

Article

Salud e interculturalidad en Ecuador: las mujeres indígenas como sujetos de intervención de las políticas públicas

CARMEN MOZO GONZÁLEZ

Departamento de Antropología, Universidad de Sevilla

Resumen. El presente texto se va a centrar en analizar las políticas públicas de salud intercultural en Ecuador, tomando como referente empírico la región interandina ecuatoriana y como referente temporal el periodo que se inicia en la década de los noventa del siglo XX, con el objetivo de visualizar cuál es la concepción y el lugar que ocupan los pueblos indígenas en ellas y, especialmente, las mujeres indígenas ecuatorianas. Para ello, nos centraremos en el “parto culturalmente adecuado”, actuación estrella de estas políticas y al mismo tiempo ilustración de cómo las mujeres indígenas se convierten en sujetos de intervención de las mismas; en concreto, nos ocuparemos del caso del Hospital San Luis de Otavalo, en la provincia de Imbabura, una de las experiencias de incorporación de la “medicina tradicional” al Sistema Nacional de Salud más señeras y publicitadas por el gobierno ecuatoriano.

Palabras clave. Políticas públicas, salud intercultural, parto culturalmente adecuado, mujeres indígenas.

Abstract. This text focuses on the analysis of the Intercultural Health Public Policy at Ecuador, using the Inter-Andean region of Ecuador as the empirical reference, and using the period in the beginning of the 1990s at the 20th Century as the timeframe. The aim is to show the conception and the location of indigenous persons in them, and in particular indigenous Ecuadorian women. To this end, we will focus on the “culturally appropriate childbirth”, a main action on these policies and, at the same time, an example of how indigenous women become intervention subjects in them. Specifically, we will deal with the case of the Hospital of San Luis in Otavalo, in the province of Imbabura, one of the most outstanding and publicized experiences of integrating “traditional medicine” into the National Health System, by the Ecuadorian government.

Keywords. Public policy, intercultural health, “culturally appropriate childbirth”, indigenous women.

El presente texto se va a centrar en analizar el campo de la salud intercultural en Ecuador, tomando como referente empírico la región interandina ecuatoriana, zona geográfica con los más altos índices de concentración de población indígena quichua; y como referente temporal el periodo que se inicia en la década de los noventa del siglo XX, pues

es a partir de dicha época cuando se empieza a dar cabida en las políticas públicas a lo que inicialmente se denominó “salud indígena” y, posteriormente, “salud intercultural”.

El análisis que presentamos está basado en un trabajo de campo realizado durante dos estancias en Ecuador, en 2012 y en 2014 respectivamente¹, durante las cuales se consultaron las principales fuentes documentales relativas a las políticas públicas de salud intercultural y se realizaron entrevistas en profundidad a personas vinculadas a este campo que ocupan o han ocupado diferentes cargos en la administración pública, en instituciones de cooperación internacional, en organizaciones indígenas y sociales, en asociaciones de profesionales médicos y de terapeutas tradicionales, y en el ámbito académico. Así mismo, se visitaron las principales experiencias en salud intercultural implementadas en las provincias de Chimborazo y de Imbabura y secundariamente en otros lugares del país.

Para el análisis que nos ocupa en esta ocasión, trataremos de visualizar cuál es la concepción y el lugar que ocupan los pueblos indígenas en dichas políticas y, especialmente, las mujeres indígenas ecuatorianas. Para ello, estructuraremos nuestro texto exponiendo la evolución de las políticas públicas en salud intercultural para, en un segundo momento, centrarnos en el “parto culturalmente adecuado” como foco de las mismas y, al mismo tiempo, ilustración de cómo y con qué objeto las mujeres indígenas se convierten en sujetos de intervención de estas políticas; en concreto, nos ocuparemos del caso del Hospital San Luis de Otavalo, en la provincia de Imbabura, una de las experiencias de incorporación de la “medicina tradicional”² al Sistema Nacional de Salud más publicitadas por el gobierno ecuatoriano. Finalizaremos, por último, con una reflexión sobre los usos y los significados de la interculturalidad en las políticas públicas de salud y sus consecuencias de cara a las reivindicaciones de los pueblos indígenas políticamente organizados en Ecuador.

1. La salud intercultural en el contexto de las reivindicaciones de los pueblos indígenas ecuatorianos

Para hablar de políticas de salud intercultural en Ecuador hay que retrotraerse a la década de los noventa del siglo XX cuando, fruto de la movilización del movimiento indígena, el Estado redactó una nueva Constitución, la de 1998, que reconoce a la “medicina tradicional” y garantiza a los pueblos indígenas el derecho a practicarla, recogiendo las propuestas políticas de las organizaciones indígenas representadas fundamentalmente en la Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador (CONAIE)³. En concreto, el artículo 44 estipula que “El Estado (...) reconocerá, respetará el desarrollo de las medicinas tradicional y alternativa, cuyo ejercicio será regulado por la ley e impulsará el avance científico y tecnológico en el área de salud, con sujeción a principios bioéticos”. Y el 84:

¹ En el marco del Proyecto I+D+I 2012-2014 titulado “Impactos del reconocimiento de la interculturalidad y la plurinacionalidad en los sistemas educativo, cultural y de salud de Ecuador” dirigido por el Dr. Isidoro Moreno de la Universidad de Sevilla.

² Las medicinas características de los diferentes pueblos indígenas en Ecuador han recibido distintas denominaciones. Utilizaremos “medicina tradicional” o “medicina ancestral” por ser el término que se ha institucionalizado.

³ “Propuesta de la Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador (CONAIE). Identidad y cultura, educación y salud”, Consejo Directivo de la CONAIE, Quito-Ecuador, Diciembre de 1993, pp 173-192, en Terán y Malo (comp.) (1995).

El Estado reconocerá y garantizará a los pueblos indígenas, de conformidad con esta Constitución y la ley, el respeto al orden público y a los derechos humanos, los siguientes derechos colectivos; 84.12- A sus sistemas, conocimientos y prácticas de medicina tradicional, incluso el derecho a la protección de los lugares rituales y sagrados, plantas, animales, minerales y ecosistemas de interés vital desde el punto de vista de aquélla.

El 13 de septiembre de 1999 se crea la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas (DNSPI), de ámbito estatal, la cual trabaja en colaboración con las organizaciones indígenas. Dado que es desde este dispositivo institucional desde donde se implementan las políticas públicas de salud intercultural, resulta necesario mencionar, brevemente, cuáles han sido sus cambios nominales y de competencias. Y lo es porque son una expresión tanto del tipo de políticas públicas y del concepto de interculturalidad subyacente a las mismas como del tipo de participación otorgada a las organizaciones indígenas en ellas.

Los primeros años de funcionamiento de la DNSI fueron años ilusionantes, años en los que se incorpora a la institución personal indígena y se inicia una labor de reconocimiento y fortalecimiento de la “medicina tradicional” y de sus legítimos representantes. En el 2003, la DNSPI pasa a designarse Dirección Nacional de Medicina Intercultural, desapareciendo los pueblos indígenas de la denominación de la institución y apareciendo, en su lugar, el término interculturalidad. Este cambio nominal se traduce, a su vez, en una ampliación de la población a la que se dirigen las políticas de la institución, que ