas es elevar sus porcentajes. Esta situación se debe a innumerables factores de carácter social en el aspecto económico, de vulnerabilidad y de acceso.

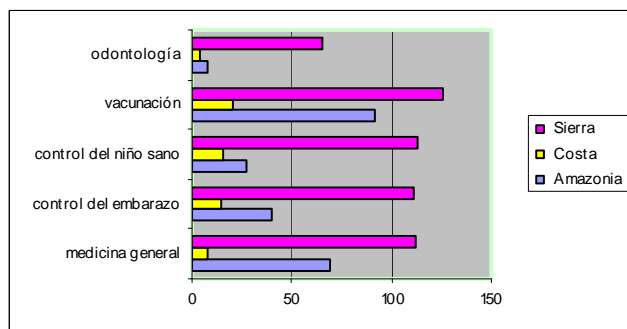
La naturaleza de estos comportamientos no obedece solo a causas individuales o colectivas derivadas de las comunidades, sino más bien se observan de una relación alcanzada entre indígenas y Estado que ha sido forjada a través del tiempo, cuyo punto de interacción se encuentra dado por la maternidad. La fertilidad reconceptualizada como maternidad, es el punto de conexión entre tres agentes presentes en este escenario: Estado, mujeres indígenas y comunidad.

La oferta de servicios en salud pública por parte del Estado, tienen una connotación significativa y representativa. Es a través de los centros y sub-centros de salud que el Estado puede concertar estrategias de intervención, que le permitan llegar a los cuerpos indígenas de los sectores rurales, que son los que presentan mayor resistencia de inclusión al sistema de salud.

Es por ello que los centros de salud, se encuentran distribuidos en mayor o menor proporción (según interés estatal) en las regiones Costa, Sierra y amazonía. Los servicios otorgados con mayor frecuencia son: odontología, vacunación, control del niño sano, control del embarazo y medicina general.

Como se visualiza en siguiente gráfico la región sierra es la que presenta mayor cantidad de servicios de salud, lo que puede ser producto de un interés mayor por parte del Estado de intervenir los cuerpos de esta zona. Este hecho se entiende en la medida que la región sierra es la que concentra los más altos porcentajes de población indígena rural y los más bajos porcentajes de acceso y atención de salud. De ahí radica la importancia de visibilizar geográficamente la presencia de estos centros de salud.

Figura 2. Servicios que ofrecen los establecimientos de salud en las comunidades por cada 100 habitantes



Fuente: SIISE, Ecuador, 2006.

Lo que se deduce de esta información es que las mujeres de las comunidades indígenas, especialmente de los sectores rurales de la sierra, en porcentajes muy ínfimos están accediendo a los sistemas de salud por temas de maternidad para recibir servicios y atención.

En este marco de presupuestos, es interesante preguntarse por la relación Estado – Comunidades. Será que ¿efectivamente las poblaciones indígenas han sido parte de las dinámicas y estrategias de intervención estatal con respecto al control demográfico y planificación familiar? O más bien será que ¿existe una cierta resistencia social, por parte de las comunidades indígenas con respecto al Estado para que sus cuerpos no sean intervenidos por éste, a través de la inclusión a sus sistemas de servicio y atención de salud?; de ser así ¿cuál es la agencia o respuesta de las mujeres indígenas rurales de la sierra frente a estas dinámicas?

Movimiento indígena y salud

Carvajal (2004) posiciona la presencia del movimiento indígena en la escena política ecuatoriana a partir de la marcha nacional de 1990. El análisis de los elementos permite contextualizar cual fue la principal expresión política que les permitió acceder como ‘movimiento indígena’ a la historia republicana, señalando:

El recorrido y los desenlaces de este proceso no sólo son importantes para el movimiento indígena organizado en la CONAIE, no sólo son de interés para los miembros de Pachakutik, sino que tienen un impacto mayor en la organización de las fuerzas políticas de la llamada “tendencia de centro-izquierda”, así como en las formas y en los contenidos de la participación política del movimiento indígena y de

algunas organizaciones campesinas y urbanas que son sus aliados inmediatos (Carvajal 2004:6).

En el contexto nacional existía un gran descontento con el gobierno de turno. Por esta razón la propuesta indígena se configuró como una propuesta de reforma política democrática. Situación que permitió al movimiento ganar cierta fuerza y simpatía con los sectores medios urbanos, entre ellos principalmente serranos.

El objetivo central de la propuesta electoral Sociedad Patriótica–Pachakutik fue constituir un gobierno sustentado en una alianza política democrática, con amplia base social, que marque cambios substanciales en los estilos de gestión y en la orientación de las políticas públicas. La propuesta se articuló en torno a algunos ejes políticos declarados públicamente y a otros que permanecieron implícitos: lucha contra la corrupción, recuperación de recursos de los deudores de la AGD, promoción de amplios acuerdos nacionales, reforma del Estado, principalmente del Congreso y del sistema de administración de justicia, modificación del sistema de renovaciones de organismos públicos a través de la representación de los partidos tradicionales, privilegio de las inversiones sociales, recuperación de la producción nacional, apoyo a las micro-empresas, reducción de las tasas de interés y soberanía en las negociaciones con los organismos multilaterales, consolidación de la participación indígena en las instituciones públicas, como parte de su estrategia política de democratización del Estado (Carvajal 2004:6)

Sin embargo, cabe señalar que dentro de las prioridades del movimiento indígena no se lograban visualizar el tema de la salud como una necesidad particular. Pese que existió una clara intención de generar y lograr cambios sustanciales en las políticas públicas, el hecho no logró ser plasmado en la realidad.

En el año 2002, el Estado ecuatoriano resolvió establecer un nuevo departamento en el Ministerio de Salud Pública para la salud de los pueblos indígenas, como una forma de efectivizar ciertas demandas impulsadas por el movimiento indígena. Se crea de este modo la Dirección Nacional de Salud Indígena (DINASI). Este hecho se configuró “como una lucha de carácter institucional del movimiento indígena” (Macas, 2002:4).

Se advierte, que pese a la existencia y avances de la institucionalización del tema de salud indígena, éste no deja de gozar de cierta complejidad. Esto debido a que no se ha logrado una congruencia entre los mandatos de la normatividad y la práctica. Lo que posibilita que el multiculturalismo se transforme en una retórica estatal, que se difumina sin

tener un mayor impacto en las comunidades. En este contexto cabe preguntarse ¿cómo afecta esta situación a las mujeres indígenas? Por un lado tenemos la existencia de un movimiento indígena que de algún modo ha logrado tener ingerencia en el plano nacional, un movimiento que esta en un permanente diálogo político y de reivindicación con el Estado, generando espacios que permiten negociar las necesidades de las comunidades sin distinción de género. Por otro lado tenemos un Estado que mira estos cuerpos indígenas con el objeto de alcanzar a las mujeres indígenas rurales vía la maternidad. Es así que se tiene como resultado que las mujeres siguen permaneciendo en una estructura de salud sin una plataforma comunitaria-estatal, que les permita disminuir los índices de mortalidad materno infantil existentes en las comunidades.

Los procesos de normativizar los acuerdos y transfórmalos en leyes, pareciera ser una constante que caracteriza los principales avances en temas de salud indígena. El principal vacío que resulta de esta dinámica, es el distanciamiento entre la norma y la práctica. En efecto, genera grietas en el sistema de salud, que se reflejan en los escasos porcentajes de acceso y atención de la población indígena.

Pese a ello no se pueden obviar los mandatos vigentes recientemente aprobados en la nueva Constitución del Ecuador de 2008. Cuyas disposiciones hacen referencia a los derechos “colectivos” de las comunidades, pueblos y nacionalidades indígenas del Ecuador. En el Título II del capítulo cuarto de la constitución ecuatoriana señala:

- Art. 57: Se reconoce y garantizará a las comunas, comunidades, pueblos y nacionalidades indígenas, de conformidad con la constitución y con los pactos, convenios, declaraciones, y demás instrumentos internacionales de derechos humanos, los siguientes derechos colectivos...”
- Inciso 2: No ser objeto de racismo y de ninguna forma de discriminación fundada en su origen, identidad étnica o cultural.
- Inciso 12 : Mantener, proteger y desarrollar los conocimientos colectivos, sus ciencias, tecnologías y saberes ancestrales; los recursos genéticos que contienen la diversidad biológica y la agrobiodiversidad; sus medicinas y prácticas de medicina tradicional, con inclusión del derecho a recuperar, promover y proteger los lugares rituales y sagrados, así como plantas, animales, minerales y ecosistemas dentro de sus territorios; y el conocimiento de los recursos y propiedades de la fauna y flora (Constitución de la República del Ecuador 2008:32).

La principal tensión que se origina en este ámbito, es que pese a la existencia de un mandato legal, este no es llevado a cabo y son precisamente las mujeres indígenas las que

se ven mayormente afectadas por esta situación. Este hecho se visualiza principalmente en dos aspectos que se encuentran relacionados y que tienen que ver con el acceso y la discriminación en el ámbito de la salud.

En cuanto a la temática de salud, la actual Constitución (2008) señala:

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 prácticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente y 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 la equidad, la universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional” (Constitución de la república del Ecuador 2008:21).

Por su parte la estructura de la política de salud intercultural busca y establece los siguientes:

- Creación de una comisión intercultural en el Consejo Nacional de Salud.
- Posicionamiento del proceso de salud intercultural en la estructura sistémica del Ministerios de salud publica desde la diversidad.
- Reformas constitucionales y legales para el ejercicio de las prácticas y saberes de los sanadores de la cultura sanitaria diversa.
- Mapeo y construcción de redes de sanadores de las medicinas tradicionales indígenas.
- Adecuación cultural de la calidad de los servicios.
- Determinación de perfiles epidemiológicos y culturales y protocolización de las intervenciones de las medicinas tradicionales.
- Desarrollo del talento humano con valores y formaciones de redes culturales solidarias.
- Construcción de la comunicación alternativa e intercultural.
- Construcción de modelos integrales y diferenciados según demandas culturales.
- Fortalecimiento de la vigilancia sanitaria con variables étnicas.
- Generación de fondos nacionales para salud y desarrollo intercultural de los pueblos y Nacionalidades.
- Fortalecimiento de la cooperación interna y externa para intervenciones prioritarias (Juan Naula, s/f : 17-18).

El día 09 de enero de 2008 el periódico los Andes del cantón Riobamba da cuenta de la asamblea de la ¹CONFENIAE y de sus principales resoluciones, entre ellas, de la comisión permanente de salud, señalando lo siguiente:

Que los funcionarios cumplan su rol, que los coordinadores de la Dirección Provincial de Salud Indígena, D.P.S.I en coordinación con la Dirección Nacional de la D.N.S.I diseñen directrices y políticas de autonomía sobre la salud tradicional de las Nacionalidades, exista coordinación participativa permanente en cada una de las Nacionalidades y en sus respectivas coordinaciones Provinciales, crear el marco legal de los conocimientos tradicionales y los recursos genéticos de las Nacionalidades y los Pueblos Indígenas para su protección y patente con derecho propio de las Nacionalidades, valoración para el uso y aplicación sobre la medicina ancestral de las Nacionalidades, inclusión en planes y programas de la E.I.B como pensum de estudios sobre la medicina tradicional, aplicación de talleres en temas de salud indígena en cada una de las Nacionalidades, la asamblea de las bases designará a los promotores y funcionarios de salud, promover el manejo sostenible sobre los bienes naturales, asignación de recursos económicos para proyectos de salud integral, diseño de macro proyectos para apoyar y fortalecer la transmisión de conocimientos tradicionales ancestrales, sobre los proyectos medicinales en las comunidades de acuerdo al derecho propio, establecer mecanismos de interrelación con organismos seccionales para consecución de recursos económicos, exigir al Estado central para que asigne recursos económicos necesarios a la Dirección Nacional de Salud Indígena, que el ECORAE de prioridad con el financiamiento a los proyectos de la salud (*Los Andes*, enero 09, 2008).

Estas resoluciones de asamblea, tienen la particularidad de transformarse en un petitorio de normatividad. Denota un vacío de iniciativas o propuestas indicativas de algún tipo de acción que permita estructurar estrategias de seguimiento para que las demandas interpuestas sean efectivamente concretadas y puedan de esta forma ser llevadas a cabo. En esta línea sucede lo siguiente:

Para pensar en la situación de salud de los pueblos indígenas es necesario reconocer que los datos epidemiológicos, la organización y calidad de los servicios de salud y las relaciones entre los profesionales de salud y las comunidades indígenas no son 'hechos sociales' que pueden contemplarse como cosas: están, en gran parte, determinadas por el contexto de las relaciones interétnicas (Echazú 2006:1).

La relación dada entre Estado-salud-comunidad, se encuentra marcada por el poder o la violencia institucional en el cuerpo de los hombres y mujeres indígenas, como punto más

¹ Confederación de las Nacionalidades de la Amazonía Ecuatoriana.

cercano a la correlación planteada. El Estado como había señalado anteriormente está permanente ‘hablando’ con respecto al cuerpo, la salud y la sexualidad, por ello se debe poner especial atención a los dispositivos de poder basados en la salud y reflejados en las políticas públicas de intervención estatal. Estas tienen un objetivo y una direccionalidad, por lo tanto carecen radicalmente de buena voluntad o de ingenuidad.

Por ello planteo como hipótesis que el Estado a través de sus políticas de salud, como la medicina intercultural o indígena y la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, busca llegar a estos cuerpos para intervenirlos, dominarlos y clasificarlos de algún modo. Esta estrategia de intervención estatal pensada para los cuerpos marginados del sistema se realiza mediante una idea de vulnerabilidad social, que permite finalmente legitimar su intervención normalizadora sobre los cuerpos indígenas. La generación de intereses sobrepuestos produce resistencia y conflicto, en la interacción Estado-comunidades, no obstante el nudo común que los une es el control de los cuerpos de las mujeres por la vía de la maternidad.

Las nociones de hegemonía y subalternidad organizan nuestra comprensión de la configuración de fuerzas (actores, instituciones, mediadores, auxiliares, sujetos a intervenir) situadas socialmente y encaminan la comprensión de los procesos que en ella ocurren: intervenciones sobre los cuerpos apropiación de las experiencias de sufrimiento-placer y de la vivencia de determinados itinerarios corporales, silenciamiento u olvido de memorias diversas/particulares de lo referente a los procesos (Echazú, 2006:2).

Producto del levantamiento indígena, en la actualidad nos encontramos frente a un nuevo paradigma que ve como viable una alternativa de intromisión directa del Estado y su sistema político a las comunidades. Este paradigma se encuentra solapado en otro (por ello la dificultad en visualizarlo) que tiene que ver con los procesos neoliberales, modernización y descentralización del Estado, generando “técnicas de control en pequeña escala” (Echazú, 2006:6).

Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia y población indígena rural

La maternidad pareciera ser un tema que se posiciona no solo como parte de una identidad mujer, sino también como una identidad más amplia, ligada a dinámicas sociales y comunitarias que derivan en una determinada relación con el Estado y sus concepciones sobre la vida y la muerte.

Los sectores rurales son acreedores de una serie de características de postergación social, encontrándose sobreexpuestas por la presencia de altos índices de pobreza, marginación y exclusión social. Coincidentemente son sectores que albergan los mayores porcentajes de asentamiento de población indígena, “según datos del censo 2001, la población indígena representa el 6,83% y la afro el 4,97% de la población nacional. De la cual la población indígena reside principalmente en la zona rural representando el 82%” (*Grupo Faro, 2007:9*).

Esta idea, de postergación social y exclusión de los sectores rurales es compartida por el Ex Ministro de Bienestar Social, Rubén Barberán, quien en el seminario Políticas públicas para pueblos indígenas en el Ecuador del siglo XXI manifestaba:

En la geografía de la pobreza y la marginalidad en Ecuador, son los pueblos indígenas quienes tienen su expresión más cruda, pues en sus territorios se observan los peores niveles de pobreza y exclusión en Ecuador. Los niños y las mujeres indígenas se mueren primero en el Ecuador. Hay una enorme incapacidad de pensar las políticas públicas ‘desde’ los pueblos indígenas. Todo parece ser una concesión, una dádiva y no un reconocimiento (Flores, 2007: 21).

En el caso de salud materna, como consta en la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, tiene por objeto principal, disminuir los altos índices de mortalidad materno-infantil. Estas cifras para el año 2004 en la provincia de Chimborazo alcanzaba un 85.6 por cada mil niños nacidos y los porcentajes de mortalidad materna en general alcanzan el 3,4%. Por ello, en base a criterios de focalización la Ley señala que “se priorizarán las áreas geográficas con mayores tasas de mortalidad materno infantil y las más deprimidas económicamente” (Ley de Maternidad gratuita y Atención a la Infancia 2007:20). Estos criterios constituidos como una estrategia estatal de intervención, están basados en la focalización y vulnerabilidad de cierto perfil poblacional. Son precisamente estos criterios

los que determinan la prioridad en la asignación presupuestaria, que permite el real funcionamiento de la Ley.

Aludiendo principalmente a los sectores rurales la lógica indicaría que estos sectores deberían constituirse en los centros prioritarios de intervención pública estatal. Sin embargo, esto no siempre es así, puesto que las zonas rurales son las que tienen los más bajos índices de asignación presupuestaria. Como por ejemplo la provincia de Chimborazo que presenta la mayor postergación social, que se refleja en los altos índices de pobreza y mortalidad materno-infantil. Estos indicadores se encuentran muy por debajo con respecto a los niveles de acceso al mismo sistema de la población urbano blanca – mestiza.

Pero existe un antecedente que debe ser incorporado en este análisis y es el hecho que las poblaciones urbanas blanca-mestizas, tienen una interacción más cercana y permanente con el Estado, por lo que forman parte de su sistema de intervención, hecho que facilita su inclusión y acceso a los dispositivos de salud que oferta el Estado.

Conforme a la modalidad de funcionamiento de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, el desembolso presupuestario, responde a una especie de contrademanda; vale decir los centros y sub-centros de salud solicitan reembolso posterior a otorgar una atención y entrega de servicios. “La asignación de presupuesto se realiza en base al número de atenciones prestadas en los centros de salud, sin mirar las necesidades locales realidades geográficas o perfiles demográficos de cada población” (*Grupo Faro*, 2007:4).

Ahora bien, si la provincia del Chimborazo refleja déficit presupuestario, es porque las mujeres por diferentes razones no están demandando ni accediendo a los servicios y atenciones que otorga la Ley,

en la asignación de recursos, un porcentaje considerable de las 18 provincias presentan un déficit, un tercio de estas muestra uno superior al 20%, la provincia del Chimborazo presenta -4%, lo que trae como consecuencias para las mujeres la “eliminación de la gratuidad del servicio generando pago por parte de las y los usuarios para cubrir las necesidades de insumo, medicamentos y transporte (*Grupo Faro*, 2007:5).

Esta dinámica un tanto contradictoria, refleja en palabras de Aguirre en términos de salud “es un gran avance, sin embargo, existen diferencias, en el ámbito rural hay una gran brecha a nivel materno infantil, pues existe un porcentaje alto de muertes en la zona rural”

(Entrevista, 2008). La brecha a la cual se hace alusión conforma una vorágine difícil de dilucidar, porque si bien existe esta clara intencionalidad por parte del Estado de llegar a este grupo poblacional perfilando un sujeto determinado, ese sujeto 'indígena rural', se ha marginado del sistema o ¿cómo se explica que las comunidades indígenas rurales se encuentren con los porcentajes más bajos de asignación presupuestaria, cuando son los sectores que presentan las tasas de fertilidad y mortalidad materno infantil más elevadas del Ecuador?

Esta situación conlleva al incumplimiento de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, a causa del desfase en la entrega y asignación de los recursos. Este proceso tiende a invisibilizar y homogeneizar el impacto que afecta de forma desigual a los distintos grupos sociales (blancos, afros, mestizos e indígenas) y su localización (costa, sierra, amazonía) y si es urbano o rural. Es así como, la ley pretende tener una cobertura total capaz de eximir de pago a las mujeres por el concepto de maternidad y servicios relacionados hecho que ha presentado ciertas dificultades para concretarse en el sector rural.

Maternidad y multiculturalismo

La maternidad en general pareciera constituirse como un fenómeno "naturalizado", que le compete solo a las mujeres y que tiene siempre el mismo significado. En este contexto, Palomar señala que la maternidad es un "fenómeno marcado por la historia y por el género" (2005:36), y que por ende para poder comprender su significado debemos situarlo y contextualizarlo de forma cultural y temporal.

Es por ello que en un intento por desentrañar este sentido de maternidad que prevalece en las comunidades indígenas, no se debe aludir solo a las significaciones y resignificaciones de ésta, sino que también debe ser vista como una representación social que se encuentra mediada por las distintas relaciones que se establecen tanto con el Estado, como con la naturaleza y sus concepciones sobre la vida y la muerte.

Para la población indígena el tema de los derechos sexuales y reproductivo asume ciertos matices y particularidades, puesto que de algún modo "se trata de un debate necesario, más aun de cara a la efectiva aplicación de los enunciados constitucionales sobre los derechos civiles y los colectivos" (León, 1999:41).

Es así como de forma explícita, se encuentra la consolidación de un Estado que reconoce la diversidad étnica y cultural de los pueblos indígenas que forman parte del Ecuador. Al existir un reconocimiento de su existencia de forma “legal”, simultáneamente hay un despliegue por reconocer y respetar sus prácticas culturales, pero que a su vez “revela una relación conflictiva dentro de un universo... son colocados en determinadas estructuras de poder” (Espinoza y Salman, 2000:46).

Es por ello que el establecimiento de un tipo de relación basada y centrada en el multiculturalismo, juega una doble función, tanto de forma explícita como implícita, que trae consigo diversas consecuencias, para las mujeres.

Si reconocemos que dicha multiculturalidad es fundamentalmente una arena de conflicto, el problema central es entonces explorar cual es el contenido, condición, asimetría, formas de exclusión para establecer acuerdos de convivencia, formas de negociación de la diferencia, o mecanismos de resistencia (Espinoza y Salman, 2000:48) de las mismas comunidades con respecto al Estado.

Una de estas consecuencias es la invisibilización de la violencia que se establece de forma tácita, en relación a la retirada del Estado de estos sectores a nivel de asignación presupuestaria, justicia, formulación de políticas públicas, entre otros. Lo que no representa en ningún caso beneficio para las comunidades, mujeres y niños indígenas, sino más bien, un agravamiento de sus condiciones de precariedad, pobreza y marginación.

Como consecuencia de la multiculturalidad, las categorías discriminatorias de género tienden a depositar su acento en las mujeres,

En el caso de las mujeres indígenas rurales la situación es aun difícil por comportamientos culturales, cargados por rasgos de racismo y expresados en el trato que estas reciben en las instituciones publicas, mercados, transportes y centros de salud su testimonio revelador en instituciones públicas y en centros de salud (Plan de igualdad de oportunidades de Chimborazo, 2006: 5-6).

Al no existir los recursos y medios necesarios para atención y servicios que debería brindar el Estado, por ser los indígenas ciudadanos ecuatorianos, que tienen los mismos derechos, que blancos y mestizos, deben recurrir a sus sistemas tradicionales para dar solución a sus problemáticas, sin tener la oportunidad de barajar otras opciones. Se genera de este modo una complicidad entre el Estado y las comunidades, de no se hacerse cargo de las muertes

de las mujeres indígenas producto del ejercicio de la maternidad. Así se intenta visibilizar que parte del rol del Estado autodefinido como multicultural, es brindar la información, recursos, atención y servicios a las comunidades indígenas. Por su parte,

Las mujeres indígenas han estado en los primeros lugares en todas las movilizaciones porque son las que sienten el peso del racismo y las discriminaciones. En Chimborazo el común de mestizos y mestizas las llamen “las Marías” porque las consideran un colectivo amorfo. O se refieren como “las primas” para ratificar las distancias: hermanas o iguales no pueden ser. La triple subordinación: ser mujer, ser pobre y ser indígena es una verdad que las estadísticas [ni la intervención estatal]... reflejan (Agenda de Equidad de género de las mujeres kichwas del Chimborazo, 2007:5).

Esto pese a que “en los últimos años se han realizado varios esfuerzos para visibilizar las condiciones sociales de los grupos étnicos minoritarios en las estadísticas oficiales” (León, 2003) con el objeto de visibilizar las desigualdades existentes en los logros sociales entre los distintos grupos sociales.

En un sentido más amplio, con respecto a temas de maternidad, el Estado reconoce la existencia y prácticas de partos no institucionalizados. Este tipo de atención especializada en las que las mujeres indígenas tienen una mayor incidencia responde a “una cuestión cultural compartida por distintos grupos” (*Grupo Faro*, 2007:10). No obstante, estas prácticas culturales no han tenido la fuerza necesaria para negociar espacios con el sistema de salud público estatal.

Esta situación es evidenciada en la propia Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, puesto que,

La ley propone de manera muy superficial la incorporación de servicios complementarios, que respondan a las necesidades culturales propias de cada población. Para este efecto se ha capacitado a agentes de salud comunitaria que reporten los casos de embarazos y parto a las unidades operativas del programa, y de esta manera garantizar la atención institucionalizada en las prestaciones de controles pre-natales y parto (*Grupo Faro*, 2007:9).

Así, la multiculturalidad se transforma una vez más en una retórica estatal, que se difumina en un intento de intervención.

Conclusiones

Cuando se hace referencia al tema de la interacción social entre Estado y comunidades indígenas, surgen dos hipótesis que son planteadas con mayor frecuencia, estas hacen referencia a la permanente e histórica invisibilización del Estado con respecto a los pueblos indígenas y el multiculturalismo como una retórica de inclusión, que afecta de forma directa a las mujeres indígenas rurales.

La primera hipótesis hace referencia a una verdadera invisibilización por parte del Estado con respecto a la población indígena, puesto que “en otros periodos especialmente en los años ’70, los asuntos indígenas fueron totalmente ignorados o incluido junto a otros aspectos como los derechos a la propiedad de las tierras al desarrollo rural y a la educación” (Meentzen, 2007:106).

En la actualidad, pese a la presencia de un movimiento indígena que ampara las demandas y necesidades de las comunidades, éste no ha tenido la capacidad de incidir en beneficio de las mujeres indígenas, por lo tanto:

Se puede afirmar que todos los gobiernos eran concientes de la importancia del movimiento indígena como protagonista político y por lo tanto, algunos estuvieron dispuestos también a recoger información sistemática relacionada con la situación de los pueblos indígenas en Ecuador y defender su creciente inclusión, aunque sea de forma retórica (Meentzen, 2007:119).

Esta situación sigue presente. En palabra de Aguirre el Estado no hace más que seguir invisibilizando a las comunidades indígenas, “lo que se puede ver es que el sistema no esta viendo esas diferencias, no se ve, y eso es como que el sistema esta miope que se evidencia en la Ley de Maternidad Gratuita” (Aguirre, entrevista, 2008).

La segunda hipótesis planteada es que el Estado por autodenominarse multicultural, sus políticas de Estado consideran de forma retórica el enunciado de multiculturalismo. Esto se debe a que “los programas sociales se dirigen en forma igual a todos los pobres en general, sin tomar en cuenta específicamente a los pueblos indígenas y sin adaptar los programas a criterios particulares específicos. Sencillamente no replantea la interrogante” (Meentzen, 2007:125), de modo que el término multiculturalismo se desvanece en las políticas públicas de Estado marcando presencia solo en su enunciado. Es por ello que “a pesar de la alta prioridad de la temática indígena en la agenda ecuatoriana, no existe hasta

ahora en el país políticas públicas articuladas para los pueblos indígenas de mediano y largo plazo, es más, a la fecha ningún gobierno ha formulado una política pública explícita” (Meentzen, 2007:126).

Personalmente difiero de ambas hipótesis. Creo que el Estado ecuatoriano en la actualidad, si visibiliza de forma sutil e implícita estrategias de intervención que le permiten llegar a los cuerpos de las poblaciones indígenas para poder intervenir en ellos.

Uno de estos dispositivos es la Ley de Maternidad Gratuita. Pese a su enunciado universal, creo que tras su formulación, perfila al sujeto ‘mujer indígena de zonas rurales’. La Ley tiene por objeto priorizar las poblaciones que tienen los más altos índices mortalidad materno infantil, tasas globales de fecundidad elevadas, (el 55% de los nacimientos se dan en la zona rural) y altos índices de pobreza.

Si se establece un breve análisis de los criterios de priorización de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, pese a su conceptualización universal y homogénea estaría estrictamente abocada a otorgar el servicio y prestaciones a las mujeres indígenas rurales, quienes estadísticamente aún se mantienen al margen de los sistemas de salud pública estatal. De forma implícita el Estado visibiliza las necesidades de las mujeres indígenas rurales; vale decir, el Estado efectivamente se encuentra en un proceso de estructurar estrategias mediante dispositivos de salud que le permitan llegar e intervenir los cuerpos de las mujeres indígenas vía maternidad.

Así temas como la salud indígena y la Ley de Maternidad Gratuita emergen como articulaciones de intervención por parte del Estado. La respuesta que se genera por parte de hombres y mujeres indígenas rurales es la automarginación y resistencia, en un sentido furtivo porque si el Estado perfila como sujetos de intervención pública a las mujeres indígenas rurales, conforme a sus criterios de priorización, basados en la focalización y vulnerabilidad, como se explica que sean estas mismas las que menos demanden atención y accedan a las prestaciones y servicios que otorga la Ley de Maternidad Gratuita.

Ahora si efectivamente el Estado visibiliza una intervención, desde el dispositivo de salud, encaminada hacia los cuerpos indígenas, cabe preguntarse ¿cómo y cuales son las estrategias por parte de las mujeres indígenas para integrarse o rechazar la atención en los sistemas de salud públicos?

CAPITULO III

SISTEMA OFICIAL DE SALUD EN EL CANTÓN COLTA

Introducción

En el marco del proceso de modernización del Estado, existe una serie de reformulaciones público-sociales, enfocadas hacia la consolidación de nuevas estrategias de intervención. En este contexto se entiende que existe una intención estatal no solo de hacer transición democrática en este proceso, sino que también existe un intento de reposicionar al Estado como organizador de bienestar, a través de los nuevos procesos de inclusión-exclusión, que permanecen encubiertos en la acción política del Estado. Es preciso considerar este proceso como una red productiva que atraviesa todo el cuerpo social, y que como instancia negativa tiene la función de normativizar e intervenir los cuerpos, que han permanecido marginados del sistema de salud, como es el caso de las comunidades indígenas de los sectores rurales del Ecuador. El Estado se vale de una serie de estrategias políticas, que se configuran como pequeños dispositivos de poder, que facilitan su entrada por la vía de la salud, a los cuerpos alejados del sistema.

Una de las tecnologías más evidentes aplicadas por el Estado como agente dominante, es la creación de un nuevo modelo de salud denominado “integral”. Este modelo de salud tiene determinadas características, sin embargo, la más llamativa de ellas es su mirada inclusiva focalizada hacia aquellos sectores que han permanecido históricamente marginados del sistema. Por ello podría señalar que este nuevo modelo de salud integral, actúa como un verdadero factor de integración de estos grupos poblacionales.

A nivel micro, estas políticas son insertadas en los sistemas de salud local, como en el caso del cantón de Colta. La resonancia social de ello, es el espacio que resta de la transición de lo macro a lo micro que posibilita lecturas y relecturas que permiten su adecuación local.

En la actualidad a nivel local se perfilan criterios de focalización, basados en la vulnerabilidad social, que permiten de forma justificada e implícita, llegar a los sectores que históricamente han sido desplazados, como es el caso de las comunidades indígenas. Sobre este eje se constituyen, edifican y expanden nuevas tecnologías de intervención

basadas en un dispositivo de poder, que busca alcanzar e intervenir los cuerpos de las mujeres indígenas por la vía de la maternidad.

En base a esta nueva intencionalidad del Estado como cuerpo social dominante, las políticas de salud local del cantón de Colta, se encuentran en pleno proceso de reformulación. Este hecho responde a una iniciativa estatal que busca impulsar un cambio de paradigma en la atención, que responda a un enfoque integral, intercultural e inclusivo.

Es una política nacional que se está implementado, a nivel de todo el país; queremos hablar un solo idioma. Antes hablábamos de programas del Ministerio de Salud en el que hablaba de programas de prevención, programas de vacunación, rehabilitación en fin. Ahora se habla de un solo sistema que es el sistema integral, en el cual nosotros estamos integrando a cada uno de nuestros médicos del sector rural y del sector urbano como médicos familiares (Velasco, entrevista, 2008).

La innovación tecnológica de este modelo, radica en el poder manifiesto de la inclusión que finalmente, permanece oculto en su estrategia de intervención por parte del Estado. En este marco la especialización de los médicos familiares, pretende desfragmentar la imagen del Estado ausente en las localidades rurales, la clave para comprender este proceso, es el giro en la lógica de atención. Para entender esta lógica estatal, es necesario visibilizar el objetivo encubierto de este nuevo modelo de salud, que es básicamente, alcanzar los cuerpos de los sujetos que por diversas razones ya sean, políticas, económicas, sociales o culturales, han permanecido marginados del sistema de salud pública. El director del área de salud No 2 del cantón Colta, Telmo Velasco señala:

Con respecto a las políticas de salud, últimamente estamos cambiando de la atención que se daba de tipo biológica la que se encargaba nada más de la cuestión de morbilidad. Ahora la política de Estado ha cambiado a un nuevo modelo de atención. Dentro del nuevo modelo de atención primaria, que ahora es integral, en la cual está previsto la de morbilidad, recuperación, rehabilitación y más que todo con un enfoque social, ambiental. Es una atención médica total, integral y también intercultural, ya que estamos adecuando a nuestro sistema de salud experiencias de la medicina andina y tradicional de la medicina indígena, en lo que están integrados los curanderos, los sobadores, las parteras en fin de toda la cultura indígena que es ancestral en ese sentido (Velasco, entrevista, 2008).

La inserción de las políticas globales en el contexto local, requieren de una lectura que posibilite su readecuación en los contextos rurales. Es por ello que este nuevo modelo de salud integral, tiene la amplitud necesaria, que facilita la inserción de las redes locales

existentes (salud comunitaria) al contexto institucional. En este punto de encuentro, parteras y yachac comunitarios son mapeados por el sistema de salud, con el objetivo de identificar su presencia en determinadas áreas geográficas de la localidad. La habilitación de estas redes comunitarias, asigna nuevos roles a yachac y parteras, quienes más adelante actuarán como mediadores, que se desplazan entre el sistema público y comunitario de salud.

Enunciado de las políticas

En la actualidad, las políticas locales de salud, buscan brindar una atención integral, hecho que se sobrepone al modelo de salud implementado con anterioridad, cuya atención estaba centrada en la demanda de usuarios, más que en la oferta y calidad de la atención brindada.

Esta afirmación se encuentra intrínsecamente relacionada con la orientación universal y homogénea que tenían las políticas públicas del modelo biologicista v/s una atención local y heterogénea, que busca brindar este nuevo modelo de salud integral:

Estamos integrándonos a un solo sistema. Este sistema de salud (biologicista) se está eliminando, lo que antes era medicina por concentración. Es decir nosotros esperábamos a que venga el paciente hacia nosotros; era más un tipo de medicina biológica. Ahora nosotros vamos hacia el paciente. ¿Cómo? Integrándonos en la comunidad con los médicos comunitarios o familiares, ya no estamos con la atención a demanda, es decir, por concentración... Nosotros programamos la atención a una comunidad un día x, en la cual se agrupaban 100, 120 personas para ese día recibir la atención, pero en cambio no era una atención de calidad, sino más bien de cantidad (Velasco, entrevista, 2008).

En este proceso el Estado, mediante el sistema de salud local, funda nuevas estrategias de intervención, en base una clara intención que es llegar a los sectores rurales que se resisten a formar parte del sistema de salud público. El sentido inclusivo de este modelo de salud integral, facilita al Estado alcanzar de forma más fluida los cuerpos indígenas marginados, para lograr finalmente intervenirlos y transformarlos en cuerpos dóciles al sistema.

Por otra parte, el Estado se vale del sistema de salud local, para persuadir, motivar y convencer, sobre las innumerables ventajas de este nuevo modelo de salud y lo hace no tan solo con los potenciales usuarios, sino también, con los profesionales de la salud que se desempeñan en los sectores rurales. El objeto de este accionar responde a la necesidad de

que sean los propios establecimientos locales de salud, mediante sus profesionales los que ejecuten las medidas que les permitan captar y atraer a la población, especialmente la indígena, no usuaria del sistema de salud.

Es prioridad del Estado captar a este segmento de la población por todas las vías posibles. Como veíamos anteriormente una de ellas son las políticas locales de salud integral, heterogéneas y con un enfoque local. A ello, se agrega un segundo dispositivo que es la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

El enunciado de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, en el contexto local, transformado en política, busca sin rodeos alcanzar los cuerpos de las mujeres indígenas por la vía de la maternidad. El objetivo de ello es intervenir estos cuerpos para controlar su sexualidad.

En la intención de forjar diálogos interculturales, entre el sistema de salud pública y el sistema de salud comunitario, se han logrado identificar y establecer cuáles son los principales factores presentes en el sistema público de salud local que obstaculizan la llegada de las mujeres a los centros de salud. Dentro de este sondeo, se encontraron cuatro factores que son: geográficos, de idioma, culturales y económicos (Taller de adecuación cultural del parto, Hospital de Colta, 21-22 de julio 2008, Colta).

En función de la presencia y conocimiento estos obstaculizadores locales, se enmarcan una serie de campañas provinciales, que buscan evidenciar e informar a los y a las potenciales usuarios/as sobre la gratuidad del sistema. De este modo, se busca principalmente atraer al segmento de mujeres que se resisten a buscar atención en los centros de salud pública por diversas razones.

En la medida que el sistema de salud local logre proceder conforme a como se estipula en la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, las políticas de salud darían respuesta a la intención del Estado de alcanzar a las mujeres indígenas rurales para lograr incluirlas al sistema de salud pública, por la vía de la maternidad, para controlar e intervenir estos cuerpos. Sin embargo, como todas las políticas pasan por la relectura local, se distorsiona el fin último de inclusión, y prevalece el maltrato, la discriminación y la exclusión de este segmento de la población. Es en este escenario donde el Estado vuelca su mirada a la sociedad civil, como órgano controlador.

Con la finalidad de fomentar la corresponsabilidad ciudadana en la promoción de la salud materno infantil, del seguimiento y vigilancia en la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGAI) se llevó a cabo, en las instalaciones de la casa indígena de Riobamba, la primera reunión de la asamblea cantonal de usuarias de la LMGAI.

Estuvieron presentes en esta asamblea los miembros de los comités de usuarias de las parroquias rurales y del sector urbano de Riobamba. Entre los asistentes y bajo la coordinación del Patronato San Pedro se eligió y constituyó del comité de usuarios/as, el mismo que funcionará de acuerdo a las disposiciones de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la infancia y su respectivo reglamento.

El comité de usuarios/as de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia del Cantón de Riobamba está constituido por los representantes de las siguientes parroquias: San Luís, Licto, Punín, Flores, Pungalá, Cacha, San Juan, Cubijies, Calpi, y una delegada del sector urbano de Riobamba (Vinueza, 2007).

El enunciado de las políticas globales en el contexto local, da lugar a las relecturas por parte de los sistemas de salud local. Sin embargo, en variadas ocasiones están relecturas perpetúan el maltrato, la discriminación y la exclusión, condiciones que reflejan el funcionamiento de un determinado sistema de atención. Éste no siempre se configura en función de lo que el Estado espera o busca, que es justamente generar procesos de inclusión en este segmento de la población. Frente a ello, el Estado se muestra como un agente político activo que de modo estratégico incluye en el accionar de estos procesos a otros actores con relevancia a nivel local, como son la sociedad civil, y agentes de la salud comunitaria, que favorecen y posibilitan al Estado alcanzar los cuerpos marginados.

Puesta en marcha de las políticas

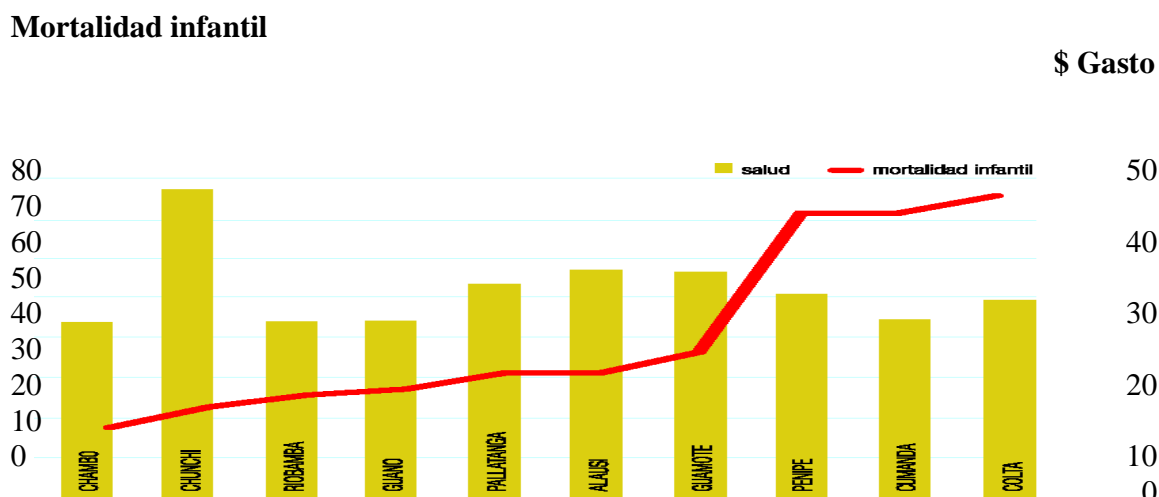
Uno de los aspectos fundamentales que se requiere para poder poner en marcha este nuevo modelo de salud en las localidades, es el tema presupuestario. Los requerimientos institucionales para poder echar andar este nuevo modelo de salud, demandan una inyección de recursos adicionales a lo normalmente presupuestado. A modo de ejemplo, la Provincia de Chimborazo en el área de salud debería contar con infraestructura y profesionales capaces de cubrir un total de 443.522 beneficiarios. Esa infraestructura actual distribuida en diez cantones es de: 6 Áreas de Salud, 1 Hospital General, 1 Hospital

Especializado, 4 Hospitales Básicos, 4 Centros de Salud, 10 Sub-centros Urbanos, 27 Sub-centros Rurales y 50 Puestos de Salud. Para el área de Colta la cobertura es la siguiente:

1 hospital Cantonal, 1 centro de salud Pallatanga, 8 Sub-centros de salud rural en Troje, S.D Quito, J. Velasco, Columbe, Pulucate, Multitu, Cumandá, La Isla. 11 Puestos de Salud en G. Zambrano, Sicalpa Viejo, Cebollar Alto, Castug Tugurahuilla, San Guisel, San Bernardo, Rumicorral, Aguijón, Lote 1.2, Jalubí, San Vicente (Dirección Provincial de Salud Chimborazo, Hospital Colta, Marzo, 2008).

Retomando lo anterior, uno de los principales problemas, a los cuales se ven enfrentados los hospitales, centros y sub centros de salud, es el tema de la asignación presupuestaria, situación que ha conllevado al Estado a impulsar ciertas alianzas tanto en el plano internacional como a nivel local. A nivel local estas alianzas se crean como un espacio de complementariedad entre el gobierno local y el gobierno central. Estas alianzas, buscan cubrir los vacíos presupuestarios locales, como vemos a continuación en el siguiente gráfico para el caso de Colta. Tenemos un gasto en salud local que no alcanza a cubrir el 50%, y sin embargo, es el cantón que presenta los índices más altos de mortalidad infantil. En este caso la asignación presupuestaria resulta ser incongruente con la realidad.

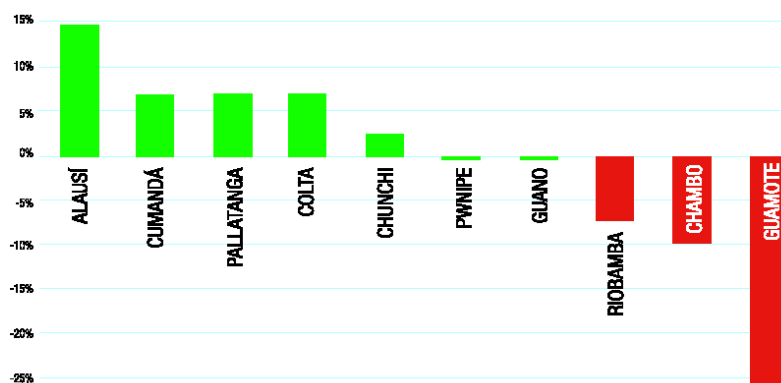
Figura 3. Gasto en salud per cápita y mortalidad infantil en los cantones de Chimborazo



Fuente: Presupuesto del programa de maternidad Gratuita año 2005 y 2006. Elaboración Grupo Faro.

Pese a que la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, cuenta con un procedimiento propio para el tema de asignación presupuestaria, la realidad de la provincia está marcada por presentar un claro déficit en el área. Sin embargo, ciertos cantones como Colta han repuntado en presupuesto, producto del aumento de porcentajes en la atención de por concepto de parto y maternidad.

Figura 4. Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Diferencia entre el presupuesto 2006 y la ejecución de 2005



Fuente: Presupuesto del programa de maternidad Gratuita año 2005 y 2006. Elaboración Grupo Faro

Con respecto a la LMGAI como se observa en el gráfico 4, el cantón de Colta ha logrado repuntar en presupuesto por este concepto. Esto significa que el sistema público entre el año 2005 y 2006 incrementó su demanda de atención por el concepto de partos y control de la fecundidad. Este hecho explica que el reembolso estatal no tuviese una connotación negativa en Colta como en Riobamba, Chambo y Guamote.

Las estrategias desplegadas por parte del Estado para llegar con la medicina a estos grupos e incorporarlos al sistema público, a requerido de un trazado que busca compatibilizar ambos sistemas de salud, en un solo modelo. Para ello el sistema público, esta buscando formas de generar confianza para lograr un acercamiento a “lo indígena”.

En esta misma línea se ha incurrido en una fuerte campaña conducente a preparar, y educar a hombres y mujeres indígenas de los sectores rurales como “promotores de salud”.

Su rol al igual que las parteras en el sistema de salud es de mediador, pues se desplazan entre uno y otro sistema.

Chimborazo cuenta promotores de salud en el sector rural, Graduados en la Corporación Yachachic 27 hombres y mujeres del sector campesino de Chimborazo, se incorporaron como promotores de salud, el acto se desarrollo en el salón principal del edificio Costales y contó con la presencia de autoridades de la ciudad y de la provincia.

Estuvo presidido por las autoridades de la Unidad Educativa Pacha Yachachic, asistieron como invitados autoridades de la Universidad Interamericana del Ecuador, Instituto Misael Acosta Solís, los graduados y sus familiares.

Cecilia Badillo, coordinadora del departamento de salud Alli Kausay dio el saludo de bienvenida, expreso el agradecimiento por la participación que han tenido durante todo el proceso tanto la familia y las comunidades con los graduados, además a todas las personas que han hecho posible que la corporación Yachachic y su departamento de salud Alli Kausay cumplan con su objetivo y es el de llegar a las comunidades, mejorar la calidad de salud, a través de sus compañeros.

Todos sabemos que nuestros pueblos y nacionalidad es intercultural, tenemos diferentes formas de conocimientos, a nivel indígena se lo hace a través de las experiencias ancestrales, no hay nada escrito sobre sabiduría, pero lo sabemos por la transmisión de la experiencias de padres a hijos, de generación en generación.

Es justamente este rescate de la medicina natural y ancestral que el proyecto Yachachic ha querido rescatar a través de la formación de promotores de salud, señaló. Entregaron una placa de reconocimiento a Barbara Kühlen representante de la fundación financiera en Alemania acción Medeor por su labor desplegada en beneficio de la salud del centro campesino de la provincia hicieron a demás representaciones artísticas sobre la forma de cómo las culturas ancestrales realizaban los actos de curación y sanación (*La Prensa*, febrero 20, 2008).

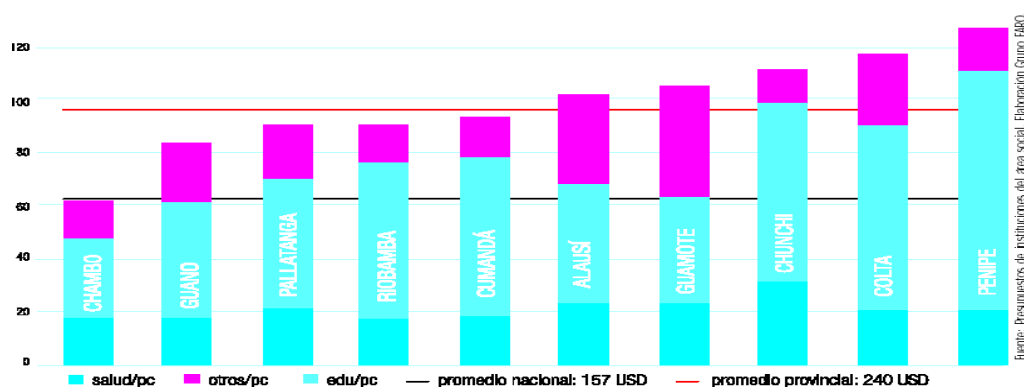
El tema de los promotores de salud, arremete con mayor fuerza en los sectores rurales. Más aún, el éxito de la iniciativa conlleva a que se institucionalice dentro de la Provincia con el objeto de lograr su legitimación. Evidentemente son estrategias del sistema público que encuentran apoyo y se complementan con la parte privada.

Entregarán las certificaciones a las escuelas promotoras de la salud. Salud. Las direcciones de salud y de educación participarán en este evento que facilita la atención del tema de salud en la provincia... Este plan se encamina en conjunto para la ayuda comunitaria en el tema de salud y que es apoyado por el Ministerio de Salud Pública, y el Ministerio de Educación, el DIPEIB-C, el PLAN, Visión Mundial y la fundación Christian Children's Fund... Los

participantes serán motivados públicamente en este evento que espera contar con autoridades y coordinadores de la Red de Escuelas Promotoras de Salud de la Provincia (*La Prensa*, febrero, 2008)

En promedio la asignación para el sector social en la provincia de Chimborazo es \$240 dólares por habitante, mientras que este mismo indicador como promedio nacional alcanza a los \$ 157 dólares per cápita. Esto significa que la provincia de Chimborazo recibe un 52% más que el promedio nacional para invertir en el sector social.

Figura 5. Chimborazo, gasto social per cápita en US\$ según cantones



Fuente: *Grupo Faro*, Lupa Fiscal, 2007.

Como se puede apreciar en el gráfico 1, en la mayoría de los cantones, el gasto social primeramente está destinado a cubrir temas de educación. En el caso de la salud los cantones de Penipe, Chunchi y Colta, son los que tienen un porcentaje mayor de gasto en este tema.

Como señalaba anteriormente, la funcionalidad de un nuevo modelo de salud, requiere la incorporación de recursos extras. El Estado como agente impulsor de esta iniciativa, se encuentra proveyendo parte de estos recursos. Sin embargo, la asignación presupuestaria estatal es insuficiente. Esta situación ha conllevado al Estado ecuatoriano a establecer alianzas internacionales que apoyen su proyecto en materia de intervención en salud.

Es en este proceso donde se logró establecer alianzas estratégicas internacionales entre el Estado ecuatoriano y la Comisión Europea. El apoyo logrado se traduce en el

diseño e implementación de un mega proyecto de intervención en salud denominado: Programa de Apoyo al sector Salud en Ecuador (PASSE).

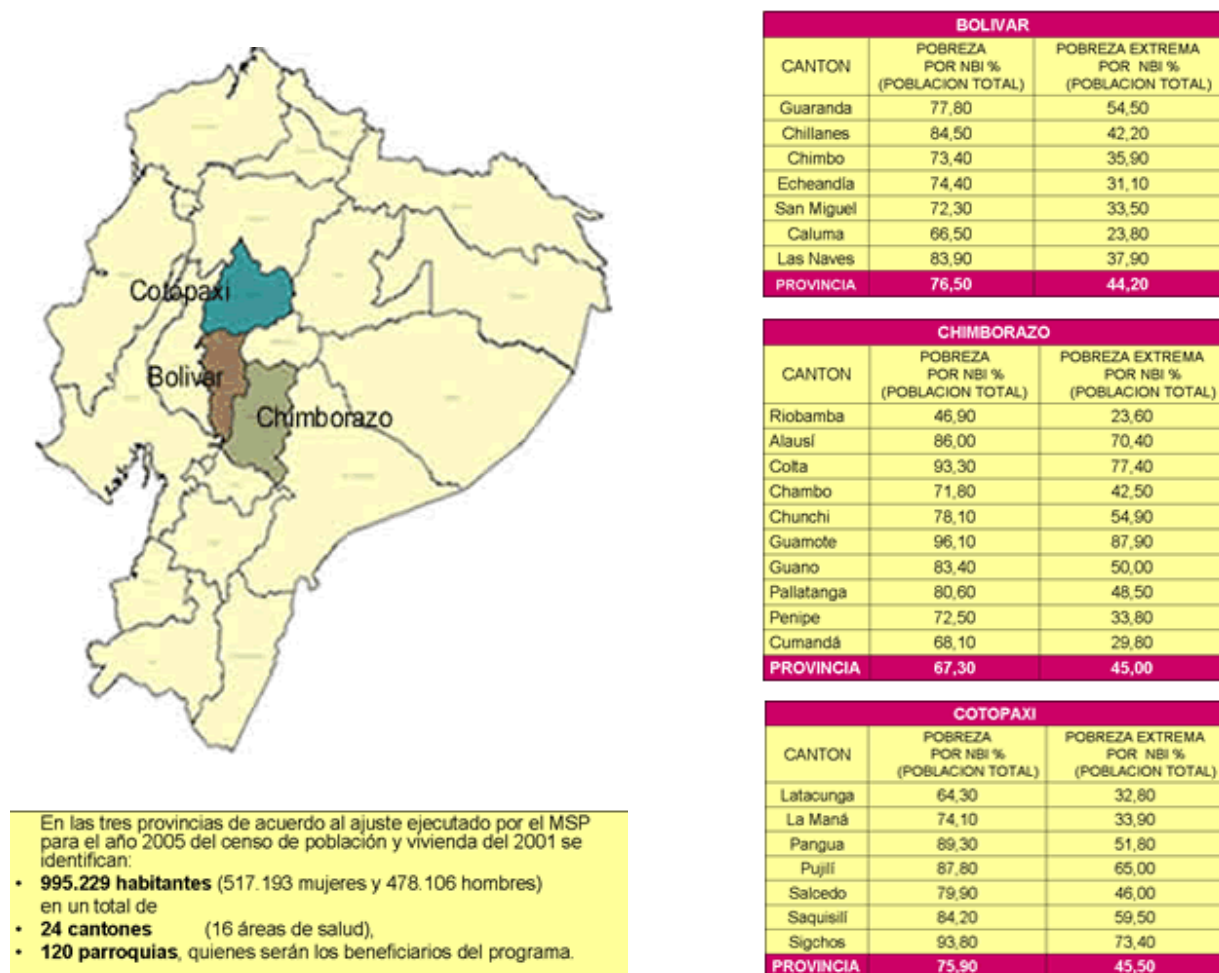
El proyecto PASSE, en este tipo de atención yo le veo más bien como un interrelacionador entre lo que es la medicina indígena y lo que es la comunidad indígena y lo que son los sectores de nosotros los médicos y la medicina occidental, está realizando ciertos proyectos, a parte que nos está ayudando con el licenciamiento de cada una de las unidades. Al hablar de licenciamiento nosotros hablamos de que debemos cumplir con ciertas normas para poder ejercer la medicina de acá; es decir, que tenga recursos humanos, que tenga insumos. En fin completar todas esas normas concluir con eso y poder licenciar. En eso está ayudando la Comunidad Europea en conjunto con el Ministerio de Salud y han formado lo que es el proyecto PASSE (Velasco, entrevista 2008).

El objetivo general de este proyecto está dado principalmente por “apoyar el proceso de reforma del sector salud y el modelo de atención integral e intercultural basado en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la atención primaria de salud” (Programa de apoyo al sector salud en Ecuador, 2008).

El aporte de la Comisión Europea para el logro de estos objetivos se traduce en fondos presupuestarios reales con una “contribución de €28.000.000; la contraparte nacional realizó un aporte de €7.648.820, cuyo total financiamiento fue de: €35.648.820”. La fecha de inicio de este programa fue marzo de 2005 y está previsto su término para marzo de 2009” (Programa de apoyo al sector salud en Ecuador, 2008).

La incorporación de recursos externos posibilitó la implementación de este programa en tres de las provincias más pobres del Ecuador, que además coincide con las provincias que tienen los índices más altos de concentración de población indígena rural, y provincias donde el número de mayor de habitantes está conformado por mujeres, como son: Cotopaxi, Bolívar y Chimborazo. Los cantones seleccionados en la provincia de Chimborazo son: Colta, Guamote y Achupallas. Como se puede apreciar en la figura 6, estas provincias se encuentran concentradas en el centro del país en la región sierra.

Figura 6. Ubicación de la zona de intervención Programa PASSE.



Fuente: Programa de Apoyo al sector Salud en Ecuador (PASSE).

La selección tanto de las provincias como de los cantones responde a criterios de focalización y vulnerabilidad social producto de los altos índices de pobreza, mayor presencia de población femenina e indicadores de mortalidad materno infantil y postergación social. Sin embargo, la implementación y ejecución de este proyecto a nivel local, trajo consigo una serie de impactos a nivel local, sobre todo en el aspecto de funcionamiento e iniciativas locales.

Las directrices generales de este proyecto están enfocadas a cubrir ciertas áreas en el sistema de salud local como: ampliar la cobertura y servicios, suministros, obras, información y visibilidad, funcionamiento e iniciativas locales.

Con los recursos provenientes de estas alianzas estratégicas con la Comisión Europea destinadas al sector salud, se ha logrado implementar en el hospital del cantón Colta los “equipos básicos de atención en salud” denominados EBAS. La conformación de estos equipos es un complemento a la estrategia de intervención del nuevo modelo de salud integral. Como dijimos este programa incentiva el desplazamiento del sistema de salud público a las comunidades, lo realiza a través del movimiento de sus profesionales a las distintas comunidades preferentemente rurales, que no son usuarias frecuentes del sistema de salud público. El desplazamiento de los profesionales a las comunidades, confirma la esencia de este nuevo modelo de salud que se centra en la oferta de servicios y atención, más que en la demanda de los usuarios.

Es un nuevo programa de atención integral; son grupos de EBAS, equipo básico de atención de salud. Ellos son los que están ahora encargados de lo que es atención a nivel domiciliario. Se rompió el esquema de atención por concentración y se va hacer de casa en casa. Ellos manejan unas fichas familiares en las cuales se va a ver los riesgos tanto ambientales, biológicos, ecológicos que tiene cada una de las familias al estar en zonas alejadas y rurales de la zona cantonal (Velasco, entrevista, 2008).

Ahora bien, resulta interesante mirar, como opera instrumentalmente este nuevo modelo de salud. Como primer punto veíamos este desplazamiento del sistema médico a las comunidades, lo que tiene por objeto amortiguar los posibles factores geográficos y económicos que obstaculizan la llegada de la población indígena, en este caso, a los centros y sub centros de salud. En este marco, la función prioritaria de este nuevo procedimiento es captar y llegar a los segmentos poblacionales más alejados geográficamente. Este hecho, permite eliminar las pautas de atención de un sistema tradicionalmente basado en la contrademanda.

Por ello, se busca captar a los grupos más resistentes del sistema para ser incluidos en la intervención estatal, el mecanismo la visita médica domiciliar en la propia comunidad. Haciendo alusión a esta problemática, Alfredo Carballeda (2005), en su texto “la intervención en lo social”, expone el caso de Argentina, que revela la insuficiencia del uso de herramientas clásicas de intervención por parte del Estado, por lo que propone el surgimiento de nuevas apuestas de intervención, basadas en dispositivos de poder. En base a ello,

Desde sus orígenes, gran parte del sentido de la intervención en lo social está relacionado con el modo como cada época construye los perfiles de la trasgresión. Esto implica una forma de acercarse a este “territorio” a través de diferentes dispositivos, instrumentos y modalidades de acción en la medida en que son cuestiones que pueden afectar al “todo social o, sencillamente que reproducen en lo minúsculo, en pequeños espacios (Carballeda, 2005:18).

Desde el punto de vista operativo tenemos la incorporación de un instrumento utilizado en el proceso de pesquisa y atención de usuario denominado “ficha familiar”. Esta ficha actúa como un micro dispositivo de poder que desencadena un control de los sujetos a pequeña escala. Establece un banco informativo sobre las presencias y ausencias, y permite saber dónde y cómo encontrar los cuerpos de los sujetos que busca intervenir. En palabras de Carballeda:

En principio podemos pensar este dispositivo como una forma de ingreso a la institución, a un nuevo mundo, a un orden diferente y opuesto del que provenían. En este sentido se trata de un dispositivo escéptico, mecánico que detiene y da otro rumbo a la historia de quien es abandonado (2005:19).

Así la ficha familiar, como instrumento de pesquisa, deja entrever un nuevo orden en el sistema, que se traduce en la idea de un nuevo tipo de funcionamiento institucional. De modo que este instrumento utilizado como banco informativo permite al Estado construir un sujeto, un otro sobre el cual puede intervenir, así:

Lentamente lo clasifica y logra incluirlo...ese otro será construido despaciosamente y calladamente a través de descripciones, informes, observaciones, y especialmente desde la relación que establece con quien lleva adelante la intervención..., pues servirán para dar a conocer las conductas y costumbres, de aquellos a los que se quiere transformar (Carballeda, 2005:26).

Una de las mayores bondades de la instrumentalización del proceso es el diagnóstico situacional que arroja la aplicación de la “ficha familiar”, puesto que se realiza un análisis de variables generales, que permiten captar el “estado” social, familiar, de entorno y de salud de los sujetos no usuarios del sistema de salud. “Así la vida cotidiana como espacio de construcción de identidad, será el lugar privilegiado de la intervención, como espacio favoritos de disciplinamiento” (Carballeda, 2005: 26).

La aplicación de este instrumento ficha familiar y ‘ficha intercultural’, junto con concebirse como fuente de información, permite realizar un seguimiento del estado general de la familia en cuanto a salud y condiciones sociales. Este control instrumental, diseñado y utilizado para este modelo, se agrega la existencia de un tercer instrumento denominado ‘sala situacional’. Este último instrumental, identifica y mapea a los agentes de salud indígena que intervienen en la zona

Estamos dando el inicio y para ser uno de los sectores que se esta implementando los pioneros en este sentido hay bastante aceptación si UD se da cuenta nosotros manejamos un mapa donde encontramos he donde están ubicados los Yachas los fregaderos los curanderos con la finalidad de ir integrándolas al nuevos sistema de salud ha habido aportaciones de parte del Ministerio indígena, de parte de los representantes de la medicina tradicional y se está trabajando coordinadamente con ellos (Velasco, entrevista, 2008).

Frente a la presencia de los elementos antes descritos, insertos en un nuevo modelo de intervención en el ámbito de la salud, se percibe de forma reiterada la intención latente del Estado de alcanzar estos cuerpos excluidos para finalmente lograr intervenirlos. Así “esta idea avanza sobre la vida cotidiana, lo cual junto con imponer un orden, permite construir a ese “otro”, como señala Carballeda (2005), ““ver al otro”, implica un efecto de poder sobre éste”. Frente a ello, no es casual ni azaroso que las localidades pilotos seleccionadas para llevar a cabo esta intervención presenten ciertas particularidades como, pobreza, exclusión, altos porcentajes de concentración de población indígena, femenina y rural.

La mortalidad materno infantil, es el factor que conduce la mirada estatal hacia los cuerpos de las mujeres. Se convierte así la maternidad en la puerta de entrada que abre espacios al Estado para alcanzar estos cuerpos excluidos y marginados. Desde este punto de vista, el Estado busca y llega a las mujeres indígenas por la vía de la salud/maternidad.

De este modo, la maternidad indígena se configura como un espacio político que implica una serie de fisuras y discontinuidades en conflicto. En este marco se comprende, la ausencia de políticas de salud enfocadas hacia una no maternidad, porque es precisamente la maternidad la que permite la llegada al Estado a estos cuerpos indígenas femeninos. Así el Estado en este nuevo escenario de implementación de un nuevo modelo de salud integral, busca a través de su intervención “atar” estos cuerpos de las mujeres indígenas mediante sus políticas de salud encaminadas hacia la maternidad.

Los dispositivos de poder ya no se limitan a ser normalizadores, tienden a ser constituyentes (de la sexualidad). Ya no se limitan a formar saberes, son constitutivos de verdad (verdad del poder). Ya no se refieren a “categorías” negativas a pesar de todo (locura, delincuencia como objeto de encierro), sino una categoría considerada como positiva (sexualidad) (Núñez, 2007: 2).

El Estado de algún modo, ya es consciente del punto de llegada y encuentro con los cuerpos indígenas de las mujeres a través de la maternidad. En este marco se comprenden diversas acciones estatales como la necesidad local de impulsar la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia y la implantación de un nuevo modelo de salud integral. Ambos lineamientos terminan siendo medios/estrategias, para alcanzar estos cuerpos.

Ahora bien, las acciones más concretas a nivel local que dan cuenta de ello, es la “adecuación cultural del parto”, en el hospital de Colta.

El hospital de Colta se alista para cumplir con la atención del parto tradicional, donde Telmo Velasco, director del área de salud No 2 del cantón de Colta, señaló que se está implementando el parto tradicional en las comunidades indígenas de Chimborazo. Añadió que tanto Colta como Guamote y Achupallas, con el apoyo del proyecto PASSE están implementando esta modalidad como área piloto. Intervienen las parteras comunitarias, como profesionales de las unidades de salud. La implementación de este nuevo sistema de atención va mejorar la relación del hospital con la comunidad y así generar mayor confianza hacia el sistema de salud (*La prensa*, febrero 16, 2008: 016v).

Esta noticia captada en un medio local de prensa escrita de la provincia de Chimborazo, deja entrever tres elementos que son relevantes en el proceso: focalización (comunidades indígenas), agentes (incorporación de las parteras en el proceso) e intervención (atención humanitaria basada en la generación de confianzas). La unión de estos tres elementos permite actuar al Estado mediante este nuevo modelo de salud con mayor eficiencia en el

medio local. Pues, a modo de ejemplo, para las mujeres indígenas la partera es un referente válido que facilita la entrada al sistema de salud público. Por lo tanto, como estrategia de intervención se busca entablar nuevas relaciones encaminadas hacia potenciar la confianza, entre los distintos agentes, mujeres indígenas, médicos, parteras y familiares.

PASSE también está ayudándonos a continuar con los partos tradicionales que son los partos verticales partos naturales de acuerdo a como se da en el sector. Se ha implementado en algunos sectores el área física para que se den este tipo de actividades como son el cuarto donde está la parturienta y un cuarto aledaño a donde se van agrupar toda la familia o bien los allegados a la parturienta porque de eso se trata: darles un ambiente más tradicional, darles un ambiente más familiar para que ellos puedan tener su parto normal. Lógicamente que esto va sumado a todos los conceptos de medicina occidental, como son las antisepsias (Velasco, entrevista, 2008).

En este marco de inclusión de nuevos agentes y de complementación de sistemas de salud público/comunitario, las parteras están siendo reeducadas en el sistema estatal:

A las parteras ya se les está haciendo sensibilización acerca de cómo se debe llevar un parto, de cómo se debe atender el parto, cómo y en qué condiciones se debe atender un parto. Entonces, lógicamente, un conjunto de actividades entre lo que es la medicina indígena y la medicina occidental (Velasco, entrevista, 2008).

Sin embargo, cabe señalar que existe un sistema público que deslegitima el conocimiento de las parteras, su inclusión es más bien una estrategia que permite la mediación entre sistemas. Por lo tanto, este intersticio entre ambas medicinas, tiene por objeto principal lograr una validación para el mundo indígena de la medicina occidental, mediante la generación de este tipo de acercamiento. La validación e incorporación de funciones de la partera en este nuevo modelo de salud pública, la convierte objetivamente en una interlocutora válida que se desplaza entre la comunidad y el Estado, cuyo rol es la de una interlocución capaz de mediar entre ambos actores.

Algunas limitaciones

Como veíamos en un inicio, el problema de la asignación presupuestaria es una de las dificultades más frecuentes a las que se ven enfrentados los establecimientos de salud. Esta situación se ve doblemente agravada en los sectores rurales, pese a que la lógica indica que debería existir una coherencia entre indicadores sociales y asignación presupuestaria local.

Situación que en teoría si se llevara a cabo favorecería en gran medida a los sectores rurales. Para el Grupo Faro:

Este tipo de problemáticas se desprenden del gobierno central... Esta asignación de recursos financieros se la contrasta con indicadores que caracterizan la situación de la población en este cantón, como analfabetismo, pobreza o cumplimiento de derechos, lo que ayuda a vincular la asignación de recursos con las necesidades básicas de los ciudadanos (*Lupa Fiscal*, 2007: 3).

La baja asignación presupuestaría a nivel local, es un hecho, que afecta directamente la calidad de los servicios brindados. Para el director de la zona de salud de Colta, existe una problemática en cuanto a la relación dada, entre salarios y recursos humanos. No existe un estímulo económico por parte del Estado, que permita captar profesionales que se motiven para trabajar en las zonas rurales. Este hecho ha generado la fuga de profesionales de la salud hacia diversos destinos que se perfilan más estimulantes económicamente. Producto de ello, se ha generado un vacío de profesionales en el área de la salud en los sectores rurales.

Siempre va a haber un déficit en lo que respecta al número de médicos, número de personal, lo que es ahora el talento humano, ya que muchos de nuestros profesionales se están fugando del país. Las condiciones económicas son las que les están ahuyentando de nuestro país. El haber estudiado tanto tiempo, haberse preparado tanto tiempo y con salarios que son bajos. Últimamente que se ha visto en aumentar el salarios del médico, con cierto tipo de garantía. Peor que todavía no cumple las expectativas de uno que tiene al graduarse. Por ejemplo, ustedes en el país de Chile tienen médicos salubristas comunitarios que están ganado por los dos mil dólares, mensuales o más. Acá eso muchas veces llega a los 800 dólares. Entonces hay un déficit de más de un 50% de lo que debería ganar un médico, lo que hace que nos falten los recursos humanos. A parte de eso el hecho que son sectores muy alejados sectores de difícil acceso. Se nos hace difícil llegar con el personal y por supuesto con todos los insumos que ameritan una buena atención como son vacunas y medicamentos (Velasco, entrevista, 2008).

A parte del tema presupuestario existen otras limitaciones como el idioma, situación a la cual se han visto enfrentados los profesionales de la salud en su relación con la población indígena local. En los sectores rurales, un porcentaje significativo de la población indígena es bilingüe. La gran mayoría de ellos utiliza la lengua kichwa para relacionarse en la vida cotidiana. El español si bien lo entienden, es poco utilizado. Este idioma se usa más bien

cuando deben relacionarse con los mestizos por el concepto de trámites, en ámbitos externos a su comunidad.

Cuando mujeres y hombres acuden a los centros de salud todas las indicaciones son dadas en español, lo que dificulta el entendimiento. Un ejemplo de ello son las campañas de vacunación. Las mujeres acuden con sus niños a los centros de salud o bien llegan los profesionales a los hogares. Una vez vacunados los niños, se les explica a las madres que producto de la vacunación se presentaran algunos síntomas que son normales de dicho proceso, como fiebre, vómitos, hinchazón en el brazo, etc. El hecho, es que como estas indicaciones son dadas en español, las mujeres no alcanzan a comprender bien dicha información. Una vez que llegan a sus hogares los niños comienzan a presentar los síntomas, ellas asumen, que la vacuna los ha enfermado. Por ello, su lectura inmediata es, mejor no hay que vacunar, porque antes de la vacuna estaba sano y ahora el wawa se enferma (diario de campo, 2008). De este modo, el idioma es una limitante que crea percepciones equívocas de las acciones de unos y otros, generando un no entendimiento. Ahora, por otra parte, los profesionales de la salud juzgan esta acción de forma negativa, pues asumen que el hecho se debe a una falta de información, interés y a la despreocupación por parte de las madres hacia sus hijos, fomentando de este modo la vulnerabilidad de los niños para contraer diversas enfermedades, evitables, mediante la prevención.

Otro aspecto interesante de señalar con respecto a la limitante del idioma son los símbolos y representaciones que están presentes al interior o en los alrededores del hospital de Colta. Este hospital cuenta con una infraestructura relativamente nueva, y todas las señalizaciones del hospital están escritas en español.

Para los indígenas de la zona, los símbolos y representaciones cobran un determinado valor. En este contexto me parece interesante y anecdótico señalar como una limitante, que a pocos metros del hospital se encuentra el cementerio general de Colta. Este hecho me permite comprender algunas afirmaciones que encontré en “memoria encuentro de mujeres warmikuna Tandanacushka alli causaimanta” (2001), donde algunas mujeres manifestaron lo siguiente “nos da miedo asistir a los centros de salud y hospitales” luego otra mujer añade “se oye que ahí matan a las personas”. Es curioso pero, quizás estas

afirmaciones provienen de la relación que se establece en la actualidad con la cercanía física y real de estas dos figuras hospital-cementerio. Este hecho configura la instalación en el imaginario colectivo de ciertas ideas fuerzas de esta cercanía.

Encuentros y desencuentros entre las políticas de salud y la población indígena

El Estado a través de la implementación de una nueva modalidad de atención en salud, busca establecer un nuevo tipo de relación con las comunidades indígenas rurales. En base a ello, ha diseñado estrategias de intervención que apuntan a captar a este segmento de la población no usuario/o frecuente del sistema de salud pública. Por otro lado y en este mismo contexto existe un redireccionamiento de las políticas públicas de salud, que en la actualidad promueven una intervención en el área basada en un modelo denominado “integral”.

Este modelo de atención integral, se caracteriza principalmente por ser un modelo centrado en la oferta de servicios de salud, con una tendencia incluyente, que busca brindar atención de calidad. Es por ello, que el fin último de este modelo, es captar a la población no usuaria de los sectores rurales, que por razones de económicas y de distancia geográfica no son usuarias del sistema. En este marco se comprende que la estrategia pública de intervención sea el desplazamiento institucional-profesional a las comunidades.

En estos desplazamientos institucionales se pactan visitas médicas mensuales con las familias, para realizar un proceso de seguimiento, con el propósito de evaluar la evolución de las variables que catalogan como de riesgos, ya sea a nivel, familiar, del entorno u ambiental. Esta información es posible captarla a través de la aplicación de dos instrumentos denominados ‘ficha familiar’ y ‘ficha intercultural’.

Lo que resulta interesante en esta dinámica, es ver cómo la aplicación de este instrumento, permite al Estado y al sistema de salud mismo, ejercer un control a pequeña escala, pues gestiona y almacena información de la vida cotidiana de los sujetos. En este sentido, este nuevo modelo de salud se perfila mucho más proactivo que el modelo anterior ya que éste, era funcional al paradigma biológico para actuar sobre la salud/enfermedad.

El primer enlace del sistema de salud con las comunidades, es a través de la valoración e integración cultural de la localidad en la atención. En este contexto se enmarca la inclusión de las parteras en los establecimientos de salud, como actoras claves de la adecuación cultural del parto en los sistemas de salud pública, pues, son el nexo directo con la comunidad.

Actualmente la estrategia de inclusión es buscar la complementariedad de ambos sistemas de salud, público/comunitario a través, de la implementación de este nuevo modelo de salud, que cuenta con las estrategias metodológicas necesarias que permiten al Estado tener un mayor control y legitimación sobre la totalidad de los cuerpos.

Para finalizar, no puedo dejar de señalar las estrategias intersectoriales impulsadas por el gobierno, que permiten trabajar en forma conjunta a los gobiernos locales, sociedad civil y cooperación internacional, a modo de ejemplo, las alianzas internacionales que el Estado ecuatoriano ha establecido con organismos como la Comisión Europea. Estas alianzas estratégicas, le han permitido obtener el apoyo financiero para llevar a cabo su intervención en el área de la salud, en la implementación del nuevo modelo de salud que le permitan alcanzar las comunidades indígenas rurales.

CAPITULO IV

MATERNIDAD, PARTO Y DISCRIMINACIÓN

Introducción

Al comenzar mi investigación, no dimensioné el significado de la carga que tendría mi visión occidentalizada de la conceptualización de salud, para comprender la realidad indígena con respecto a su escaso acceso a los sistemas de salud formal, por parte de la población indígena, según prueban las estadísticas (León, 2004). Esta mirada sesgada en la salud occidental, parte de mi propia experiencia, me impedía comprender con mejor voluntad lo que estaba sucediendo con la realidad de hombres y, principalmente, mujeres indígenas asentadas en los sectores rurales.

Para lograr emprender mi análisis fue imprescindible cuestionar la salud como una actitud no solo frente a la vida, sino también como una actitud que existe frente a la muerte. Esta actitud mezcla la polaridad como un proceso imbricado que une los extremos y que

permite finalmente, percibir la salud-enfermedad como un continuum de un mismo camino o línea, que conducen a un punto común; la muerte. Así esta actitud “se caracteriza por la visión simbólica de la salud y la enfermedad, del canto y el llanto, del silencio y la palabra” (Aguiló, 1992:165).

Por ello, fue menester desmontar el término salud como un concepto asociado exclusivamente a la vida. Precisamente es en este contexto, donde confluye la existencia de dos modelos de salud que se encuentran interpenetrados como son: el modelo de salud pública y el modelo de salud andino.

Ambos modelos que no son excluyentes, se presentan como alternativas paralelas y viables de atención para las mujeres indígenas de los sectores rurales. Sin embargo, se presenta la siguiente paradoja, pese a que ambos modelos de salud se caracterizan por tener sistemas de atención un tanto opuestos, ambos coinciden en los resultados: un alto porcentaje de mujeres indígenas de los sectores rurales, siguen engrosando las estadísticas de mortalidad, producto del ejercicio de la maternidad.

Comunidad Shuid y maternidad

Una de mis primeras tareas para comenzar mi trabajo de campo, fue la de diseñar una estrategia para entrar en la comunidad. El objetivo era buscar la forma de generar confianza para que finalmente me abrieran sus puertas y compartieran su sentido de vida, frente a la problemática que me había planteado. Fue un desafío. Cada uno de mis intentos se desbarataron por razones que se diluían en un sin razón. Sin embargo, de forma azarosa, conocí a María Cecilia, una niña-mujer indígena quien se convirtió en mi informante clave en este proceso. Fue ella quien me dio las primeras luces de una realidad indígena que era completamente desconocida e inimaginada para mí. La relación entre ambas fluyó, aunque en una primera instancia jamás sospeché la trascendencia que tenía su presencia, en el desarrollo de esta investigación.

El buen vivir. “Sumak Kawsay”

María Cecilia es una joven indígena de tan solo diecisiete años de edad, bilingüe perteneciente a la comunidad de Shuid, ubicada aproximadamente a unas tres horas de la

ciudad Riobamba. Este dato de las distancias marcada por el tiempo, se convirtió en un primer antecedente que me permitió comprender como el sentido de las distancias y el tiempo, en el contexto rural, es sumamente subjetivo y distinto al que se percibe en las zonas urbanas. Esta relación entre tiempo y distancias genera un sentido de abandono, por parte de las comunidades. Un abandono que muchas veces se traduce como una carencia de Estado. Esta relación perceptiva se forja producto de la dificultad institucional de no generar condiciones que permitan percibir una mejor calidad de vida, fruto de la incapacidad institucional.

Por otro lado, las vías de acceso a los sectores rurales, que en su gran mayoría presenta dificultades, junto a la frecuencia de locomoción y la presencia/ausencia de servicios públicos-estatales como: servicios de salud, policía, escuelas, colegios, registro civil, curas en las iglesias para celebrar los rituales, entre otros, permiten ir construyendo los espacios rurales como “cercanos”, “alejados” o “asilados” para los sujetos que los habitan, escenario que además determina el tipo de relación que se establece entre estas localidades y el Estado.

Es por esta razón, que para Cecilia su comunidad se ha construido en el imaginario colectivo social como un espacio muy lejano y aislado. Este hecho es producto del referente urbano de la ciudad de Riobamba, ya que ventajosamente cuenta con la presencia de la gran mayoría de los servicios público-estatales, antes mencionados.

Hasta hace muy poco llegó el camino a la comunidad de Shuid, y con él la locomoción colectiva. Este hecho permite de algún modo percibir entre los habitantes un acercamiento sustancial de las distancias locales. El acceso de vías marca un referente de integración en la comunidad. Sin embargo, la ausencia de instituciones estatales en resumen, sigue posicionando a la comunidad Shuid como un lugar “olvidado”, aparentemente abandonado por la mano invisible y protectora del Estado: “noooo, ahí no hay naada, ni policía, ni médicos, naada!, lindo sería que hubiera esto que ayude a la gente” (Guamani, entrevista, 2008).

Es recurrente encontrarse en la comunidad con la idea de que el arreglo de vías o mejoras en los accesos (situación que bien podría denominarse integración al desarrollo), trae consigo el mal de las sociedades mestizas, que corrompe las costumbres del “buen

vivir” en la comunidad”. Es frecuente por ejemplo, relacionar de forma directa la llegada del camino con la llegada de la delincuencia que se refleja, según las percepciones de los habitantes de la comunidad, con el incremento considerable de robo de animales, violaciones y maltrato a las mujeres:

Nooo, los tiempos han cambiado, y mucho cambio con la llegada del camino. Antes no se veía nada malo, la gente no era mala, no pegaba a las mujeres. Ahora pega mucho los hombres, si hasta ladrones han llegado; roban cosas así y nadie hace nada...” (Guamani, entrevista, 2008).

Otro de los antecedentes que se manejan en la comunidad y que se relaciona con la llegada del camino, es el inicio de procesos migratorios internos en la comunidad “la mayoría de gentes se ha ido, con la llegada de la carretera se van a Cañar a Cuenca” (Guamani, entrevista, 2008). Esta connotación negativa, se origina fruto del abandono de las personas mayores que finalmente quedan solas, a la deriva de un sistema comunitario-estatal que no asume esta problemática.

En este marco, surge una extraña relación por parte de las personas de las comunidades en percibir el desarrollo y la integración a un proyecto nacional, ya que surge como un hecho negativo que corrompe la tranquilidad y el “buen vivir” de las comunidades,

Con conciencia de causa el difícil proceso de integración, a la que hasta ahora, se resiste. Esa resistencia no es sino una reivindicación del puesto que le corresponde como pueblo y cultura dentro de la sociedad ecuatoriana. Se trata de demostrar con evidencias que esta cultura tiene consistencia en sí misma, un sentido profundo y un destino que le da la capacidad de reconstruirse como pueblo y como cultura a pesar de los siglos de asedio desestructurador y de dominación despótica (Aguiló, 1992:11).

La automarginación de las comunidades de los procesos de desarrollo, se debe a que es percibido como un proyecto de nación un tanto “ajeno”, que pervierte y contradice “sumak kausay” en las comunidades. Esto me permite comprender la pasividad con que asumen las comunidades indígenas pobres del sector rural de la sierra evidenciando un escaso interés en formar parte activa del desarrollo. Este breve análisis es parte de la respuesta de todas aquellas interrogantes de organismos internacionales, públicos y privados cuyos proyectos

de intervención que pretenden fomentar el desarrollo en las comunidades, no logran tener éxito. Con más de una dificultad pueden visibilizar logros y avances que parezcan sostenibles, pues son claros reflejos de resistencia de las comunidades frente a estos procesos de incorporación “al desarrollo”.

Retomando nuevamente esta filosofía del “buen vivir”, denominada en kichwa “sumak kawsay”, se encuentra muy arraigada en las comunidades, y está estrechamente relacionada con el concepto de “calidad de vida” o bienestar. Por ello desde el Consejo de Desarrollo de los Pueblos y Nacionalidades del Ecuador (CODEMPE), se plantea que “es el tiempo de la nueva cultura, de las síntesis inspirada en la natural hermandad de los pueblos, donde cada uno sea parte de nosotros” (Boletín, 2008:5). Es por ello que las acciones impulsadas por el Consejo de Desarrollo de los Pueblos y Nacionalidades del Ecuador se encuentran encaminadas a generar:

Nuevos espacios de participación social, de los pueblos y nacionalidades indígenas, de los Afros, de los nuevos representantes de los taitas y las mamas, de los agentes del autentico saber andino. Es tiempo del retorno de la armonía y del Cielo-Hombre-Tierra, sin injusticias, sin violencia, centrado en la cultura y conocimientos integrados. La nueva conciencia ha llegado corre la savia nueva por el viejo tronco, pues guarda intacto el tesoro de su espíritu (Boletín, 2008:5).

Asimismo, el concepto del “buen vivir”, ha trascendido las fronteras comunitarias, a tal punto que ha sido masificada y apropiada como un discurso político en el que se enmarca el proyecto nacional del gobierno ecuatoriano en el contexto de la “revolución ciudadana”. El énfasis de esta conexión es poner en evidencia un punto de encuentro real, entre el Estado y lo indígena. Este encuentro basado en el “buen vivir”, exterioriza una interacción dialógica entre ambos actores, lo que permite re pensar ambos sistemas, comunitario-estatal como uno solo. Las tensiones en este marco están dadas en el contexto de lo étnico, cuyo punto de encuentro son precisamente las mujeres indígenas bajo el alero de la maternidad.

La buena mujer y el matrimonio

Retomando los relatos de Cecilia, debo señalar que su corta edad, me hizo asociarla prejuiciosamente como un sujeto de corta experiencia. Primer error de mi parte. Las y los jóvenes indígenas provenientes de los sectores rurales, traen consigo a sus cortas edades la experiencia de una vida dura y sacrificada, basada en carencias recurrentes que los hacen sentir y ver la vida de modo diferente. Este modo diferente quizás es una apuesta a una madurez extraña para entender la vida. A los doce y dieciséis años, las niñas adolescentes desarrollan roles y funciones que generalmente son atribuidas a mujeres de mayor edad en la parte urbana. Las niñas y adolescentes de los sectores indígenas rurales de la sierra a esta edad han desarrollado ciertas habilidades domésticas como: cocinar, cuidar de los animales y de sus hermanos más pequeños. Este tipo de dinámica no son percibidas como algo fallido en su desarrollo; muy por el contrario, representa un adoctrinamiento en la entrega de conocimiento de las labores y funciones domésticas que debe tener una mujer para convertirse en una “buena mujer”, dueña de casa que además:

Es la que no sale de la casa, la que da atendiendo al marido, la que le da lavando la ropa, esperando sentadita al marido listo la comida. Una mala mujer está metida en las organizaciones, capacitándose, esta junto con los hombres; entonces esa es ya la mala mujer la que no tiene nada que hacer en la casa (Lleca, entrevista, 2008).

Este adoctrinamiento surge como una forma de valor agregado al sujeto mujer, ya que el dominio de la actividad doméstica que incluye labores domésticas y de cuidados, con especial referencia a los niños y animales, convierte a las mujeres en sujetos valorados bajo su condición femenina: “por lo que pasan en la casa, atienden al esposo, los niños y los animales, esa es buena mujer” (Saravay, entrevista, 2008). Esta realidad también es puesta en evidencia, por Ruiz cuando señala, “la mujer indígena era fiel a sus instintos fisiológicos: El amor y cuidado de su esposo y sus hijos” (Ruiz, 2001:154), hecho que reafirma, el condicionamiento comunitario de fundarse como una buena mujer.

Los elementos externos permiten captar fácilmente la situación de opresión que sufre la mujer en el matrimonio. Excepto la función maternal, que adquiere un relevante papel y que de algún amanaera da cierto poder y decisión, siempre en defensa de los derechos que asisten a la prole, el rol de la mujer es subordinado y de sumisión indiscutida (Aguiló, 1992:51).

En este marco, en la medida que las niñas adquieran a más temprana edad estas habilidades domésticas les permite, tanto a las mujeres como a sus familias, gestar una mayor y mejor demanda del sexo opuesto. Este hecho facilita a los padres poder transar en matrimonio a sus hijas con los mejores candidatos de las comunidades: hombres trabajadores, con un respaldo económico en animales y tierras. Este mismo hecho, sobre pasa las individualidades de las mujeres en la comunidad, ya que existe un involucramiento de otros actores de trascendencia social, como es la familia y los padrinos. Estos últimos, cobran un rol preponderante en la organización de la festividad, cuando el objetivo es la unión matrimonial:

Como padrinos de boda, el padre del varón se contentan con ofrecer obsequios útiles y funcionales, sin concesión alguna al lujo, que por lo demás es un factor desconocido en el sentido de dispendio inútil, tal como lo concibe y usa la cultura occidental. Solo quizás hay un lujo “típicamente indígena”, en la indumentaria femenina de fiesta y ello en comunidades ya bien conocidas en la provincia de Chimborazo, y en celebración de fiestas de bodas, en donde se vuelca toda la fuerza del prestigio siempre exigido por la comunidad misma (Aguiló, 1992:57).

Lieutet, en su publicación “mujeres sin pudor”, señala lo siguiente, “la mujer se ve acosada por sueños y ambiciones conformistas de los padres, para quienes el matrimonio representa para sus hijas un prestigio social y seguridad material” (Lieutet, 1994:473). Igual situación viven las mujeres de las comunidades, donde muchas veces son obligadas a aceptar un matrimonio pactado por los padres, lo que genera una suerte de “inconformidad” aceptada por las mismas.

Así, se va construyendo una buena mujer para comprometer, ya que junto con conocer y ejercer de buena forma las funciones domésticas, no es menor el respaldo económico que pueda poseer. Así “frente al varón, la mujer aparece con la función exclusiva de procreación. En lo demás, sus funciones son de simple colaboradora, subalterna, en las tareas agrícolas, y de “sirvienta” en las tareas domésticas” (Aguiló, 1992:38).

Especialmente creo que va por lo económico, porque ven si la familia de la persona tiene bastante dinero, bastante terreno y además ven que sabe trabajar mucho que tiene muchos animales y además que no sea una persona que no que le este coqueteando a cualquiera; si no que sea tranquila, que pase en la casa, ah, ah! (Mendoza, entrevista, 2008).

No se puede dejar de mencionar en esta transacción de compromisos maritales, la canasta que reciben los padres una vez que el joven solicita la mano de la niña-mujer, donde la concreción de este acontecimiento permite la formalización del compromiso. “Son los padres quienes meditan, quizás frente a un vaso de chicha en la taberna o chichería del pueblo, el matrimonio de sus hijos” (Aguiló, 1992:38).

Acá es diferente no es como allá que se pida con anillo, allá vuelta es diferente, ha sido la tradición de ir a pedir la mano con fruta, con vino, con pan con galletas, con cuy, todo una canasta así, y van así cargando canasta por canasta, saco por saco así, van a pedir la mano, aquí vuelta con anillos no?, allá vuelta es con trago, y por trago que no han de dar, mayoría de las gentes ofrece a las hijas para que les den la canasta, mi papas me andan ofreciendo (Guamani, entrevista, 2008).

“Muchos matrimonios son preparados en forma casi inconsulta por los padres, al menos en forma de veto” (Aguiló, 1992:55). Un escenario bajo estas características, da paso a que en muchos casos sea negada y controlada con mayor ahínco la etapa de la adolescencia en las niñas indígenas, por la connotación sexual que implica esta etapa.

Emergen como las principales figuras de control sobre el cuerpo y la sexualidad de las niñas adolescentes, los padres y la familia más cercana. Este control responde a una idea de vulnerabilidad que si, de algún modo, no es controlada, podría desencadenar otro tipo de hechos no contemplados en su potencial transacción social, como es el caso de que sus hijas se conviertan en madres solteras. Así es más fácil comprender la existencia de frases muy cotidianas y de permanente circulación en las comunidades tanto por hombres como por mujeres que “mientras más rápido compromete y casa, mejor” (Guaman, Naula, Viñan, entrevista, 2008).

En las comunidades y las familias no existe educación sobre los fundamentos biológicos de la sexualidad. Cuando las niñas tienen su primera menstruación no faltan la golpizas y las acusaciones de haber estado con algún hombre. Los y las adolescentes desconocen el mecanismo de la concepción y tampoco los medios para prevenir embarazos no deseados y el contagio de enfermedades (Agenda de la equidad de género de las mujeres kichwas de Chimborazo, 2001: 33).

La sexualidad, es un tema tabú en las comunidades indígenas de la sierra. Cuando logra salir como tema, goza de ciertos tintes morbosos, bajo el alero de los comentarios entre sujetos del mismo sexo, ya sean mujeres u hombres. La sexualidad se encubre entre bromas y comentarios que van y vienen entre los sujetos. Sin embargo, este tinte de la sexualidad como algo morbosos, se esfuma con la maternidad, lo que hace que la sexualidad de las mujeres se maternalice; vale decir, se convierta en una sexualidad enfocada hacia la procreación y no al placer.

Retomando los relatos y comentarios que hacía Cecilia escasamente eran los esperados de una joven de diecisiete años, que usualmente se instala en el imaginario social urbano, sino más bien, eran comentarios de una persona mayor que habla de la vida, de su entorno, de su desesperanza y resignación frente a la vida. Sus primeros relatos daban cuenta de una vida en su comunidad dura llena de sacrificios y carencias:

Es dura la vida en el campo, se trabaja duro, desde chiquito; No hay dinero, no hay para comprar otras cosas que no sea azúcar de panela, sal y disel. Cuesta mucho para comprar ropa, zapatos así, porque no hay (Guamani, entrevista, 2008).

Estos comentarios hablan de una vida hostil, no solo para ella y su familia, sino para cada una de las personas que habitan allí. Mujeres, niños y ancianos se perfilan como las categorías de mayor vulnerabilidad social por excelencia

Los viejitos son lo que están peor, ellos no tienen ni luz, les gusta tomar (alcohol, con canela) y esto es peligroso, da susto que puedan caer oscuro. En el campo ya quedan solos los viejitos, los jóvenes ya no quieren estar allá. Se vienen a la ciudad; así todo va quedando solo, muchos mueren y los otros se van (Guamani, entrevista, 2008).

Tener un mayor acercamiento a la realidad indígena, me produjo un sin número de contradicciones internas que fueron el reflejo de la paradoja que mujeres, hombres y niños viven en su día a día. Contradicciones como aquella que señala que uno de los mayores logros de las políticas públicas focalizadas para la población indígena, tienen relación con la educación bilingüe. Es imposible desconocer tal logro, sin embargo, es muy recurrente ver que los sectores rurales carecen de escuelas a donde los niños puedan asistir, y que en los sectores donde existen, los niños/as son maltratados por los docentes enviados desde la ciudad de Riobamba. Esta situación que en ningún caso tiene justificación, muchas veces se

debe a la escasa o más bien nula sensibilización de los profesionales frente a estos temas de interculturalidad. A esta situación, se agrega que los docentes imparten clases de martes a jueves debido a que los dos días restantes, como son lunes y viernes, son utilizados para el viaje que los retorna nuevamente a sus ciudades y casas. Por lo tanto, los niños y niñas indígenas de las comunidades rurales, no gozan de una educación bilingüe de calidad.

No hay escuela, hay que ir lejos, y allí los profesores les pegan a los niños si no entienden, así comprenden lo que él les enseña, pegan con cuero de vaca. Yo me acuerdo cuando iba a la escuela; yo vi. Esos profesores son de Riobamba, que vienen a tratar mal a los niños de acá (Guamani, entrevista, 2008).

Por ello, personalmente se ha convertido en un verdadero desafío, desarrollar cierta competencia que me permita poder transmitir esta realidad indígena rural, del indígena hombre y mujer campesino/a, de sus sentimientos y posturas frente a la vida y sus constantes carencias. Esta escasez permanente, que se traduce en una precariedad de vida permite en muchos casos que las necesidades básicas insatisfechas sean naturalizadas dando paso a la invisibilización y aceptación de las mismas en las dinámicas comunitarias. Por esto mismo, las carencias diarias son asumidas con resignación, por los sujetos que forman parte de la comunidad. Esta invisibilización y aceptación de una pobreza extrema se construye como una estrategia de negación frente al desarrollo, como habíamos visto anteriormente, pues se asume como un desafío a la supervivencia y la existencia misma de la salud y la vida.

Así es como se construye la vida como una realidad dura, basada en las carencias y maltratos. Una realidad, en la cual los discursos de un “Estado plurinacional, multicultural”, que asegura y promueve la igualdad de derechos para todos, en la vida y quehacer cotidiano del indígena rural pobre no existe, pues se diluye en una gestión que carece de actores finales que fortalezcan esta idea de institucionalidad estatal basada en el multiculturalismo.

La escasa relación y frustraciones respecto al aparato estatal, así como las deficiencias de la democracia y del estado de derecho, y la preeminencia de culturas políticas autoritarias, han impedido una mayor comprensión y valoración de los procesos de negociación democráticos. En un escenario así, las organizaciones indígenas tienden a suplir algunas de las funciones del Estado por iniciativas propias (Meentzen, 2007:44).

Las negociaciones democráticas entre el movimiento indígena y el Estado es parte de una apropiación discursiva de las élites, cuyo dialogo aparentemente intercultural aboga por los derechos postergados e invisibilizados de este segmento de la población. Sin embargo, la verdadera lucha del indígena de la sierra pobre y campesino responde a la necesidad diaria de pelear por la sobrevivencia y vencer la escasez del alimento y el abrigo día a día. Esta realidad pareciera no pertenecer únicamente al mundo indígena, sino más bien tiende a ser una constante de los grupos que viven situaciones de extrema pobreza, como se demuestra en el estudio realizado con las mujeres del Alto do Cruzeiro “para quienes el único milagro consistía en arreglárselas para permanecer vivos” (Sheper-Hughes, 1997:42).

Mujeres maternas

Para las mujeres indígenas es muy importante la maternidad, pues exalta, la condición de una identidad femenina, de “ser mujer” en la comunidad.

La familia puruhá-quichua honra a la mujer por su maternidad, y toda maternidad frustrada es tenida por un baldón. Este aspecto lo vemos ya inserto en la tradición oral y reflejado en el simbolismo del cuento, instrumento de expresión popular de las aspiraciones y vivencias más íntimas. La maternidad para el puruhá-quichua no es simplemente tener un hijo, sino tener hijos, los más posibles (Aguiló, 1992:59).

Es importante señalar que este hecho no marca un proceso de conversión de niña a mujer, puesto que desde el nacimiento el guagua lleva consigo una identidad que lo define como “machito” o “mujercita”. De este modo, todo lo que va adquiriendo el individuo a lo largo de la vida, tiene que ver con procesos de reafirmación de estas identidades.

Ávila, establece que la maternidad es una construcción que se contrasta como una imagen estable, homogénea y universal propuesta e impuesta por occidente, asimismo señala” que se trata de un hecho cultural e histórico” (Ávila, 2004:39). El aporte de la autora es incorporar al debate de la maternidad la conceptualización de una construcción histórica que se basa en una perspectiva social. Esta maternidad construida se ampara en un discurso dominante que responde a concepciones culturales distintas, pero que evidentemente han sido retomadas y negociadas por otras culturas. Es así como adquieren relevancia los significados culturales basados en el establecimiento de la norma social que determinan la maternidad como parte de una identidad de mujer. Desde esta perspectiva es interesante señalar, como la maternidad construye y reconstruye la sexualidad de las

mujeres indígenas. Como señalé en el capítulo anterior, la sexualidad en las comunidades indígenas rurales de la sierra, no siempre es percibido como un hecho natural y bueno en sí mismo, sino más bien se construye como un tema tabú, con los sesgos de asumir una tendencia morbosa, maligna y sucia. No obstante, el hecho social de la maternidad permite a la mujer indígena deconstruir esta sexualidad maligna, para ser transformada en un hecho puro, noble y fraterno que enaltece su posición y condición femenina al interior de la comunidad. En pocas líneas “se ven sintetizados los valores de la maternidad ufana, el número de hijos como una riqueza y una fortaleza para el ayllu” (Aguiló, 1992:60).

Es así como la dinámica social de las comunidades indígenas rurales, conforme a su cosmovisión asimilan de forma positiva la re-producción, ya sea de la tierra, de los frutos, de los hijos, porque “la pacha Mama es el elemento femenino-maternal” (Aguiló, 1992:37), que abre paso a cierto tipo de creencias, que este mismo autor denomina “religiosidad agraria”, encarnada en la reproducción de la vida. En consecuencia su dios esta representado por la feminidad de la reproducción, por lo tanto es tierra y es madre. Es por ello que la maternidad entre las mujeres indígenas, se representa y define como un hecho relevante y se constituye en el elemento central de posicionamiento social a nivel comunitario.

No obstante, quiero rescatar el significado que tiene la maternidad desde las propias mujeres indígenas. Las comunidades indígenas rurales de la sierra, operan en estricto rigor como sociedades patriarcales. La subordinación de las mujeres frente al hombre es un hecho valorado positivamente en sus sociedades, producto de ello se da la siguiente ecuación: a mayor subordinación mejor mujer es. La mujer como categoría social inferior, es fácilmente excluida de los espacios públicos de participación, para ser rigurosamente relegada al espacio privado de lo doméstico.

Obstante , la agencia de la mujer indígena esta centrada en la maternidad. Hasta ahora parecía ser que la mujer indígena aceptaba de forma pasiva esta imposición identitaria, lo que dificultaba visibilizar esta agencia. La maternidad se transforma para las mujeres en un “espacio de poder” donde desarrolla plena autoridad, un espacio donde el hombre no llega, pues los hijos son de las madres. El rol paterno es asumido bajo cierto distanciamiento.

Efectivamente el embarazo es el signo de la incorporación definitiva de la mujer a la vida comunitaria con “voz y voto”. Ya no es simplemente una “guambra” o la “hija”, sino “mamá”, es decir, persona mayor. Por la procreación tiene la mujer un sector específico donde desarrollar su responsabilidad y autoridad” (Aguiló, 1992:60).

Así la maternidad permite la integración de las mujeres a un “espacio de poder”, propio, único y restringido al cual pueden acceder solo las mujeres. Es un espacio de dominación y formación sobre los futuros miembros de su comunidad; por lo tanto el desafío siempre está latente. La maternidad más que un hecho biológico es un hecho cultural. En dado caso, “el hecho de que las mujeres ejerzan un rol maternal exclusivo y extenso, es producto de un traslación cultural y social de su capacidad de crianza y lactancia. Pero no está garantizado ni provocado por estas capacidades”(Chodorow, 1984:51).

Pese a todo lo anteriormente expuesto, existe una especie de descuido social, frente a la maternidad. Es frecuente escuchar que las mujeres embarazadas continúen desempeñando las mismas labores que realizaban antes de su embarazo, como cargar las guaguas, dar de pastar a los animales, cargar agua, lavar, trabajar la tierra, etc. “Además de la maternidad, la mujer tiene a su cargo todas las actividades domésticas y debe ayudar al marido en las labores agrícolas, especialmente en tiempos de siembra y cosecha” (Aguiló, 1992:52). Esta cita describe y reafirma la situación de las mujeres indígenas rurales de la sierra durante la etapa de gestación. La presencia de la maternidad no constituye una causa válida que las libere de su recarga laboral-doméstica. Por ello,

No existe para la mujer un periodo de gestación un nuevo estilo de vida, sino que sigue absolutamente el proceso normal del trabajo doméstico y agrícola. Lo normal en la mujer, es tener de 8 a 14 gestaciones, de las que normalmente mueren antes de nacer de 3 a 5 vidas, y en el primer año mueren de 1 a 3, dando un promedio de 5 hijos (Aguiló, 1992:61).

La maternidad a nivel de la comunidad, es valorada, pero a su vez es naturalizada e invisibilizada por el entorno social. Podría señalar, que socialmente se da un proceso de una maternidad confrontacional, que no facilita a las mujeres enfrentar la maternidad bajo condiciones óptimas, en cuanto al cuidado y atención. De forma confabulada el Estado y la comunidad impulsan una maternidad que se ve fraccionada y violentada por la ausencia de atención y cuidado, situación que atenta con el riesgo, la propia vida de las mujeres. Sin

embargo, pese a la importancia que se le atribuye a la fecundidad, la procreación y la reproducción, las comunidades indígenas son una sociedad que no ha generado los mecanismos de cuidado y atención necesarios, para que la mujer pueda dar a luz de forma tranquila y segura, sin que el parto comprometa la vida de la madre o del guagua.

Por ello, la maternidad si bien se constituye como un espacio político reservado para las mujeres, en la comunidad no es un hecho fácil, ya que muchas veces se ven forzadas a contraer matrimonios a temprana edad y asumir una maternidad impuesta:

Hay muchas niñas, en mi comunidad, muchas niñas son casadas jovencitas, a los 14 años, a los 15 años son casadas a los 16,17, 18 años ya tienen dos, tres niños, y por eso la comunidad, mi comunidad al menos no supera que están los niños desnutridos, no hay mucho terreno en el que cultivar y hay mucha gente que van migrando y hay muchos niños que se mueren” (Viñan, entrevista, 2008).

Por otra parte con respecto al tema del autocuidado en el proceso del embarazo, el tema de las energías es preponderante, y adquiere un significado mayor en temas de salud. Las mujeres indígenas sí procuran cuidarse bastante del mal aire y del mal de ojo. Estos son males que circulan generalmente en los campos y provienen de las malas energías que absorben las quebradas y los montes, son energías que vagan en los campos para meterse en el cuerpo de los más débiles y causar daño. Por ello no es extraño que los embarazos muchas veces se oculten bajo sus abultadas ropas, con la finalidad de proteger a este nuevo ser, y así no atraer malas energías que puedan lastimar a ambos.

Es así como la maternidad se encuentra cruzada por una serie de elementos que influyen y moldean su significación y resignificación. Es por ello que “la cuestión de la “diferencia” fue un planteamiento central para mover las viejas maneras de analizar la maternidad. “La evidencia de los efectos de la diversidad en las identidades raciales, étnicas, de clase, sexuales, de edad, de región y de nación, mostró claramente que el sentido de esta práctica está multideterminado y que debe ser estudiada localizadamente” (Palomar, 2005:52).

Estas dinámicas maternas de la sociedad indígena de la sierra, a modo de ejemplo, moldean prácticas sociales que tienden a justificar aquellos embarazos de madres solteras en que se desconoce el padre del guagua, con el objeto de no configurar la maternidad como un hecho negativo que desvirtúe esta condición femenina de las mujeres. Este hecho

puede ser claramente observado cuando en las comunidades nacen hijos del “Chimborazo” o del “arco iris”. “Particular peligro representa para la mujer; dicese que la mujer afectada por el ²huichi queda preñada” (Aguiló, 1992:22).

La explicación que se antecede al hecho, es que las mujeres en sus días fértiles, han estado solas en las cercanías del Chimborazo pastando a los animales, o bien en días de sol y lluvia pasan bajo el un arco iris, quedando embarazadas.

Un elemento sexual: la presencia demoníaca del supay es el elemento masculino intruso, que persigue a la mujer por el encantamiento de la luz y el color..., no se descarta el factor funcional de esta intrusión sexual de huichi; justifica en el subconsciente cualquier percance sexual prohibido por las normas” (Aguiló, 1992:22).

Estos niños que nacen producto de relaciones efímeras y ocultas, son aceptados en las comunidades, sin mayores cuestionamientos. “La típica madre soltera es, pues, para la cultura puruhá-quichua una de las tantas alternativas normales, aceptables, algún tanto fatalísticamente y como un mal menor” (Aguiló, 1992:41). Esta situación permite comprender aquella tendencia social en las comunidades que impulsa la conversión de las mujeres hacia la maternidad, reduciendo de forma considerable el control social hacia aquellas mujeres que se convierten en “madres solteras”:

Otro caso muy distinto es el de la “madre soltera”,. Si bien actualmente es un fenómeno generalizado, es evidente que no resulta tanto un fenómeno cultural autóctono cuanto un subproducto de la institución incaica del “sirvinacu”, y la legislación actual respecto del matrimonio. La tolerancia puruhá-quichua al hecho de las madres solteras reside precisamente en la valoración de la maternidad como acto en sí más o menos desligado de la paternidad (Aguiló, 1992:71).

Por lo tanto, los estereotipos femeninos que se transan en las sociedades indígenas, vienen a reforzar identidades de género que “maternalizan” a la mujer; esto en un plano de obligatoriedad aceptada. Así la maternidad muchas veces deja de ser una opción, para convertirse en una obligación. Riley (2006), aporta con una serie de elementos necesarios para introducir al cuestionamiento de que sucede cuando existe una norma social reconocida, aceptada y legitimada, que permite a los individuos posicionarse en un plano de inclusión o exclusión social, conforme se encuentre presente la maternidad; vale decir en

² Arco iris, en kichwa.

los marginados y los integrados dependiendo de la decisión de optar por la aceptación o rechazo de esa norma, que en este caso sería la maternidad. Este hecho sería responsable de esta ausencia de las mujeres indígenas por “interrogar la dicción de la pertenencia. ¿Acaso inequívocamente *deseamos* esta inclusión social? (Riley, 2006:3), este “inequívocamente” vale decir sin espacios a cuestionamientos, es lo que me lleva a problematizar la forma de asumir la maternidad en las comunidades indígenas. Puedo señalar entonces, que la maternidad ha sido construida de tal modo, que socialmente, es un factor de peso para las mujeres en los procesos de inclusión social de sus comunidades, pues podría verse reforzado por un sentido “de la pertenencia, del reconocimiento espiritual y de la comunidad que usualmente lo acompaña” (Riley, 2006:4), dotando de un sentido mayor a la maternidad como un espacio político social que genera para las mujeres la integración e inclusión social a un cierto espacio que les otorga poder total.

Esta situación explica, lo incuestionable de la maternidad, como parte de una identidad inclusiva de las mujeres en sus comunidades. Este hecho, que se asimila como parte de las dinámicas sociales, de las cuales todos esperan ser parte de ella y la forma de lograrlo es a través de la maternidad, sin cuestionar el “deseo” de ser o no madres, “esto, irónicamente, es concomitante con la promoción de nuevas formas...”(Riley, 2006:4) de concebir la maternidad en base a una representación simbólica de estos espacios políticos de poder y agencialidad.

Otro de los elementos, a considerar en esta discusión acerca de la maternidad en las comunidades indígenas, a partir de la representación simbólica de la inclusión social, puedo señalar que “ser socialmente reconocida significa también estar tabulada, vigilada y regulada”(Riley, 2006:12), por la misma norma dominante; vale decir, las mujeres que aceptan la maternidad están constantemente vigiladas y reguladas por esta norma social comunitaria de ser madre, es decir existen pautas sociales que van a restringir su comportamiento encasillándolo a un deber ser de una “buena madre”, así esta inclusión social condiciona su comportamiento; sin embargo pese a ello, este espacio político de la maternidad, sigue siendo un espacio reservado de forma exclusiva para las mujeres de la comunidad.

Embarazo y parto en el hospital

La decisión

Al establecer un análisis con respecto a la no utilización o demanda de las mujeres indígenas a los sistemas de salud pública, no podemos obviar el rol que cumplen los hombres “sus esposos”, en este proceso. Los hombres son los que “salen” a trabajar, son los que gozan de ciertas garantías en el ámbito público de sus comunidades, son los que participan de los cabildos, los que tienen injerencia en las decisiones de la comunidad y lo que finalmente pueden acceder a los cargos de sus organizaciones con mayor facilidad; El hombre, así goza de una variedad de privilegios, no solo a nivel social de su comunidad, sino también con las propias mujeres “sino en la totalidad de la persona: el marido no es solo propietario de la ‘mercancía’ sexual, sino de todo lo que es ‘su mujer’, incluyendo su fuerza de trabajo y su capacidad reproductiva” (Moreno,1995:13). Así las mujeres indígenas rurales, son las encargadas principalmente del cuidado de los niños, los cultivos, los animales y los quehaceres del hogar, así “una excelente mujer es aquella que tiene un hijo en el vientre, lleva otro de la mano y es seguida por un tercer hijo” (Lieutet, 1994: 475).

El género es un concepto tajantemente rechazado por hombres y mujeres de las comunidades, pues señalan que “este es un concepto de occidente que no tiene que ver con nuestra realidad” (Miñarcaja, entrevista, 2008). Sin embargo, aunque se desconoce en las comunidades esta terminología más bien occidentalizada del género, existe un concepto denominado “complementariedad y paridad” como parte de la cosmovisión andina, para referirse a las nociones y estructuras de género que rigen y justifican sus propias dinámicas en las comunidades. No es mi intención profundizar en este aspecto, sin embargo, es útil y necesario para comprender que muchas acciones, conductas y decisiones de las mujeres se encuentran cruzadas e influenciadas por estas estructuras de género que determinan y justifican el proceder de hombres y mujeres en un determinado contexto.

A mi juicio, el género y la complementariedad es un tema que esta en permanente pugna, pues el debate refleja las tensiones y divisiones existentes entre grupos, cuya inclinación e interés esta dada por fomentar un sistema que perpetua la subordinación de las

mujeres o promover un sistema que evidencia los derechos y la autonomía de las mujeres indígenas. En las comunidades están presentes ambas tendencias.

La primera tendencia, esta constituida por aquellos hombres y mujeres que apelan al concepto de género como responsable de las brechas y crecientes inequidades que viven las mujeres al interior de sus comunidades en relación a los hombres. Este grupo es el que en su gran mayoría han sido partícipe de capacitaciones y talleres que imparten las diferentes Ong's en temas de género, violencia, derechos, etc. La segunda tendencia quizás tiene matices más esencialista. Este grupo esta conformado por aquellos hombres y mujeres que desconocen el género como categoría, y apelan a su propia cosmovisión andina, para entender las relaciones de hombres y mujeres en sus comunidades.

El género entendido desde una cosmovisión andina es lo que se conoce como anteriormente señalaba "complementariedad y paridad". Esta dinámica establece que hombres y mujeres se complementan, por ello se entiende y justifica que el hombre trabaje fuera del hogar y la mujer dentro del hogar. Según esta concepción, los hombres nunca deciden solos en una asamblea. Por ello es que las propuestas se presentan en una primera asamblea y la toma de decisiones es en una segunda asamblea. Esto se explica de la siguiente forma, las mujeres escasamente participan de las reuniones comunitarias, pues son relegadas al espacio privado, por ello más bien se quedan en la casa al cuidado de los hijos, y finalmente en esta división de roles, es el esposo quien asiste a las reuniones. Como ambos complementarios, el esposo traspasa a su esposa en su hogar toda la información y propuestas que se presentaron en la asamblea y es la mujer quien finalmente decide. En la segunda asamblea el hombre comunica la decisión que tomo en común acuerdo con su esposa. Casos como éste y muchos otros son entendidos y explicados y justificados desde esta visión andina de género. Sin embargo, esta tendencia invisibiliza y llega al extremo de justificar la violencia doméstica, invisibilizado de la agenda de las mujeres, pues este tipos de situaciones es más bien percibido como un problema de carácter doméstico, y que responde a los procesos de formación de formación de la mujer como "esposa", por lo tanto es un conflicto de carácter doméstico que se resuelve a nivel de los entendimientos familiares.

En el taller de adecuación cultural del parto celebrado en el Hospital cantonal de Colta, se señaló a los hombres como uno de los responsables y gestores que inciden en la decisión de las mujeres de no asistir a los centros de salud. Por ello en la sistematización de estos talleres señala que “existen inequidades de género (machismo) que no permiten tomar decisiones propias a la mujer” (Taller de adecuación cultural del parto, Hospital de Colta, 21-22 de julio 2008, Colta). A muchos hombres no les parece que las mujeres asistan a los centros de salud, porque dejan a los niños solos, dejan la casa, no hay quien cuide los animales, y así una seguidilla de actividades que están destinadas para que realice la mujer y que el hombre difícilmente asume, tanto es así que las propias mujeres señalan que “los maridos se ponen bravos cuando nos demoramos en el hospital” (Memoria. Encuentro de mujeres warmikuna tandanacushka alli causaimanta, mujeres unidas por una vida mejor, 2001).

El parto

Los partos en los hospitales, están muy lejos de asumir culturalmente la connotación que se le da en la comunidad. Primero que nada, para la concepción indígena el parto es asociado como un “hecho cálido”; en los hospitales por sus sistemas de esterilización e infraestructura lo transforma en un “hecho frío”, y expuesto. Por lo tanto se transforma en un espacio antagónico a lo usualmente practicado en las comunidades.

Los sistemas de higiene utilizados en los hospitales, obliga a las mujeres muchas veces a ser bañadas en los mismos establecimientos con agua fría. Esta situación contradice el saber indígena, pues para ellos, este hecho tarda la dilatación y las disminuye las contracciones. En este escenario y bajo estas condiciones de frialdad, las mujeres aumentarían su sufrimiento en el proceso de parto. Esta situación para las mujeres indígenas representa un maltrato físico por parte de los profesionales de salud, al que se agrega el maltrato psicológico sobre todo para aquellas mujeres que son madres solteras indígenas, que son insultadas por las enfermeras.

También existe una fuerte crítica desde las comunidades, con respecto a la posición en las que se les hace dar a luz en los hospitales, señalando “que no se respeta la voluntad de la mujer para dar a luz”, esto es debido a que los partos en los hospitales son en camillas y en posición horizontal.

El pudor y la sobreexposición es otra de las variables que incomoda a las mujeres indígenas de la sierra de los sectores rurales, pues, el tabú de la sexualidad las hace ser muy pudorosas con sus cuerpos, del mismo modo, por causa de las condiciones geográficas o climáticas están acostumbradas a usar muchas prendas de vestir, esto trae sus consecuencias al momento del parto en los hospitales. La tendencia de la atención en los centros de salud es a descubrir y mostrar el cuerpo, lo que incomoda y hace sentir expuestas a las mujeres generando un rechazo rotundo a estas prácticas de atención hospitalaria. “El pudor en la mujer es más ubicable e intensamente ejercido en su conducta. La desnudez femenina es una pauta cultural inexistente en la mujer puruhá-quichua” (Aguiló, 1992:167). A este hecho se agrega que “no existe confianza con profesionales hombres, no así si la persona que atiende sea mujer”, esto se debe a la mayor presencia de hombres como profesionales médicos en los centros de salud.

Del mismo modo, la placenta tiene su significado en el mundo indígena, por ello es mal visto que los médicos jalen o tiren la placenta de la mujer, no esperan que sea la misma mujer que de forma voluntaria la expulse, es otro de los hechos mal visto por los indígenas. También existen observaciones con respecto al tema de recursos, seguimiento y alimentación. Con respecto a los recursos, las mujeres señalan que “no se tiene dinero para poder pagar los gastos del parto la movilización, no toda la gente en las comunidades tiene como moverse a otros lados, no hay muchos carros” (Taller de adecuación cultural del parto, Hospital de Colta, 21-22 de julio 2008, Colta). Ahora con respecto al seguimiento, en los centros de salud este sistema es no se da, sin embargo en las comunidades las parteras realizan esta acción por aproximadamente un mes, posterior al parto.

La alimentación, es otra de las variables que influye notablemente en la decisión de las mujeres, por acudir a un servicio de salud u optar por una atención en su comunidad. En las comunidades se acostumbra a dar agüitas calientes de yerbas, caldos de pollo que dan fuerza a la parturienta para poder pujar y así nazca el guagua en el menor tiempo posible evitando de este modo prolongar los dolores a la madre. En cambio en los servicios de salud pública, la comida se da en un determinado horario, con dietas livianas, comidas muy “desaliñadas” como saben decir las mujeres para referirse a los menús hospitalarios. La comida con nutrientes o los concentrados de caldo de pollo, que suelen consumir, se

perciben como fuentes de energía cuyo consumo permite a las mujeres afrontar con mayor fuerza su proceso de parto. Por lo tanto para las mujeres indígenas la alimentación hospitalaria, no coincide con los tiempos y la calidad a las que ellas están acostumbradas.

Frente a este sin número de variables, el único resultado más visible es el constante miedo a ser maltratada en los centros de salud, generando mayor resistencia a su atención y servicios brindados.

Ruta hacia la discriminación

Para poder analizar este punto fue necesario reconstruir las trayectorias que siguen hombres y mujeres indígenas para finalmente llegar a los hospitales, centros y sub de salud desde los sectores rurales a recibir atención. El análisis de este punto tiene por objeto visibilizar todos aquellos aspectos que permanecen invisibles ante los ojos de los profesionales de la salud. Pues, son éstos quienes finalmente a través de la atención brindada en los centros y sub salud cierran esta ruta de discriminación a través de la calidad y tipo de atención que brindan al usuario indígena rural, a quienes catalogan a primera vista como “sucios” e “ignorantes”.

La variable económica, se transforma básicamente en uno de los factores que incide en la decisión de mujeres y hombres para bajar a los centros y sub centros de salud en busca de atención médica. Esto se debe al insuficiente circulante que manejan las familias de escasos recursos de las zonas rurales. Es en este sentido, se requiere de una planificación del escenario pues, contempla una incorporación de recursos adicionales, para poder cubrir gastos como son: el pasaje de la locomoción colectiva y la compra de la posible receta que dará el médico tratante.

Las personas, sobre todo las mujeres se ven en la obligación de optar ante la escasez de recursos, entre comprar insumos básicos como sal, panela y diesel o concurrir a un servicio de salud. Cuando se tiene algo de circulante se guarda para cuando haya que bajar hacer esas compras, ya que la sal es indispensable para el sazón de la comidas, la panela para endulzar las aguas y el diesel es un elemento abastecedor de energía o luz. Sin embargo, cuando se “baja” al médico, ya con este condicionante económico presente se

sortean además una mezcla de agentes que intervienen hasta llegar al centro de salud y ser finalmente atendidos por los profesionales que allí laboran.

Entre las mujeres es sabido el trato que se brinda en los centros de salud cuando además se agrega la variable indígena rural. Es por ello que se señala “las mismas compañeras que reciben atención en el hospital, llegan y cuenta en sus comunidades como fue tratada, y a las otras da miedo ir al hospital después, no quiere ir, porque dice que trata mal, que baña con agua fría” (Taller de adecuación cultural del parto, Hospital de Colta, 21-22 de julio 2008, Colta). Esta afirmación es muy recurrente en la comunidad en los espacios de mujeres por lo que cobra gran relevancia. Entre las mismas mujeres establecen redes de información destinadas a socializar y transmitir sus experiencias de maltrato recibidas en los centros de salud. Las mujeres cuando llegan a las comunidades después de dar a luz en los centros de salud, son visitadas por las otras mujeres de su misma comunidad, con dos objetivos principalmente: primero conocer y dar la bienvenida a la comunidad al nuevo miembro y por otra parte y no menos importante, informarse por el tipo de trato recibido por la mujer en el momento de dar a luz en el hospital o en el centro de salud.

Sin duda que el interés de los mismos jambidores esparce rumores que sirven para defender sus clientes y apartarles de la medicina química. En las comunidades más alejadas esos rumores ponen en guardia contra “la mala suerte”, que contrae el contacto con los hospitales, dispensarios, farmacias, etc. Cuando el miedo mágico es menos consistente, los rumores emplean recursos más realistas: se cobra excesivamente, retienen a los enfermos, etc. muchos de esos tópicos pueden ser pulverizados por el efecto de imitación, el mejor medio de concientizar al puruhá-quichua (Aguiló, 1992:173).

Esta generación de estos espacios podría catalogarlo como claves o determinante en los procesos de resistencia de las mujeres para acudir a los centros de salud. La experiencia de atención de la mujer es transmitida y socializada al conjunto de mujeres de su comunidad. Si la experiencia de atención tiene matices negativos, de mal trato frecuente y discriminación, por parte del personal de salud, fortalece y fomenta mayor resistencia de las mujeres para acudir a los centros de salud. Sin embargo, este mismo espacio de intercambio de experiencia entre mujeres de una misma comunidad, con una experiencia positiva de atención (inexistencia de baño con agua fría, ausencia de insultos, información adecuada

del procedimiento del parto, entre otros) puede contrariamente constituirse en un canal estimulador que permita atraer a las mujeres de su comunidad a buscar atención en los centros de salud. Producto de ello, se fortalece en alguna medida la confianza de las mujeres hacia estos establecimientos permitiendo disminuir el temor de experimentar un mal trato y discriminación.

El maltrato que reciben las mujeres indígenas en los centros de salud, es una de las principales quejas frente al sistema estatal. Estos maltratos se originan por varias causas, entre ellas:

Al no hablar el mismo idioma, entre el personal de salud y la paciente, existen dificultades de comunicación y no hay traductores todo el tiempo. Sacan a los familiares que vienen acompañando al hospital, en la comunidad en cambio la familia está junta, acompañando. Maltrato físico (baño con agua fría) y psicológico en especial con las madres solteras. Ambiente físico es cálido en casa y frío en el hospital. No se respeta la posición en la cual la paciente desearía dar a luz. Hay un irrespeto al pudor de la paciente. Miedo a ser maltratada. Económicamente no se tiene dinero para poder pagar los gastos del parto: desde la movilización. La partera da un seguimiento durante un mes después que la mujer dio a luz. No existe confianza con profesionales hombres, no así si la persona que atiende sea mujer. La alimentación del hospital no satisface la realidad de la parturienta, (tiempo en el que se sirve la alimentación, así como la calidad de la misma)” (Taller de adecuación cultural del parto. Hospital de Colta, 21 de Julio de 2008).

El maltrato más frecuente en los hospitales, proviene por el tema de la higiene personal. A toda mujer indígena y más aún si proviene de la zona rural, es catalogada como “sucias. Otro de los maltratos percibidos es la pérdida de la individualidad de cada sujeto mujer, mediante el nombre generalizado de “María”.

Por ello frente a estos conocidos episodios de maltrato, las mujeres ponen especial atención a su higiene personal corporal cuando se planifica una salida al centro de salud. Con el objeto de evitar ese maltrato “ellas bañan bien, antes de ir al médico, con agua fría incluso, van con su ropa bien limpia” (Cucurí, entrevista, 2008).

Los centros de salud y su demanda de atención se perfilan como los principales gestores de una ruta hacia una discriminación y maltrato. Esta ruta comienza antes de concretar la visita al centro de salud.

Cuando una mujer tiene que salir al siguiente día por ejemplo al hospital, ya por la tarde, ya se comienza a preparar por ejemplo, porque la mayoría de los hombres salen a trabajar, entonces ella queda a cargo de los niños y los animales, entonces tiene que preparar la alimentación de mañana para los niños porque se van a la escuela y dejar amarrando a los animales en este caso la oveja, el chanco, todos los animales que tenga, y sí que es posible dejándoles comer a los ganados; así entonces se levanta muy temprano, puede ser a las tres de la mañana, que ya está caminando para dejar todo hecho, entonces deja todo listo; y va (Mendoza Guaman, entrevista, 2008).

Esta afirmación, deja de manifiesto el grado de compromiso y cumplimiento de las mujeres indígenas con respecto a sus funciones domésticas como rol prioritario dentro de la unidad familiar. En cuanto a ello, esta carga doméstica se entremezcla con el inicio de esta ruta hacia la discriminación, porque el compromiso de cumplir con sus tareas domésticas puede sobreponerse a su bienestar personal en temas de salud.

Prosiguiendo con esta ruta de discriminación, la locomoción colectiva es un agente condicionante en estas trayectorias ya que generalmente su paso se encuentra distante de los hogares por lo que deben caminar largos trayectos:

Pero, en el camino mismo si no llueve, está más o menos bien, pero hay polvo, porque no es que esta nada pavimentado, la carretera no, es todo tierra, y en algunas comunidades bajar de arriba así, o sea es un camino bien pequeñito, tiene que bajar así a la parroquia; ahí tiene que caminar bastante una media hora así, y si es que hay carros, en algunas comunidades, media hora camina hasta coger el carro y de ahí bajan, de ahí bajan, dependiendo de la distancia de la parroquia. Entonces de ahí si; pero para eso tiene que, si se preocupan en bañarse en las comunidades, se bañan se peinan, todo eso, en el camino van cogiendo su cabello, amarrando su cabello (Mendoza Guaman, entrevista, 2008).

Los caminos generalmente se encuentran en mal estado, poco transitables por la cantidad de lodo que tienen. Por ello es común que la gran mayoría de mujeres utilicen botas de caucho hasta llegar al punto donde son recogidas por el bus de locomoción colectiva. En ese momento las mujeres se colocan sus zapatos y prosiguen con su viaje. Las mujeres indígenas rurales de la sierra no utilizan una variedad de accesorios cuyo uso ya ha sido incorporado por las mujeres mestizas, como es el uso de ropa interior, toallas sanitarias, antisudorantes y colonias. Este hecho propicia y acentúa un desprendimiento y mezcla de olores corporales que son atribuidos por los médicos a una falta de higiene.

Entonces así, tiene que caminar bastante, y en este caso tiene que sudar bastante para llegar hasta el centro de salud, y como no hay transporte y como hay que caminar, entonces viene ensuciándose así; igual dependiendo a que altura ponga el anaco, por ejemplo en nuestra comunidad nosotras ponemos el anaco mas abajo entonces al bajar del camino se ensucia nuestro anaco, se ensucia, como que va recogiendo el polvo así, entonces al mismo tiempo al ensuciarse el anaco, como que al toparse con el pie ahí también ensucia el pie, en este caso no es la culpa nuestra, de la mujer, que viene sucia o que no viene bañada, yo se que se prepara para ir al centro de salud, el problema es que el camino la distancia que hay que caminar a pie, y el polvo y el lodo que nunca falta en el camino nos ensucia (Mendoza Guaman, entrevista, 2008).

Es así como existe la movilización de una serie de factores que inciden en el producto final de un círculo vicioso de discriminación, que aplica en función de la mujer indígena. Las mujeres indígenas de los sectores rurales de la sierra, conocedoras de esta situación, implementan ciertas estrategias para acudir a un centro de salud como por ejemplo “hacerse acompañar” por otra mujer de su comunidad, una vecina, su esposo, u alguien de confianza:

Y en el camino si es que se encuentran con alguna vecina ya van las dos así, creo que nunca va solo en uno, siempre va acompañada eso sí, siempre va acompañada al hospital, al centro de salud en este caso. Siempre va acompañada de una vecina, porque ya una semana antes o la tarde antes ya está conversando que yo me voy, porque no vas, entonces ya, como que conversan y se ponen de acuerdo para salir al centro de salud” (Mendoza Guaman, entrevista, 2008).

Esta estrategia implementada por las mujeres indígenas, tiene semejanza con la minga comunitaria, muy frecuente en sus comunidades, y se encuentra impulsada por un sentido solidario hacia un “otro”. De este modo, la mujer vecina que acompaña, posteriormente tiene la misma posibilidad de ser también acompañada en su próxima visita al centro de salud.

En la reconstrucción de esta ruta discriminatoria hacia los centros de salud, es necesario señalar la escasez de frecuencia en los recorridos de la locomoción colectiva, debido a la dificultad de acceso a vías o carreteras. Este factor se constituye como otra de las condicionantes de la ruta, ya que producto de ello, se genera una limitación en la programación de los tiempos de las mujeres que deben ser adecuados a esta frecuencia horaria de los recorridos.

El bus baja trayendo tempranito y ya vuelta regresa a medio día, entonces las personas deben apurar, vuelta se queda sin bus debe pagar carro, que ese cobra quince dólares hasta la casa y ahí depende si UD va mas arribita más caro veinte dólares y así vuelta si va mas abajito unos diez (Guamani, entrevista, 2008).

No solo la escasa frecuencia de locomoción colectiva que lleva a las comunidades es una variable que condiciona los tiempos de las mujeres cuando se desplazan hacia las cabeceras cantonales, sino también, se transforma en un espacio de maltrato en la ciudad. El hecho según las entrevistadas, se liga a la menor o mayor presencia de mestizos como propietarios de los servicios:

En las comunidades no tanto, creo que pasa en lo que urbano en la ciudad especialmente, en las comunidades porque la gente que tiene bus son de la misma comunidad, son indígenas, entonces como que no existe mucho de eso de llamarle “Marías” tal vez existirá algunas personas que son mestizos, y tal vez ellos” (Mendoza Guaman, entrevista, 2008).

Sin embargo, treinta años atrás, las mujeres indígenas mayores, vivenciaron con mayor frecuencia estas situaciones de maltrato en la locomoción colectiva:

Antes sabían tratar mal, cuando se subía a los carros, sabían así quitar los sombreros, porque decían que nosotros no sabemos pagar pasaje. Porque saben ser indios ustedes van atrás; gritaban esos indios. Entonces decía yo no vivía mezclado así, antes vivíamos en la casita, no salíamos ni al trabajo, solo vivíamos en la agricultura trabajando el granito; antes comíamos habitas tostadas, maíz tostado, melloco, antes matábamos puerco hacíamos fritada todo eso, ahora mejor señorita, discúlpeme, ya ha cambiado todo, no salíamos mucho había miedo (Patenon, entrevista, 2008).

Por ello las salidas al pueblo, son más bien escasas, asumiendo matices de un trámite muy puntual, bajar hacer lo que hay que hacer y regresar de forma casi inmediata. Eventualmente quedarse sin el bus de regreso, tiene un costo demasiado alto para ser asumido por las mujeres indígenas, en un contexto donde el circulante es escaso.

Una vez que las mujeres llegan a los hospitales o centros de salud, ya hay un evidente maltrato de sus ropas y del cuerpo debido a que se han ensuciado y transpirado, producto del ajetreo del viaje. Existe premura por hacer los trámites, entre ellos la visita al médico, y las compras respectivas.

El regreso del bus en las comunidades bajo la imposición de una condición horaria, hace que las mujeres requieran de una atención rápida y oportuna en el hospital o centro de salud, para no perder el bus que las llevara de regreso a sus hogares. Sin embargo, esta distinción no es considerada por las instituciones ya que la forma de proceder en términos de atención en salud es por orden de llegada. Situación que no siempre responde a esta política ya que según la percepción indígena, a quienes dan prioridad en la atención es a los mestizos. A esta situación se agrega que “los tiempos de espera se comportan de diferente manera entre hombres y mujeres y hay diferencias importantes entre el campo y la ciudad” (Villacrés y Yépez, 2002: 90). Situación que se refleja en la siguiente tabla:

Figura 7. Tiempo de espera promedio en centro de salud por género

Región	Tiempo de espera promedio			
	Hombres		Mujeres	
	campo	Ciudad	Campo	ciudad
Costa	31	33	35	44
Sierra	32	39	40	38
Promedio	32	36	37	31

Fuente: SIISE versión 2.p. Ecuador 2001.

Como se observa en este cuadro el tiempo de espera de las mujeres rurales de las sierra es el que marca el indicador más alto dentro de la variable mujeres rurales, comparativamente con las mujeres de las zonas rurales de la costa. Por ello no es casual que estas mismas percepciones hayan sido recogidas en el encuentro de mujeres warmikuna tandanacushka allí causaimanta, que se traduce, “mujeres unidas por una vida mejor”, celebrado en Riobamba en el año 2001, dónde las mujeres señalaron lo siguiente:

Nos da miedo asistir a los centros de salud y hospitales; se oye que ahí matan a las personas, nos atienden al último, no nos atienden rápido, nos hacen perder el tiempo. El centro de salud o el hospital está muy lejos de la comunidad, las consultas resulta muy cara porque hay que gastar en pasajes. Los médicos y enfermeras visitan una vez al año la comunidad, solo cuando hay vacunas. Los maridos se ponen bravos cuando nos demoramos en el hospital, la responsabilidad del cuidado y salud de los hijos lo dejan solo a la mujer (Memoria. Encuentro de mujeres warmikuna tandanacushka allí causaimanta, mujeres unidas por una vida mejor, 2001).

En el momento de la atención, son maltratadas por el personal de salud, son criticadas por llegar en un estado que catalogan como “sucias” y con malos olores.

La forma de vestirse y abrigarse tan estricta y total, que busca retener el calor humano como defensa contra el ambiente exterior, nos lleva a decir algo sobre un aspecto no tocado: el pudor. La vestimenta para el puruhá-quichua es algo constitutivo de su personalidad; por eso nunca se desprende de ella ni aún para dormir (Aguiló, 1992:166).

Es por ello que el desprendimiento de la ropa para las mujeres trae consigo una serie de insultos ligados a la falta de higiene situación de discriminación que las hace sentir mal a las mujeres. Posteriormente el médico para examinar, les pide que se saquen la ropa y descubran el cuerpo. Esta situación hace sentir a las mujeres una mayor vulneración en sus cuerpos que se basa en la vergüenza, el pudor y la incomodidad. En un taller realizado en el hospital cantonal de Colta para analizar la adecuación cultural del parto se sistematizó la siguiente información: “se percibe un maltrato psicológico al: violar su pudor, dejarle sola, expresiones fuera de lugar o la forma como se lo dice ya sea a la parturienta o acompañantes” (Taller de adecuación cultural del parto, Hospital de Colta, 21-22 de julio 2008, Colta).

Frente a estos espacios institucionales tan poco cálidos, en cuanto a infraestructura y atención, se perfilan totalmente antagónico con respecto a lo que representa ser atendida en sus propias comunidades, donde la calidez humana y física permiten hacer más llevadero los dolores de un parto o una enfermedad. Por ello es un temor latente y muy presente que en el peor de los casos, es ser retenido en este lugar, bajo el concepto de la hospitalización.

Los hospitales son fríos, no gustan a las mujeres indígenas, pasa frío dormir ahí. En el campo se duerme entre cobijas y con ropa para pasar el frío; en los hospitales ponen sabana, uno en la comunidad no usa sabana. No está acostumbrada porque es muy fría; solo entre cobijas se duerme (Entrevista, Cucurí, 2008).

Es por ello que la mujer indígena rural vive de forma constante “la triple subordinación: ser mujer, ser pobre y ser indígena, es una verdad que las estadísticas no reflejan” (Agenda de la equidad de género de las mujeres kichwas de Chimborazo, 2001: 5).

Baños de agua fría

Cuando comencé mi investigación, y realicé las entrevistas a las mujeres indígenas de las comunidades me interesaba indagar principalmente sobre las razones por las cuales las mujeres no acudían a recibir la atención de los partos en los centros de salud. La primera respuesta siempre fue la misma “porque bañan con agua fría”. Esa afirmación no logré comprenderla hasta esta fase de la investigación. El baño de agua fría, es una práctica recurrente en los centros de salud y representa una de las mayores quejas de las mujeres indígenas con respecto a la atención. Para las mujeres esta práctica se visibiliza como un acto de maltrato que solo consigue generar mayor resistencia e infunde miedo y temor con respecto a los hospitales y centros de salud.

Yo tengo 6 hijos 4 mujeres y un varón, nacieron en la casa yo tenía miedo de ir al hospital porque decían que maltrataban los doctores que hacían bañar en agua fría, a mí me atendía mi suegra, ella me veía y me atendía y todo eso (Patenon, entrevista, 2008).

Esta práctica para nosotros los mestizos, puede carecer de sentido en un inicio, como fue mi caso. Sin embargo, estas voces estaban presentes en cada uno de mis intentos por indagar acerca de lo complejo de esta realidad. Las mujeres de las diferentes edades y categorías lo señalaban siempre:

Por el trato también, porque siempre los que quejan las mujeres, es que el médico o la enfermera, les dicen que son sucias que son cochinas, y eso que cuando llega a dar a luz con sangre y todo eso, les hacen bañar con agua fría, y le tratan mal (Mendoza, entrevista, 2008).

Ahora entiendo estas afirmaciones y comprendo lo incómodo de esta realidad. Los baños de agua fría adquieren una connotación totalmente diferente en el mundo indígena. Esta situación se debe a que en las comunidades el baño de agua fría, representa una forma de “castigo”, que se enmarca dentro de los procedimientos de la justicia indígena. De este modo, cuando las mujeres acuden a los hospitales para dar a luz, son bañadas con agua fría; vale decir, reciben una especie de castigo hacia su maternidad, por parte de los profesionales que les atienden. El baño de agua fría infunde un miedo mayor cuando está relacionada como una técnica de castigo en las comunidades. Es un castigo que está directamente relacionado con la limpieza del cuerpo y del alma. Visto desde esta perspectiva, y bajo esta lógica indígena, la maternidad es percibida en los centros de salud y hospitales como algo

sucio, impuro que por lo tanto debe ser castigada o sancionada y los encargados de manifestar este malestar son los centros de salud pública a través de sus profesionales aplicando el castigo de bañarles con agua fría.

Es así como el baño de agua fría asume otras connotaciones, que van más allá de un malestar físico de experimentar y sentir cambios de temperatura corporal. Si no que está estrechamente relacionado con la representación de sus propias prácticas.

Así como existen técnicas invasivas como son los excesivos tactos las parturientas se sienten incómodas y lo consideran también como un tipo de maltrato físico junto con el baño en un ambiente frío y con agua fría.

Los constantes maltratos son el pedestal fundamental de la resistencia de las mujeres indígenas para no acudir a consolidar su maternidad en los hospitales o centros de salud, como señala en una entrevista Sandra:

El trato, más que todo como que no querían atender; más que todo, más atención a la gente mestiza. Al rato de dar la atención en el parto, una enfermera grosera, aguántate señora dijo; así como te acostas con el esposo ahora tienes que aguantar dijo; entonces eso me vino a la mente, me tratan en esa forma y uno se pone desesperada y todo (Entrevista, Naula, 2008).

Conclusiones

Una de las tensiones más evidentes en esta constricción de modelos de salud, cuyo punto neurálgico está determinado por la atención brindada a las mujeres indígenas de la sierra, se basa en el concepto de maternidad-parto. Esta situación permite poner de relieve y concluir que existe un punto común entre ambos sistemas, público-comunitario, que disputan un espacio de intervención. Este punto se encuentra mediado por la maternidad, ya que ésta se constituye como un hecho biológico-social que permite alcanzar los cuerpos de las mujeres indígenas.

En este escenario es evidente las tensiones que surgen, entre ambos sistemas, ya que se desarrolla una especie de competitividad basada en la atención que busca llegar a los cuerpos de las mujeres indígenas como señalaba anteriormente, vía maternidad. La mayor tensión está dada por aspectos y dinámicas culturales que favorecen a un sistema más que a otro. Así el parto en la comunidad tiene una connotación de calidez, mientras que en los hospitales es de frialdad, maltrato y discriminación.

La atención en los hospitales resulta ser incongruente, cuando existe un desconocimiento acerca de los imaginarios sociales que fomentan la maternidad como parte estructural de la identidad de las mujeres indígenas. El medio social, en el que predomina la norma “maternalizadora”, favorece un imaginario, que reducen la sexualidad femenina a la maternidad obligada socialmente. Por otro lado, este mismo hecho promueve la conceptualización de una madre simbólica, quien autodefine su sexualidad femenina a partir de la maternidad. Por lo tanto madre simbólica, es en efecto una madre imaginaria. Así la mujer madre en las comunidades, “adquieren esa posición privilegiada que las convierte en seres insustituibles: *madre hay una sola*” (Moreno, 1995: 9).

CAPITULO V

MATERNIDAD COMUNITARIA: ¿ALTERNATIVA PARA EL BUEN VIVIR?

Introducción

La maternidad como hecho social ligado a las categorías de género en las comunidades indígenas rurales, es bien visto, no solo por el hecho de constituirse como núcleo forjador de una potencial mano de obra barata para las familias, como se conoce comúnmente, sino que también, de forma paralela la maternidad es un espacio público que permite una puesta en escena de una sobresaliente masculinidad. De este modo, el cuerpo de las mujeres, se constituye como un medio de exposición social que permite reflejar junto con reafirmar la masculinidad de sus parejas a un nivel social-comunitario.

Esta afirmación deja en evidencia, que la maternidad, no solo es un hecho social ligado a la identidad femenina, sino más bien, es un hecho social, impulsado y porque no decirlo forzado por intereses simultáneos que provienen de esta búsqueda de reafirmación de las masculinidades encubiertas en la gestación.

La comunidad es un agente impulsor y protagónico en la gestación de un imaginario social que reafirma estereotipos de género. Es por ello, que la maternidad en la comunidad, tiene matices sociales estrechamente sutiles, incapaz de mirar con ojos críticos una reproducción sobreexplotada.

El parto en las comunidades, es un hecho asociado con lo “cálido”, totalmente contrapuesto a la atención en los servicios de salud pública, donde el parto es “frío”, como

señalé en el capítulo anterior. Es así como en el transcurso de este capítulo voy a realizar un recorrido más bien descriptivo centrado esta vez en el proceso de atención de parto en la comunidad, caracterizando los puntos álgidos que marcan la diferencia entre la atención comunitaria y la atención en un centro de salud. De forma simultánea definiré cuales son las principales ritos y mitos con respecto a la atención del parto en la comunidad.

El objetivo de este capítulo, es señalar como el parto comunitario a través, de un determinado tipo de atención, culturalmente se ha ido construido como la alternativa de atención más viable y acogedora para las mujeres indígenas de los sectores rurales lo que no implica una existencia de una violencia simbólica. El alcance a este hecho, es registrar que pese a la existencia de esta alternativa de atención comunitaria “acogedora”, diferenciadoras de los centros de salud, el maltrato a la mujer indígena se perpetúa en los elevados porcentajes de muertes maternas en la provincia de Chimborazo, producto de la atención de partos mal asistidos.

Prácticas comunitarias de atención de parto

Ambiente de calor

Uno de los elementos centrales en la atención del parto comunitario, es la generación de un ambiente asociado al “calor”. Esta concepción rige en todos los aspectos del proceso; vale decir, en el entorno físico y social en el que se encuentra la mujer que dará a luz. Ello explica la presencia de los círculos cercanos de la mujer, generadores de calor humano como son la familia y los miembros de la comunidad. Por lo tanto uno de los trabajos de la partera es estimular la generación de calor corporal en la mujer que dará a luz, mediante el uso de mantas y colchas que tienen por objeto cubrir de forma total el cuerpo desde la cabeza a los pies, ya que “hay que utilizar la misma ropa puesto que genera calor porque el frío pasma los dolores” (Charican, entrevista, 2008). Las bebidas y líquidos calientes siempre están presentes para dar a beber a la parturienta, como son las aguas de hiervas de manzanilla, zanahoria blanca, cebolla, caldos de pollo, entre otros, que según sus costumbres comunitarias, estas darían mayor fuerza a la mujer, facilitando el proceso de dilatación del parto. La presencia del fogón, es muy importante, pues, es la que genera el calor en el entorno físico de la casa, por ello, la primera actividad introductoria a un trabajo

de parto, es encender el fogón. Una vez encendido el fogón la mujer permanece allí lo más cerca posible, arropada y consumiendo bebidas calientes, en compañía de sus familiares, parientes y comuneros/as que acompañan.

Una de las técnicas más utilizadas por las parteras para la acomodación del niño dentro del vientre de la madre previo al alumbramiento, se denomina “manteo”. El manteo consiste en una práctica cultural mediante la cual la parturienta con ayuda de la partera, esposo, familiares y/o amigos, es recostada sobre una manta que se encuentra extendida en el piso. De forma posterior la manta es tomada de sus cuatro esquinas, se levanta y se comienza a mecer de lado a lado, con la mujer sobre ésta. El objetivo es que la generación de este movimiento, produzca la acomodación de la posición del guagua de forma suave y sutil en el vientre de la madre, para se facilite el proceso de alumbramiento.

Otra de las características diferenciadoras de un parto comunitario es la posición que adopta la madre para dar a luz. La posición que facilita este proceso es de cuclillas, ya que responde a las leyes de gravedad de la naturaleza. Sin embargo, “la partera siempre busca la voluntad de la madre”; vale decir, una posición que para la mujer en ese momento facilite el parto, y disminuya su dolor. Sin embargo, la gran mayoría adopta la posición vertical.

Una vez que la mujer da a luz, es nuevamente cubierta con mantas y cobijas. La partera es la primera persona que tiene contacto directo con el recién nacido. Pues lo recibe y corta su cordón umbilical. La técnica para ello, es calentar en el mismo fogón una cuchilla que debe quedar al rojo vivo, con el cual se procede a cortar el cordón. El objetivo de ello, es esterilizar mediante la aplicación de calor a la cuchilla, para evitar posibles infecciones tanto para el recién nacido como a la madre. Así mientras la partera da los primeros cuidados y atenciones al guagua, la madre descansa del trabajo de parto, junto al fogón.

El parto comunitario, es un rito basado en técnicas que han sido transmitidas a través del tiempo, de una persona a otra. Este rol es mayormente desempeñado por mujeres, sin embargo, en los últimos años, se ha incrementado la presencia y participación de los hombres como “parteros”.

La atención brindada en la comunidad siempre busca el respeto y la “voluntad” de la mujer que va a dar a luz; con esto quiero señalar que se implementan técnicas que hacen

más soportable el proceso de parto, más no, se evidencian técnicas que presionen el proceso de parto. Es por ello que en esta búsqueda de voluntad de la madre, se espera que mediante su propio proceso natural, la mujer sea quien expulse de forma natural su placenta, Ésta en ningún caso es “jalada”, o forzada a salir. A juicio de los médicos, “es precisamente en éste aspecto donde se generan complicaciones en el parto, por la tardanza del retiro de la placenta, ya que muchas mujeres contraen hemorragias que generalmente pueden ocasionar la muerte de la madre” (Taller de adecuación cultural del parto, Hospital de Colta, 21-22 de julio 2008, Colta).

Una vez que la mujer logra de forma natural, eliminar su placenta, esta es tomada y enterrada en los alrededores de la casa, o cerca del fogón. La idea de ello es entregar nuevamente a la madre tierra, lo que le pertenece.

Ahora con respecto a las prácticas con el recién nacido, varían conforme a las practicas que tenga la comunidad y su partera. La primera atención que se da al niño es fajarlo. Para ello, se toma al niño o niña y se cubre con su ballesta, que será para el recién nacido el medio físico que lo una por un buen tiempo con la madres, quien lo cargara en sus espaldas hasta que este sea capaz de caminar por sí mismo. Pero en este momento del nacimiento el rol de la ballesta es dejar al recién nacido inmovilizado. Este hecho, va a permitir que el guagua adquiera firmeza en su cuerpo, “así crecen más firmes y caminan tiernitos” (Taller de adecuación cultural del parto, Hospital de Colta, 21-22 de julio 2008, Colta).

Otro de los rituales más recurrentes es cocer la boca del recién nacido, de forma simulada con lana roja y aguja. Este ritual es el que va a permitir que el niño o niña cuando crezca, y llegue a su etapa adulta, se transforme en una persona tranquila, no busca pleitos, que no se verá involucrada en malos entendidos, ni será habladora. Una vez que la partera termina de cocer la boca, toma una arveja seca y la comienza a pasar en las mejillas del recién nacido. El objeto de esto es el niño o niña adquiera un tono rojizo en sus mejillas, este hecho hará del recién nacido, niños y niñas más bellos. El tono rojizo de las mejillas en los niños y niñas es un parámetro de belleza en las comunidades.

Una vez que se termina con todas estas prácticas y rituales ancestrales, la mujer es alimentada de forma inmediata, con alimentos nutritivos que le ayuden a recuperar las

fuerzas y energías desgastadas en el parto. El recién nacido, es puesto en los brazos de la madre para que le de de lactar. La partera una vez finalizado su trabajo de parto, inicia un trabajo de seguimiento que denominan de “acompañamiento” a la mujer que dio a luz, por al menos treinta días, para ver cómo el cuerpo se va cicatrizando y reponiéndose del parto.

Parteras reeducadas

Como señalaba en el punto anterior, la partera/o adopta un rol protagónico en el proceso de atención de parto en la comunidad. Sin embargo, a raíz de todos los procesos impulsados por el Estado, a través de sus políticas de salud, en la actualidad, existe un proceso de auto cuestionamiento de las parteras/os con respecto a sus roles y funciones en las comunidades. La presencia de estas nuevas variables externas, impulsadas por el Estado buscan incorporar las funciones de la partera en un contexto público-estatal, hecho que alterado y modificado el rol tradicional de la partera. Estas parteras reeducadas mediante la capacitación estatal, en la actualidad han sumido un rol de mediadoras entre el Estado y las comunidades indígenas. Es por ello que d, actúan como una especie de “puente”, que conecta no actores sino, que tiene la capacidad de mediar entre ambos sistemas de salud. Es así como en la actualidad, desde el Estado se considera que sus principales funciones están:

Acompañar a la paciente al hospital para que se sienta segura. Seguir con prácticas tradicionales que no pongan en riesgo la integridad de la salud: madre e hijo. Trabajar conjuntamente para que la partera refiera al hospital o al SCS cuando exista complicación o duda en el proceso de parto (Taller de adecuación cultural del parto, Hospital de Colta, 21-22 de julio 2008, Colta).

En este proceso de re acomodación cultural, en el cual las parteras están siendo reeducadas por el Estado, su rol de mediadoras las conlleva a elaborar agendas mediáticas, en cuanto a la atención de parto. Así, las parteras han tenido la capacidad de exponer sus propias demandas para que esta inclusión a un sistema “no propio”, no las margine de su actividad pues, el objeto es buscar de algún modo, la complementariedad u acomodación con los servicios de salud pública. De este modo, las parteras se constituyen en sujetos “puentes”, que transitan entre ambos sistemas e interactúan con ambos actores, como son el Estado y la comunidad.

Es por ello que las principales demandas de las parteras/os se encuentran enfocadas en los siguientes aspectos:

Que las parteras atiendan el parto vertical en el hospital, por turnos. Ser capacitadas en cuanto a normas de asepsia y antisepsia. Intercambio de conocimientos en técnicas y procedimientos entre parteras y médicos. Que existan parteras en el hospital, y que exista una infraestructura dentro del hospital para que atiendan las parteras y que esté adecuado para este trabajo; de tal manera que se respete sus derechos y costumbres y se cuente con los materiales suficientes para la atención. Poder usar como medicinas naturales las plantas y que puedan existir en el lugar que se adecue. Que se pueda hacer el manto como una de las prácticas que se tienen en las comunidades. Poder atender el parto en el Hospital y trabajar en equipo tanto la medicina occidental como la tradicional; puesto que utilizan las medicinas tradicionales el momento del parto. Si se respeta esto, piensan que vendrán más personas. Se cuente con todos los materiales y equipos que necesitan para el parto tradicional, utilizar la misma ropa puesto que genera calor y el frío pasma los dolores. Atender con las plantas y si no está en nuestras posibilidades transferir al hospital. Que se respete su cultura, cuando esto no sucede la gente no quiere venir. Se mantenga su ropa, no bañar, puesto que el frío pasma los dolores. Generar un ambiente caliente. Si se trabaja en el hospital poder tener una pequeña bonificación, puesto que necesitan para pasajes, alimentación, Tener alguna identificación para poder ingresar a los servicios de salud (Taller de adecuación cultural del parto, Hospital de Colta, 21-22 de julio 2008, Colta).

Por otra parte, las principales trabas que visualizan las parteras, y que se fundamentan como las principales razones por las cuales las mujeres tienen ciertas resistencias con respecto a los centros de salud, señalan las siguientes:

Sacan a los familiares que vienen acompañando al hospital, en las comunidad es en cambio la familia está junta. Al no hablar el mismo idioma, entre el personal de salud y la paciente, existen dificultades de comunicación y no hay traductores todo el tiempo. Maltrato físico (Baño con agua fría) y psicológico en especial con las madres solteras. Ambiente físico es cálido en casa y frío en el hospital. Miedo a ser maltratada. Irrespeto al pudor de la paciente. La alimentación del hospital no satisface la realidad de la parturienta, como tiempo en el que se sirve la alimentación, así como la calidad de la misma. No se realiza manto para ubicar bien al bebe. No se respeta la posición en la cual la paciente desearía dar a luz. La partera da un seguimiento durante un mes. Diferente forma de atender el alumbramiento: no se Jala la placenta. (Taller de adecuación cultural del parto, Hospital de Colta, 21-22 de julio 2008, Colta).

La presencia del consumo de hierbas como una alternativa de sanación, no es menor, puesto que: “El amplio espectro que cubre la medicina casera del puruhá-quichua disminuye en

gran medida la demanda de la medicina química, y por ende de las instituciones que la promueven” (Aguiló, 1992:173).

Integración de los familiares

El acompañamiento familiar, es un hecho social que cobra gran trascendencia al momento de iniciar un trabajo de parto. De este modo, la familia es un referente social en las comunidades, por lo que su presencia es un acto de apoyo y bienvenida al nuevo miembro de la familia. Su presencia por lo tanto constituye grupos de apoyo, que facilitan la logística del proceso; Por ello uno de sus principales roles tiene que ver con contactar y facilitar la llegada de la partera al hogar, preparar las condiciones ambientales, como por ejemplo recolectar la leña, ayudan en la elaboración de los alimentos de alto contenido nutritivo, que dan a la madre, además hierve agua y preparan las cobijas.

En caso que el parto presente complicaciones, deben gestionar la búsqueda de un transporte en la comunidad que traslade a la madre, lo más pronto posible a un establecimiento de salud. Por lo tanto también actúan como facilitadores en casos de emergencia.

Para los hombres de la familia, sobre todo para el padre, es un momento de crucial, ya que el nacimiento de su hija/o, trae consigo el reflejo de su masculinidad. Por ello, los hombres esperan con mayor ilusión que el sexo del recién nacido sea masculino, porque los niños son sinónimo de fuerza, y poseen atributos mayormente valorados en relación a las niñas. En el Foro de equidad de género de las mujeres de Chimborazo se plasman testimonios que dan fe de este hecho señalando: “cuando nace una niña en la comunidad se comenta: ¡Qué pena, mujercita no más ha sido! ¡Ojalá el próximo sea un varón! ¡Ay qué pena! ¡Le toca sufrir, para qué también habrá venido!!!.” (Agenda de equidad de género de las mujeres kichwas de Chimborazo, 2007). Este hecho nos permite visualizar que desde la maternidad misma se ha visto una serie de discriminaciones, desde el nacimiento hacia las mujeres.

La maternidad comunitaria

El tema de la salud, en el marco de la maternidad en las comunidades indígenas, sigue siendo una materia compleja no resuelta. La existencia de dos modelos de salud imbricados, genera la adecuación de un sistema de salud en el contexto indígena, que bien puede ser denominado de tránsito. Este sistema se caracteriza principalmente, por instaurar

una ruta “privada” de salud, que evita el paso por el sistema de salud público, impidiendo de este modo, maltratos y fuertes discriminaciones.

Este sistema de salud de tránsito o atención comunitaria, se encuentra permeado por diversas dinámicas culturales presentes en cada comunidad, sin embargo, goza de una característica muy particular, que es la existencia de la autonomía en el parto.

La idea de esta existencia de autonomía en la atención del parto, se encuentra entretejida con la maternidad como eje central de la identidad de mujer. La atención por lo tanto, está basada en el respeto de los procesos naturales y corporales de la mujer. Esta ruta privada de salud, no presiona los procesos del parto, producto de ello, tanto la posición (vertical), como el pudor, goza de un especial respeto; situación que es valorada, y por tanto evaluada de forma positiva por las mujeres de las comunidades. La presencia de estas autonomías, permite a las mujeres experimentar la maternidad como un hecho menos violento, menos discriminatorio, y menos traumático ilusoriamente.

Este tipo de atención, refuerza, la maternidad como un hecho ligado a una identidad de mujer indígena, por lo tanto tiene buena acogida entre los comuneros/as.

Sin embargo, esta atención comunitaria de tránsito, pese a todas estas características vinculadas a una atención más humanizada, no tiene la capacidad de resolver el tema de la mortalidad materno-infantil presente en las comunidades indígenas rurales de la sierra.

La presencia de ciertas dicotomías representadas por los modelos de salud público/privado, como es la ruta privada de atención comunitaria y los centros de salud pública. Estos modelos no funcionan de forma opuesta como se pensó en una primera instancia, sino más bien actúan tienen puntos comunes que los conllevan a un mismo resultado la mortalidad materno-infantil.

Así el tema de las muertes materno-infantiles, y su presencia naturalizada en las comunidades, estimula la convivencia con la muerte, eso me permite entender el escaso cuestionamiento de las comunidades frente al tema. Este inactivismo político social que se evidencia de cara a la prolongación de la vida, se concibe un contínuum cultural que se desplaza de forma sutil entre la vida y la muerte, fruto de una voluntad social que acepta las muerte sin mayores cuestionamientos.

Frente a ello, puedo afirmar que la escasa demanda de las mujeres hacia el sistema de salud pública por concepto de la maternidad, es un tema netamente de resistencias sociales, que finalmente no libera a las mujeres indígenas del dolor y de una vida más digna, al demandar la atención que se brinda en la comunidad, porque esta inactividad política frente a la muerte las posiciona en una encrucijada por la vía comunitaria las conduce al mismo punto de encuentro, una seducción hacia la muerte.

De este modo, la atención con matices de mayor humanización, no logra solucionar la paradoja de la salud en el contexto indígena. Esta situación permite entrever una violencia simbólica, en el cuerpo y vida de las mujeres, esto a causa de la maternidad forzada culturalmente en el contexto rural indígena. Se favorece así, el desencuentro entre una atención más humanizada en la comunidad, pero igualmente violentada, a través del permiso social de la muerte. Este desencuentro deja sin alternativas a las mujeres.

Continuum vida y muerte

Los índices de mortalidad materno infantil en la población indígena, se constituyó como el fenómeno que evidenció con mayor ahínco una realidad silenciosa que albergaba la muerte sobre todo de mujeres, a causa de la maternidad, como parte de las dinámicas sociales y culturales de las comunidades indígenas rurales. Este componente de mortalidad materno infantil llamo la atención del Estado, más no a las propias comunidades:

La mortalidad infantil es difícilmente concientizada en el contexto puruhá-quichua, por el sentido fatalista de la muerte y la enfermedad, a veces fulminante que no da tiempo a poner el debido remedio. La muerte acaecida de esta forma inducirá a una nueva gestación lo más pronto posible (Aguiló, 1992:61).

Este hecho responde a la idea de intervención del Estado por la vía de la maternidad dirigida a las mujeres de las comunidades indígenas.

Una de las primeras hipótesis estaba que se barajó estaba relacionada principalmente con un distanciamiento cultural, entre la atención en la comunidad y en los centros de salud. Producto de ello, en la provincia de Chimborazo en los cantones que tienen mayor porcentaje de población indígena rural, se encuentra en proceso de implementación la “adecuación cultural del parto vertical” en los centros de salud. Sin embargo, pese a los

esfuerzos del Estado por llegar y trabajar en el ámbito de la maternidad en los sectores rurales y con poblaciones indígenas, debo señalar que existe una correlación de la salud de vida-muerte en un marco antagónico de opciones, en el que el Estado aun no ha logrado dimensionar en sus intervenciones, a través de sus políticas públicas de salud.

De la mencionada coyuntura, se desprenden dispositivos de intervención estatal como señala Carballada (2005), ya que para el Estado en este tipo de dinámicas donde se hace presente la muerte, implica una alerta para el orden dominante establecido. En este escenario se explican y contextualizan las actuales reformas del Estado hacia un nuevo modelo de salud, que involucra nuevas prácticas de intervención, con el objeto de competir y poner en jaque estos modelos de salud privados-comunitarios, con la clara idea de corregir la manifiesta anomalía del sistema.

Esta visibilidad de la muerte produjo la aparición de un dispositivo de intervención en lo social que paulatinamente se extendería a otras esferas, como la minoridad, la salud, o la educación. Estos muertos producto de una gran guerra silenciosa pero no por ello menos cruenta, llamaron la atención como aquello que debía ser corregido, que estaba diciendo algo peligroso para el orden imperante, en un idioma aun no descifrado totalmente. (Carballada 2005: 25).

La presencia de la muerte, como fenómeno incorporado a la cotidianidad de las comunidades, construye una realidad indiferenciada entre vida y muerte, como conceptos paralelos distantes de la concepción de salud. Así esta realidad se perfila como muy similar a lo que Sheper-Hughes (1997), encontró en su investigación etnográfica en las poblaciones de Alto do Cruzeiro. Lo que me lleva a pensar que los indígenas rurales de la comunidad Shuid tienen una visión del mundo:

Existencialista, una visión que capta la vida y la muerte no como polos opuestos, sino como puntos a lo largo de un continuo llamado *caminho*, el camino de existir. Sus palabras y acciones indican una concepción de la muerte legítima de la existencia, de forma que esa muerte, también ha de ser *vivida* (Sheper-Hughes, 1997:349).

Es así como en este sector indígena rural de la sierra, se vive la vida y se vive la muerte de forma indiferenciada. Cuando estos polos no son opuestos, los límites de vivir del uno o del otro lado se tornan difusos e imperceptibles. Producto de la cercanía que existe de esta convivencia con la muerte, se genera una ausencia de “esfuerzo” por parte de los sujetos

que la viven, por buscar la vida en la salud, lo que constituye uno de los principales fundamentos de la visión occidental de la salud.

La muerte es la síntesis y el epílogo de todos los fatalismos. La muerte es indomesticable: se acerca implacable a todos. Allí se concentran todos los esfuerzos de eufemización simbólica de los puruhás-quichuas. El encuentro inevitable y frecuente con la muerte salvaje tiñe toda la religiosidad puruhá. La concepción actual se cincela en la realidad trágica de la mortalidad infantil, la enfermedad, el accidente y el asesinato (Aguiló, 1992:211).

Es así cuando un miembro de la comunidad se enferma, la primera alternativa es recurrir a la medicina natural, preferentemente consumo de yerbas medicinales naturales,

Mi sobrinito de ocho años murió: le comenzó a doler la barriguita, luego comenzó a hinchar la pierna y hacer morada. No hicieron ver, solo dieron agüitas de yerba manzanilla y eso, pero no pasó. Y como al cuarto día murió, y nadie sabe de que murió, no hicieron ver (Guamani, entrevista, 2008).

Por otro lado es necesario señalar la ausencia de un sub-centro de salud, que se encuentre relativamente cercano a la comunidad, y que en el fondo les facilite a las personas acudir cuando sea necesario para recibir atención médica. Sin embargo, comprendí que el tema es aún más complejo ya que de forma directa no está ligado únicamente a la presencia o ausencia de establecimientos de salud. Este arraigado sentido que tiene la muerte-vida en esta comunidad indígena, es manifestado como un contínuum dentro de sus propias dinámicas locales. Es precisamente en este hecho de la muerte, donde se refleja la desesperanza de la lucha diaria, que busca conformación en lo inexplicable. “Llaman “Panta huañuy” (muerte engañosa), cuando no se ha conocido la enfermedad que ha causado la muerte, lo cual sucede especialmente en las muertes repentinas, sin motivo aparente” (Aguiló, 1992:170).

Es precisamente en este aspecto donde se manifiesta el olvido estatal, la incapacidad institucional y la vulnerabilidad social, de la cual, las comunidades indígenas rurales de la sierra son sus principales partícipes.

Es la muerte el punto de encuentro que propicia un sentido frontalmente contrapuesto a nuestro sentido occidental de la misma. En esta comunidad indígena rural se asume la mortalidad con sentido práctico. A modo de ejemplo la muerte en la comunidad carece de la burocracia que los mestizos solemos atribuirle. Es justamente en este marco

donde la muerte aparece con una característica constante que es el anonimato y la privacidad, “se murió y nadie sabe de que murió, se pesca se echa a un cajón se hace un hoyo y se entierra, no se avisa a nadie, porque ni policía hay” (Guamani, entrevista, 2008). Esta dinámica implica una especie de desechabilidad de la vida, que se acompaña de un desconocimiento médico de las causas de muerte. Ambos lineamientos encubren un sin fin de elementos sociales e institucionales que se encuentran presentes y que actúan finalmente bajo cierta complicidad. Es la salud que se juega entre vida y muerte, pero sin la de intervención médica que busque prolongar la vida de los sujetos.

Comprendí, que los hospitales y sub-centros de salud, no representan la salud/vida para las comunidades rurales, ya la salud occidentalizada leída como los centros y sub centros de salud, es simplemente un lugar “ajeno” donde, el maltrato y la discriminación no les da cabida a la población indígena, son lugares donde se apresurara la muerte, una muerte presente y latente que tiene cabida en la cotidianidad comunitaria.

Por ello frente a la presencia de la enfermedad surge evidentemente la necesidad de atención, cuyo espacio permite configurar dos escenarios posibles: el espacio público representado por los centros de salud estatal y el espacio privado representado por los yachac y parteras en las comunidades. Frente a este panorama surge lo que Sheper-Hughes (1997), ha denominado “muertes públicas y muertes privadas”, que se refleja en la correlación salud: vida-muerte en un marco antagónico de opciones.

De este modo, la salud en la comunidad, en una marco antagónico de opciones, se perfila como fundamentalmente autónoma, ya las personas de las comunidades ya sean hombres o mujeres frente a esta dinámica de cotidianidad de la muerte, tienen la libertad de optar por morir en sus propias comunidades, acompañados por los suyos o morir en la soledad y frialdad de un centro de salud, en la búsqueda de vida. Frente a esta dualidad de alternativas, surge la resistencia a los centros de salud mestizos.

CAPITULO VI CONCLUSIONES

Introducción

En este último capítulo realizo una reflexión sobre los principales hallazgos de esta investigación que permiten explorar como el Estado ecuatoriano y las comunidades indígenas, en el contexto rural, actúan como agentes controladores del cuerpo y la sexualidad de las mujeres indígenas por la vía de la maternidad. Al mismo tiempo pongo estos hallazgos a la luz de la literatura académica presentada inicialmente, la cual propuso al control de la sexualidad como un modo de organización social y, de manera particular, establezco relaciones entre biopolítica, normatividad y etnicidad.

Encuentro del Estado con los cuerpos indígenas

El Estado ecuatoriano llega a las mujeres indígenas a través de la maternidad en un contexto general de control de la natalidad. Desde diversos ámbitos, mediante la implementación de determinadas políticas públicas, ha buscado llegar a los sectores marginados y excluidos socialmente, a través de un perfil de vulnerabilidad social. Esta peculiar forma de proceder con este grupo de población, le permite desarrollar e implementar estrategias de integración, a través del diseño de instrumentos que actúan como dispositivos de poder. Es interesante ver como el Estado mediante la instrumentalización de ciertas herramientas, busca integrar a los sectores marginados que pueden representar algún tipo de amenaza para el sistema en su conjunto. Así, junto con la implementación de un nuevo modelo de salud denominado “integral”, se ha diseñado dispositivos de poder: la “ficha familiar” y la “ficha intercultural”. El poder de este instrumento radica en su capacidad informativa que permite conocer a corto plazo, conductas y costumbres de la vida cotidiana de los sujetos a los que espera alcanzar. Esta intervención del Estado por lo tanto opera desde la cotidianidad.

Es precisamente en este momento de intervención que aparecen las mujeres y las comunidades indígenas como actores marginados de un sistema social. Desde el Estado y con la presencia de un movimiento indígena, en algún momento con peso político, se genera una estrategia de intervención con un enfoque intercultural encaminado a alcanzar a

las comunidades. Estas políticas de salud nacionales aterrizadas en un contexto local, como hemos visto, adquieren una serie de lecturas y relecturas de los individuos que finalmente las ejecutan.

Esta llegada del Estado a nivel local genera tensiones con las comunidades ya que éstas tienen también su propia retórica discursiva intercultural, que se polariza en procesos de autoexclusión. Uno de los productos de este proceso pareciera ser la misma autoexclusión; sin embargo, no siempre es así, ya que la marginación de los servicios públicos como retórica intercultural desde las comunidades afecta de forma directa a las mujeres, quienes se ven expuestas a la muerte por la vía de la maternidad. Las alternativas comunitarias de salud a su vez también las exponen a la muerte. Es así, como la salud y la enfermedad, en distintos escenarios público-privado, encuentran su punto de conexión en la maternidad.

El Estado, por su parte, teje políticas más concretas encaminadas ahora ya no solo a una interculturalidad, sino a políticas maternas que le permitan alcanzar los cuerpos de las mujeres indígenas, para lograr controlar su sexualidad e intervenirlos desde la maternidad. Esta retórica intercultural, impulsada por el Estado y el movimiento indígena se diluye fácilmente, porque es una retórica que afianza la discriminación del sector público con respecto a los sujetos indígenas. Por lo tanto, es el mismo Estado quien encarna la discriminación que finalmente termina perpetuándose en la muerte de estos individuos indígenas.

La maternidad: territorio de tensiones

La maternidad se configura como el punto de conexión entre tres agentes: Estado, mujeres indígenas y comunidad. En este sentido, es necesario señalar que tanto el Estado como la comunidad buscan controlar el cuerpo de las mujeres indígenas a través, de la maternidad.

Por ello, en este recorrido investigativo, no se encontró un Estado que implemente políticas públicas de control de la maternidad vía la anticoncepción, enfocadas hacia este segmento de la población. Sino más bien, estas políticas tienen una clara orientación hacia el fomento de la maternidad y fecundidad.

En este contexto, es preciso señalar la existencia de un Estado que promueve un nuevo modelo de salud integral, que busca como señalé anteriormente, alcanzar aquellos segmentos de la población que se encuentran marginados o excluidos del sistema de salud pública. Este modelo de salud, que desciende al espacio local, funciona bajo dinámicas de discriminación y maltrato, con las mujeres indígenas de los sectores rurales. Los hospitales, centros y subcentros de salud, se caracterizan por brindar una atención que se distancia de forma grotesca con las pautas culturales que tienen las comunidades. Así, funciona de forma contrariada, a modo de ejemplo, el parto en los centros de salud tiene una concepción asociada a lo frío, mientras que en las comunidades el parto tiene una concepción cálida. Este distanciamiento cultural se vincula a un “no entendimiento”, entre el Estado (mediado por los centros de salud) y las comunidades. Este no entendimiento, entre ambos actores hace que las políticas carezcan de pertinencia y sentido en la práctica. De este modo son políticas no recepcionadas, sino más bien son rechazadas e ignoradas por las comunidades. El distanciamiento cultural, impide decantar las particularidades indígenas, sus lógicas y razón de ser. Producto de ello, se forja una situación de aparente indiferencia que genera una ruptura en la lógica de la diferencia, por este dialogo ausente.

La ausencia de actores, por lo tanto de diálogos e interacciones, provoca en los individuos de las comunidades la percepción de una suerte de abandono público. La exigencia de vivir en un medio hostil, pone a prueba la sobrevivencia de los individuos. Por ello como señale en algún momento de esta investigación, los discursos de los derechos, son discursos que responden a reivindicaciones étnicas de las élites indígenas, que con algo más de suerte han logrado prepararse intelectualmente para esa lucha. Sin embargo, los indígenas pobres y rurales de las sierra, tienen su propia lucha, que es vencer la escasez de vida y sobreponerse a las necesidades del día a día que les permita su sobrevivencia.

Por su parte la comunidad también busca ejercer su poder sobre las mujeres. El sistema de salud comunitarios como ruta privada de salud, es un sistema cuya tendencia de atención es más humanizada cómoda, agradable y de respeto. Frente a esto, el sistema de salud pública queda en una frontal desventaja con respecto a la oferta comunitaria. Sin embargo, pese a la existencia de todas estas “bondades” de esta ruta privada de salud, las

mujeres siguen siendo maltratadas, porque el sistema de salud comunitario no es un sistema que garantice la vida de las mujeres y sus hijos.

Así, la maternidad implica para ambos sistemas de salud una serie de fisuras y discontinuidades en conflicto, que se amalgaman finalmente en la muerte simbólica de las mujeres que optan por cualquiera de las dos vías. Por ello la maternidad se da en un contexto de conflicto y contradicción, con resultados en común.

Es así como la presencia de ambos sistemas que están en tensión permanente tienen su punto de unión y encuentro en las mujeres vía la maternidad. Pero este punto de encuentro no solo responde a la maternidad, sino también a un discurso político del bienestar traducido como *sumak kawsay*. Tanto el actual gobierno, como las comunidades, intervienen desde esta visión; sin embargo ninguno de los dos agentes ha logrado resituar y solucionar el problema de la violencia simbólica a la que se ven sometidas las mujeres indígenas rurales de la sierra a causa de ejercer la maternidad; Sin embargo ambos agentes, Estado/ comunidad, continúan fomentando y reforzando la maternidad por una u otra vía. Es por ello, es impensable la separación de ambas instancias y ambos sistemas de salud.

¿Mujeres prisioneras?

Resulta fácil definir la maternidad de las mujeres como un hecho impuesto que tiene un carácter de obligatoriedad. Esta situación no deja entrever con facilidad la agencia de las mujeres, pues esta se ve aparentemente anulada frente a este discurso. Sin embargo, la presente investigación me permitió descubrir esa agencialidad oculta.

Las mujeres en el contexto indígena se encuentran subordinados por la imposición de modelos patriarcales. Es por ello, que son excluidas y maltratadas en la mayor parte de los espacios públicos; sin embargo para las mujeres la maternidad representa un espacio de poder absoluto reservado solo para ellas, pues la paternidad descansa distante de los hijos al menos durante sus primeras etapas de vida. Por ello, la maternidad otorga poder y posicionamiento en la comunidad, ya que la crianza es un espacio de construcción de identidad y disciplinamiento de los hijos y futuros comuneros, he aquí su importancia.

Sin embargo, esta maternidad a la que se incorpora el elemento étnico, asume ciertas particularidades. Una de ellas, y que resultó ser una constante en el área estadística

es la presencia de los altos índices de mortalidad materno infantil. La confabulación de los sistemas tanto público (Estado) como privado (comunidad) actúan como cómplices de estas muertes, lo que finalmente podría suponer en las mujeres indígenas una “maternidad frustrada”. Ambos sistemas de salud no han logrado dar solución a esta problemática, que finalmente deja sin salidas a las mujeres, pues ambos caminos tienen la misma probabilidad de conducir las a la muerte tanto de ellas como de sus hijos. De este modo, las muertes públicas de las mujeres no son más que una complicidad del Estado y de la comunidad frente a esta problemática.

Ahora desde una mirada más teórica, Lacqueur (1990), aportó elementos que me permitieron entender cómo se gestaron, vale decir, de dónde nacen o provienen los mitos que han estigmatizado la sexualidad indígena. Este hecho de procedencia histórica, lo remonto a los modelos teóricos del sexo vigente en el siglo XVIII y XIX. Estos se fundaron en base a la existencia de dos teorías del placer, cuya tensión se vinculó a determinar si la mujer necesitaba tener orgasmos para poder concebir o no. En este contexto uno de los mitos más comunes en la actualidad, es que “la mujer indígena, es asociada a la hiper-reproducción”. Ahora si esta afirmación la relaciono con la idea que predominaba en el siglo XVIII, en la cual, la concepción estaba ligada al placer y los orgasmos, comprendo como la mujer indígena se constituye en el imaginario social como un sujeto exótico, que encarna el placer, nativa por excelencia y por lo tanto de una sexualidad con matices “salvajes”. En esta construcción de un imaginario sexual con estas características, se encarna la idea de control y dominio sobre el cuerpo de las mujeres, donde tanto el Estado como las propias comunidades buscan ejercer este control de la sexualidad por la vía de la maternidad. Así la maternidad, se construye como un espacio de tensión y contradicciones en el contexto social, porque en el desplazamiento del mito a la realidad existe una intencionalidad de domesticar esta hiper-sexualidad con una hipermaternalidad, muchas veces no deseada por las mujeres indígenas. Hecho que pone en una encrucijada a las propias mujeres indígenas, debido a que las mujeres en la sociedad actual, se configuran como “hiper-reproductivas”, en función del número promedio de hijos que tienen. Sin embargo, esta “hiper-reproducción”, no es un fenómeno de sus cuerpos, sino más bien, tras esa realidad, se esconde una presión por el dominio y control de su sexualidad de distintos

agentes. Sin embargo, las mujeres tienen su propia respuesta, y la evidencian en el grado de satisfacción por el concepto de intervenciones realizadas para el control de su fecundidad. Además son ellas mismas las que reflejan en las estadísticas, que son prisioneras de una maternidad, que muchas veces no desean, hecho que se refleja en los altos porcentajes de la tasa global de fecundidad no deseada, en este grupo de población.

Biopolítica, normatividad y etnicidad

Por otro lado, el concepto de biopolítica es una herramienta teórica, pertinente para abordar temas de sexualidad. Esta afirmación se enmarca en un contexto, mediante el cual el Estado, construye discursos metafóricos intimidatorios, que buscan gatillar ciertos efectos de comportamiento en la población. Esta construcción metafórica adquiere distintos matices de significación, como la incorporación del temor a través de la discriminación y el maltrato presente en las entidades de salud pública, la politización, intimidación de castigo, entre otros. De este modo, se plantea que “hay una (bio) política de significados metafóricos que ha estado aflorando entre nosotros” (Heller y Fehér, 1995:73). Con la finalidad, de controlar y normar comportamientos mediante la inclusión de miedo y temor. Conforme a esta afirmación, es importante señalar que esta discursividad proviene principalmente del Estado, como agente dominante y controlador, como diríamos ahora, existen ‘cuestiones políticas’”, que buscan de forma imperativa de subordinar al individuo a fines públicos (Heller y Fehér 1995:73).

Así, la biopolítica como herramienta teórica, propone la existencia de un agente dominador que tiene por objeto alcanzar los cuerpos, en nuestro caso de las mujeres indígenas rurales, para intimidarlos, e intervenirlos bajo ciertos discursos metafóricos institucionalizados, que establecen un control del cuerpo, a través, de la salud.

De este modo, surge desde el Estado una preocupación por la reproducción social, teniendo como base la reproducción biológica. Por lo cual la maternidad pasa a ser un factor social de control de los cuerpos. En este marco se comprende que sus políticas de salud de control de la natalidad, tengan una determinada orientación con respecto a población indígena. Desde un contexto de la salud y su biología se ejerce un poder político de control y subordinación del sujeto mujer indígena.

Por otra parte los autores Sáez (2004) y Guash (2004), señalan que los cuerpos se representan según su raza y sexualidad específica. En esta línea es importante reflexionar en torno a las lógicas de poder imperante que circulan y permean los discursos en función de la maternidad. En este sentido, asumo que adquieren singular importancia los sistemas de signo en la relación estructural (social), (Sáez 2004: 63) como propone el autor. Pues las dinámicas sociales propias de funcionamiento, de las comunidades indígenas otorgan ciertos significados a la maternidad. En palabras de Sáenz (2004), la propia ciencia fabrica conceptos, ideas, objetos y cuerpos. En base a esta afirmación puedo sostener entonces, que el poder social, como desplazamiento discursivo, es “un dispositivo de sexualidad” (Sáez 2004:68) que construye una determinada representación del cuerpo y de la sexualidad al interior de las comunidades indígenas. El hecho que una estructura social conciba un determinado discurso sobre la sexualidad, va a moldear el comportamiento sexual y por lo tanto va a perfilar un determinado discurso sobre la maternidad, con el objetivo de facilitar su intervención. Así, la maternidad podría concebirse en sociedades indígenas “como una forma de identidad global que se impone al sujeto” (Sáez 2004: 70) y que por lo tanto no es cuestionable

Ahora Butler (2002), rescata de la propuesta foucaultiana al sexo como categoría normativa. En función de la cual señala que existe un “ideal regulatorio” que norma la sexualidad y comportamiento de los sujetos . Desde esta perspectiva se considera que,

el sexo no solo funciona como norma, sino además es parte de una práctica reguladora que produce los cuerpos que gobierna, es decir cuya fuerza reguladora se manifiesta como una especie de poder productivo, el poder de producir, demarcar, circunscribir, diferenciar, los cuerpos que controla” (Butler 2002: 18).

Desde este espacio de enunciación, se evidencia una propuesta, mediante la cual, el sujeto se construye desde y a través del discurso. Este hecho se logra mediante la ritualización de la norma y de los discursos. Así, el poder de los discursos fluye y produce una determinada realidad. Lo interesante es ver cómo este discurso se plasma en los cuerpos, crea una realidad, que permite normar comportamientos y prácticas en las mujeres con respecto a la maternidad. Este hecho dota de materialidad a los cuerpos. Esta materialidad es posible mediante las “prácticas reiterativas”, que señala Butler.

En este contexto mi interés central es plasmar como la sexualidad de las mujeres indígenas, es controlada mediante normas, mecanismos y dispositivos, tanto por parte del Estado como por las comunidades. Ya que todos estos elementos se encuentran permeados por los diferentes discursos, que regulan los cuerpos y establecen una realidad, mediante las prácticas reiterativas del discurso, en este caso de la maternidad.

Mediante esta lógica teórica, puedo señalar entonces, que la maternidad forma parte de un discurso social hegemónico y dominante, que construye un sujeto mujer, como maternal y reproductivo. Este discurso se ve reforzado en las comunidades con sociedades indígenas. La mujer se ve así misma impulsada o forzada a ejercer la maternidad, sin opción política, porque existe una norma social que “ve bien” a la mujer cuando es madre. La maternidad encarna el fin último de ser mujer, según los discursos, ya que la imagen construida de mujer es como generadora de vida, como naturalmente reproductiva. Bajo estos preceptos la mujer no tiene alternativas, en este tipo de discursos. De esta forma las sociedades apelan a estos discursos, son sociedades pro-natalidad, vale decir que sus discursos dominantes fomentan y asimilan de forma positiva la fecundidad y por ende la maternidad, que se torna en cuerpo de mujer. El producto de este tipo de discursividad, es que la mujer genera comportamientos tendientes a dar respuesta a estas formas discursivas, posicionándose en un contexto de obligatoriedad de la maternidad.

Butler (2002), señala que la dinámica impuesta, genera diferentes respuestas entre ellas la de resistencia y oposición. Estas tensiones se ven reflejadas en el cuerpo de las mujeres a través de su maternidad, como cuerpo fecundo. Sin embargo, la respuesta a estos sistemas de dominación discursiva, que provienen de diferentes agentes, tienen un afán netamente controlador, se ven tensionados, frente a discursos dominante de sociedades indígenas pro-fecundidad, a través de la maternidad.

Nancy Sheper-Hughes (1997), en su investigación etnográfica en las poblaciones de Alto do Cruzeiro, describe una realidad muy similar a la encontrada en las mujeres indígenas de la sierra ecuatoriana, del sector rural, en términos de dinámicas de la maternidad. La autora instala en el debate una serie de condicionamientos sociales que performan una maternidad que se encuentra “castigada por temas de clase”, al que incurro un desplazamiento hacia unas maternidades difíciles y sufridas que han logrado adecuarse a

un sistema social que les permite sobrevivir en sus precarias condiciones de maternales. El contexto de pobreza, y discriminación son elementos comunes que unen ambas realidades en contextos diferentes, fabelas de Brasil y comunidades indígenas de la sierra.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguiló, Ferderico (1992). "El hombre del Chimborazo". Ediciones Abya-Yala: Quito Ecuador.
- Agenda de equidad de género de las mujeres kichwas de Chimborazo, (2007), Centro de estudios, difusión e información social. CEDIS, Chimborazo.
- Ávila, Yanina (2004). "Desarmar el modelo de mujer=madre". En *Debate Feminista*, Vol. 30:35-54. Metis productos culturales, México
- Bartra, Roger (1992). "La salvaje lujuriosa". En *Debate Feminista*, No 5: 49-50. Metis productos culturales, México
- Boletín, Dirección Provincial de Salud Chimborazo (2008). Hospital Colta, Marzo.
- Boletín, "Por un país Plurinacional. Al Ecuador ponle tu nombre. Ejerciendo el derecho a la identidad y la identificación". Registro civil. Identificación y cedulaación del Ecuador, Programa Nacional de Registro y Cedulaación, MIES, INNFA, INFA, SelBen, UNICEF, Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social.
- Bustamante, Teodoro (2000). "Fuerza y límites de los símbolos. Indígenas trastocan el orden simbólico de la política", *Iconos Revista de Ciencias Sociales* No 9, FLACSO-Ecuador.
- Butler, Judith (2002). *Cuerpos que importan Sobre los Límites Materiales y Discursivos del 'sexo'*. Introducción. Buenos Aires, México, Barcelona: Paidós.
- Carvajal, Miguel (2004) "Pachakutik la efímera experiencia de gobierno y las incógnitas sobre el futuro", *Iconos Revista de Ciencias Sociales* No 18, FLACSO-Ecuador.
- Carballeda, Alfredo (2005). "La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales". Paidós, Buenos Aires.
- Castillo, María Victoria (2005). "La ausencia del amamantamiento en la construcción de la buena maternidad". *La Ventana* No 22:189- 218.
- Centro de Educación, difusión e investigación social, (2001). "Memorias. Encuentro de mujeres Warmikuna Tandanacushka alli causimanta", mujeres unidas por una vida mejor. Ilustre Municipalidad del cantón de Alausí 24 y 25 de julio. CEDIS, Riobamba, Ecuador.
- CEPAR, ENDEMAIN (2004- 2005) *Encuesta demográfica de salud materna e infantil*, informe final. Quito Ecuador: CEPAR.
- CONSTITUCIÓN DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR, (2008).
- Chattel, Marie-Magdeleine (2004). "Infertilidad, medicina y deseo". *Debate Feminista* No 30:185-243.
- Chiriboga, Manuel (2001). "El levantamiento indígena ecuatoriano de 2001: una interpretación", *Iconos Revista de Ciencias Sociales* No 10, FLACSO-Ecuador.
- Chodorow, Nancy, (1984). "El ejercicio de la maternidad. Psicoanálisis y sociología de la maternidad y la paternidad en la crianza de los hijos". Gedisa, Barcelona.
- Diario *La Prensa* (2008). "Chimborazo cuenta con promotores de salud en el sector rural", miércoles 20 de febrero.
- _____ (2008). "En varias unidades de salud de Chimborazo, impulsan la atención del parto tradicional", columna C, sábado 16 de Febrero.
- _____ (2008) "PASSE entregó 6 ambulancias en Chimborazo", Columna C, sábado 16 de febrero.
- _____ (2008). "Chimborazo cuenta con promotores de salud en el sector rural", miércoles 20 de febrero.

- Diario *Regional Independiente los Andes* (2008). “Entregarán las certificaciones a las escuelas promotoras de la salud”, Riobamba, columna B, 04 de abril.
- _____ (2008). “Resoluciones de la Asamblea de la Confeniae”, miércoles 09 de enero.
- _____ (2008). “Entregarán las certificaciones a las escuelas promotoras de la salud”, Riobamba, columna B, 04 de abril.
- Baeza, Patricia (2008). Diario de campo.
- Echazú, Gretel, (2006). “Los desafíos de la salud intercultural”. Universidad Nacional del Salta, Argentina.
- Espinoza, María Fernanda y Tom Salman (2000). “Las paradojas de la multiculturalidad”, *Iconos Revista de Ciencias Sociales* No 9, FLACSO-Ecuador.
- Egüez, Pilar (2005). “Mujeres y Población”. En *Mujeres Ecuatorianas, entre las crisis y las oportunidades 1990-2004*. Ed. Mercedes Prieto. FLACSO, sede Ecuador.
- Foucault, Michel (1995). “Historia de la sexualidad, tomo 1” en *La voluntad de saber*. Capítulo 1, “Nosotros los victorianos”, 7-22. 22a edición, México: Siglo XXI.
- _____ (1995). “Historia de la sexualidad”, capítulo III, *Scientia sexualis*, 65-92. México: Siglo XXI.
- Flores, Germán, (2007). “Políticas públicas para pueblos indígenas en el Ecuador del siglo XXI. Memorias del seminario nacional”, Quito Ecuador
- García Canclini, Néstor (1995). “Culturas híbridas”. En *Estrategias para entrar y salir de la modernidad*. Regents: University of Minnesota.
- García, Fernando (2001) “¿Un levantamiento indígena más? A propósito de los sucesos de febrero de 2001”. En *Iconos Revista de Ciencias Sociales* No 10, FLACSO-Ecuador.
- Heller, Agnes y Ferenc Fehér (1995). “La modernidad y el cuerpo. La salud como política”, 69-82. En *Biopolítica: La modernidad y la liberación del cuerpo*. Ediciones Península: Barcelona.
- Lacqueur, Thomas (1990). En *La Construcción del Sexo: Cuerpo y Género desde los griegos hasta Freud*, Cap. I, III, V. Sobre el lenguaje y la carne. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Lavrin, Asunción (1991). “La sexualidad en el México colonial: un dilema para la Iglesia”. En *Sexualidad y matrimonio en la América hispánica. Siglos XVI – XVIII*, 55-104. México: Grijalbo.
- León, Jorge (2001) “Conflicto étnico, democracia y Estado”. En *Iconos Revista de Ciencias Sociales* No 10, FLACSO-Ecuador.
- León, T. Magdalena (1999). “Derechos sexuales y reproductivos; Avances constitucionales y perspectivas en el Ecuador”. FEDAEPS, Ecuador.
- León, Mauricio (2004) “Etnicidad y exclusión en el Ecuador”, *Iconos Revista de Ciencias Sociales* No 17, FLACSO-Ecuador.
- Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (2007). CONAMU, Ecuador.
- Lieutet, Dominique (1994). “Mujeres sin pudor”. En *Debate Feminista*, Vol. 9, 472-476. Metis productos culturales.
- Lupa fiscal género* (2007). Informe 1 “El enfoque de género en la asignación de recursos: invirtiendo en el Ecuador más equitativo”. Grupo Faro, Ecuador.
- Mannarelli, María Emma (1999). “El programa cultural del cambio de siglo: maternidad y naturaleza femenina”. En *Limpias y Modernas. Género, higiene y cultura en la Lima del novecientos*, 69-114. Lima: Flora Tristán.
- Marcus, George (2001). “Etnografía en/del sistema mundo. El surgimiento de la etnografía multilocal”, 111-127. En *Alteridades*.

- Moreno, Hortensia (1995) "Relaciones sexuales", *Debate Feminista*, No 11, p. 5-16. Metis productos culturales, México.
- Moreno, Segundo (1985). "Sublevaciones indígenas en la audiencia de Quito. Desde comienzos del siglo XVIII hasta finales de la colonia". Ediciones de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador: Quito, Ecuador.
- Meentzen, Ángela (2007). "Políticas públicas para los pueblos indígenas en América Latina. Los casos de México, Guatemala, Ecuador, Perú y Bolivia". Honrad Adenauer Stiftung, Perú.
- Memorias, (2008). "Taller de Adecuación cultural del parto", Colta 21-22 de Julio. UNFPA-Ministerios de Salud Pública. Colta, Chimborazo.
- Naula, Juan, (s/f) "Gestión en políticas interculturales de salud indígena, Dirección Nacional de los pueblos indígenas Ecuador, Ministerio de Salud Pública".
- Núñez, María Gracia (2007). Estados maquínicos y dispositivos de resistencia : Devenir otr@ . En *Aparte Rei* revista de filosofía, Vol. 50: 1-14.
- Osborne, Raquel (2003). La Organización de la Sexualidad en Occidente: El papel de la institución en la prostitución. En *Sexualidades: Diversidad y Control Social*. Ed. Oscar Guasch, Oscar, Olga Vinuales, 235-257. Ediciones Bellaterra: Barcelona.
- Palomar, Cristina (2005) "Maternidad: Historia y cultura". En *La ventana*, No 22, 110-145. Metis productos culturales, México
- _____ (2004). "Malas madres": la construcción social de la maternidad. En *Debate Feminista*, año 15, Vol. 30: 12-34, 20 de noviembre. Metis productos culturales, México.
- Pichardo Galán, José I. (2003). Migraciones y opción sexual, en *Sexualidades: diversidad y control social*. Oscar Guasch; Olga Vinuales, eds.; Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Plan de igualdad de oportunidades: concretando las líneas estratégicas del Plan de Igualdad de Oportunidades de Chimborazo (2006). CEDIS: Chimborazo.
- Prieto, Mercedes, Clorinda Cuminao, Alejandra Flores, Gina Maldonado y Andrea Pequeño (2005). "Las mujeres indígenas y la búsqueda por el respeto", 155-194. En *Entre las crisis y las oportunidades 1990-2004*. Flacso, sede Ecuador.
- Riley, Denise (2006). "El derecho a estar sola" *Debate Feminista*, No 34: 3-16. Metis productos culturales, México.
- Ruiz, Apen (2001). "La india bonita: nación raza y género en el México revolucionario". *Debate Feminista* No 12, Vol. 24.
- Rose Nikolas y Carlos Novas (2005). Biological Citizenship, en *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological problems*. Massachusetts, United Kingdom, Australia: Blackwell Publishing.
- Sáez, Javier (2004). "Teoría Queer y Psicoanálisis. El contexto post-estructuralista: Foucault, Deleuze-Guattari y Derrida", 62-95. Madrid: Editorial Síntesis.
- Saint-Upéry, Marc (2001). "El movimiento indígena ecuatoriano y la política del reconocimiento". En *Iconos Revista de Ciencias Sociales* No10, FLACSO-Ecuador.
- Sistema Integrado de Indicadores sociales del Ecuador (2001) versión 2p.
- Sheper-Hughes, Nancy (1997) "Muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil". Editorial Ariel, S.A: Barcelona.
- Suárez, Juan Antonio (2003). "Corpo/realidad, pornografía, vanguardia". En *Sexualidades: Diversidad y Control Social*. Eds. Oscar Guasch, Olga Vinuales, 126-146. eds. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Tenorio, Rodrigo (2000). *La intimidad desnuda: sexualidad y cultura indígena*. Ecuador: Abya-Yala.

Villacrés A Nilhda. y José Yépez M, (2002). Ministerio de Salud Pública Ecuador, protección social en salud: Ecuador perfil de riesgos, vulnerabilidad y exclusión social en salud.

Vinueza, Danilo (2007) Portal Ilustre Municipalidad del Cantón Riobamba “Se conformó comité de usuarios /as de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia”, 31 de Octubre. Documento electrónico.
http://www.municipioderiobamba.gov.ec/home/secciones.php?idn=313&id_sec=29.
 Página visitada, 26 de febrero 2008.

informe final con el apoyo técnico de: organización panamericana de la salud división de desarrollo de sistemas y servicios de salud oficina de representación en Ecuador. Ecuador.

Weeks, Jeffrey (1998). “La invención de la sexualidad”, 23-46. En *Sexualidad*. México: Paidós, UNAM –PUEG.

Seminario Pueblos Indígenas Foro por la equidad ; por el derecho a una vida libre de violencia!, Centro de estudios, difusión e información social, CEDIS.

Organización Panamericana de salud. División de desarrollo de sistemas y servicios de salud, Oficina de representación de Ecuador, Ministerio de salud publica Ecuador.
http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo06/salud_mat.htm pagina visitada el 10 de Enero 2008 a las 17:00 hrs.
http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo06/fertil_nacidos.htm pagina visitada el 10 de Enero 2008 a las 17:00 hrs.
<http://icci.nativeweb.org/boletín/37/macass.html> la lucha del movimiento indígena en el Ecuador, Luís Macas, Boletín ICCI-ARY Rimay, año 4, No 37, Abril 2002, instituto científico de cultura indígena.
<http://www.cncultura.gov.ec/cultura/HTML/CONAIE.HTM> Antecedentes históricos CONAIE
<http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/ec/2007/gvd-salud.htm> “situación de la salud en el Ecuador “ en Observatorio de la Economía Latinoamericana, No 77, 2007

Diario *Regional Independiente los Andes*, (2007). “Promueven la Ley de Maternidad Bolívar”, Lunes 03 de Septiembre de 2007. Documento electrónico.
<http://www.Diariolosandes.com.ec/content/view/5143/37/>. Pagina visitada, 26 de febrero 2008.
<http://es.wikipedia.org/wiki/Biopoder>, página visitada 09 de marzo de 2009.

Dirección Provincial de Salud Chimborazo, “Estadísticas de equipamiento e infraestructura por provincias”, 07 marzo 2008.

Portal Gobierno Nacional de la República del Ecuador , social, “Firman convenio para mejorar la atención en salud en Chimborazo” noticia perteneciente al día 16 de marzo de 2007, documento electrónico <http://www.presidencia.gov.ec/noticias.asp?noid=8803> . Página visitada, 26 de febrero 2008.

Programa de apoyo al sector salud en Ecuador (PASSE) ALA/2004/016-916. Ecuador- Comisión Europea, “Avance de actividades”. Documento electrónico
<http://www.passe.gov.ec/paginas/subtitulos/avance.htm>, página visitada 10 de marzo 2008.

ENTREVISTAS

Nombre de la entrevistada/o	Fecha	Código
Cristina Cucurí	15 de Abril 2008	Entrevistada 1
Telmo Velasco	14 de Abril 2008	Entrevistado 2
María Cecilia Guamáni	Junio 2008	Entrevistada 3
Abelino Charican	Julio 2008	Entrevistado 4
Blanca Cecilia Lleca	11 de Septiembre 2008	Entrevistada 5
Lucia Saravay	11 de Septiembre 2008	Entrevistada 6
Sandra Naula	10 de Septiembre 2008	Entrevistada 7
Rosa Elvira	12 de Septiembre 2008	Entrevistada 8
Maria Elena Patenon	13 de Septiembre 2008	Entrevistada 9
Josefa Viñan	14 de Septiembre 2008	Entrevistada 10
Elvira Miñarcaja	Septiembre 2008	Entrevistada 11
Patricio Aguirre	Abril 2008	Entrevistado 12

Anexos 1 Ficha familiar

12 PLAN DE INTERVENCIÓN		RIESGO		FECHA: 10, 4, 08
PROBLEMA	Actividades	Periodo de intervención	Responsables	Evaluación
TIMORIS FUJERO	CONTROL MEDICO Educación sobre abogación CAYERO	2 ^{da} SEMANA DE 10 de Abril /	SA. VILLALBA Y OROZCO " " " "	JUEGO DE " " "

N-2		FECHA: 10, 4, 08		
PROBLEMA	Actividades	Periodo de intervención	Responsables	Evaluación
				JUEGO DE LMS

Programación de Visita Domiciliaria de Riesgo					
Fecha	Problema	Evolución	Actividad	Responsables	Recomendaciones
10-05-08					

SNS-MSP / HCU-anexo1C / 2007

7 CALIFICACION DEL RIESGO FAMILIAR																					
COMPONENTES Y SUB COMPONENTES		FECHAS DE CALIFICACION																			
		MARCAR "X" Y DESCRIBIR CADA RIESGO SEÑALADO																			
A. RIESGOS BIOLÓGICOS	1. NIÑOS CON ESQUEMA DE VACUNACION INCOMPLETA																				
	2. PERSONAS CON MAL NUTRICION (SOBREPESO O DESNUTRICION)																				
	3. PERSONAS CON ENFERMEDAD CRONICA RECURRENTE																				
	4. EMBARAZADAS CON PROBLEMAS																				
	5. PERSONAS CON DISCAPACIDAD																				
	6. PERSONAS CON PROBLEMAS MENTALES																				
B. RIESGOS SANITARIOS	7. CONSUMO DE AGUA INSEGURA	GRUA ESTU. DODG	X																		
	8. MALA ELIMINACION DE EXCRETAS	NO HAY RECIPTOS PARA DETERMINAR	X																		
	9. MALA ELIMINACION DE DESECHOS SOLIDOS																				
	10. IMPACTO ECOLOGICO POR INTERVENCION INDUSTRIAL	UTILIZACION DE PRODUCTOS QUIMICOS	X																		
C. RIESGOS SOCIO-ECONOMICOS	11. ANIMALES INTRA DOMICILIARIOS		X																		
	12. DESEMPLEO DEL JEFE DE FAMILIA																				
	13. ANALFABETISMO DEL PADRE O LA MADRE																				
	14. ESTRUCTURA FAMILIAR DESINTEGRADA																				
	15. POBREZA CRITICA																				
	16. HACINAMIENTO (MAS DE 3 PERSONAS X DORMITORIO)																				
TOTALES																					
CALIFICACIONES DEL RIESGO (MARCAR "X")		SIN	BAJO	MEDIO	ALTO	SIN	BAJO	MEDIO	ALTO	SIN	BAJO	MEDIO	ALTO	SIN	BAJO	MEDIO	ALTO	SIN	BAJO	MEDIO	ALTO
RESPONSABLE		1. Sin riesgo BAJO				6. Sin riesgo MEDIO				11. Sin riesgo ALTO											

Anexo 2 Ficha intercultural

13 SALUD INTERCULTURAL		FECHA DE ELABORACIÓN	
COMPONENTES Y PREGUNTAS		FECHA DE ELABORACIÓN	
MARCAR "X" Y DESCRIBIR CADA RIESGO SEÑALADO			
A	ETNO EPIDEMIOLOGÍA 1. ¿CUALES SON LAS PRINCIPALES DOLENCIAS DEL CAMPO QUE SE PRESENTAN EN LA FAMILIA?		
B	SALUD ATENCIÓN FAMILIAR 2. ¿CUÁNDO USTED TIENE UNA DOLENCIA QUÉ HACE PRIMERO? 3. ¿POR QUÉ? 4. ¿CUALES SON LOS PRINCIPALES REMEDIOS CASEROS QUE USTED CONOCE? 5. ¿SI CONTINJA CON LA DOLENCIA A DÓNDE ASISTE? 6. ¿POR QUÉ?		
C	PERFIL EPIDEMIOLÓGICO 7. ¿QUÉ ENFERMEDADES HA CURADO EL DOCTOR?		
RESPONSABLE			
D	RECURSOS HUMANOS O SERVICIOS 8. ¿CUALES SON LOS PRINCIPALES SANADORES A LOS QUE USTED ACUDE CUANDO TIENE UNA DOLENCIA? 9. INDIQUE EL LUGAR DE ATENCIÓN DE LOS SANADORES. 10. INDIQUE EL DÍA Y LA HORA ADECUADO PARA SER ATENDIDO POR EL SANADOR. 11. ¿POR QUÉ?		
E	NUTRICIÓN FAMILIAR 12. ¿QUÉ COMERON EN EL DESAYUNO? 13. ¿QUÉ COMERON EN EL ALMUERZO? 14. ¿QUÉ COMERON EN LA MERIENDA?		
F	GÉNERO 15. ¿LAS MUJERES EN CASA DE QUE SUFREN CON FRECUENCIA? 16. ¿POR QUÉ? 17. ¿CÓMO ESTÁ LA RELACIÓN EN LA PAREJA Y CON SUS HIJOS? 18. ¿POR QUÉ? 19. ¿EN CASO DE HABER UN PROBLEMA QUIEN LE AYUDA O CÓMO LO SOLUCIONA? 20. EN QUE SE LES PODRÍA APOYAR A LAS MUJERES		
G	ENTORNO 21. ¿EN CASO DE DOLENCIAS O ENFERMEDADES QUIEN TOMA LA DECISIÓN DE QUE HACER? 22. ¿POR QUÉ SE ENOJA LA PACHAMAMA? 23. ¿QUÉ DOLENCIAS APARECEN EN LA FAMILIA CUANDO SE ENOJA LA PACHAMAMA? 24. ¿QUÉ SE DEBE HACER PARA NO ENOJAR A LA PACHAMAMA?		

*SCS-DPSCH - CCSR / HCU-anexo Interculturalidad / 2007

FICHA FAMILIAR - INTERCULTURALIDAD

13 SALUD INTERCULTURAL		FECHA DE ELABORACIÓN	
COMPONENTES Y PREGUNTAS		FECHA DE ELABORACIÓN	
MARCAR "X" Y DESCRIBIR CADA RIESGO SEÑALADO			
A	ETNO EPIDEMIOLOGÍA 1. ¿CUALES SON LAS PRINCIPALES DOLENCIAS DEL CAMPO QUE SE PRESENTAN EN LA FAMILIA?		
B	SALUD ATENCIÓN FAMILIAR 2. ¿CUÁNDO USTED TIENE UNA DOLENCIA QUÉ HACE PRIMERO? 3. ¿POR QUÉ? 4. ¿CUALES SON LOS PRINCIPALES REMEDIOS CASEROS QUE USTED CONOCE? 5. ¿SI CONTINJA CON LA DOLENCIA A DÓNDE ASISTE? 6. ¿POR QUÉ?		
C	PERFIL EPIDEMIOLÓGICO 7. ¿QUÉ ENFERMEDADES HA CURADO EL DOCTOR?		
RESPONSABLE			
D	RECURSOS HUMANOS O SERVICIOS 8. ¿CUALES SON LOS PRINCIPALES SANADORES A LOS QUE USTED ACUDE CUANDO TIENE UNA DOLENCIA? 9. INDIQUE EL LUGAR DE ATENCIÓN DE LOS SANADORES. 10. INDIQUE EL DÍA Y LA HORA ADECUADO PARA SER ATENDIDO POR EL SANADOR. 11. ¿POR QUÉ?		
E	NUTRICIÓN FAMILIAR 12. ¿QUÉ COMERON EN EL DESAYUNO? 13. ¿QUÉ COMERON EN EL ALMUERZO? 14. ¿QUÉ COMERON EN LA MERIENDA?		
F	GÉNERO 15. ¿LAS MUJERES EN CASA DE QUE SUFREN CON FRECUENCIA? 16. ¿POR QUÉ? 17. ¿CÓMO ESTÁ LA RELACIÓN EN LA PAREJA Y CON SUS HIJOS? 18. ¿POR QUÉ? 19. ¿EN CASO DE HABER UN PROBLEMA QUIEN LE AYUDA O CÓMO LO SOLUCIONA? 20. EN QUE SE LES PODRÍA APOYAR A LAS MUJERES		
G	ENTORNO 21. ¿EN CASO DE DOLENCIAS O ENFERMEDADES QUIEN TOMA LA DECISIÓN DE QUE HACER? 22. ¿POR QUÉ SE ENOJA LA PACHAMAMA? 23. ¿QUÉ DOLENCIAS APARECEN EN LA FAMILIA CUANDO SE ENOJA LA PACHAMAMA? 24. ¿QUÉ SE DEBE HACER PARA NO ENOJAR A LA PACHAMAMA?		

*SCS-DPSCH - CCSR / HCU-anexo Interculturalidad / 2007

FICHA FAMILIAR - INTERCULTURALIDAD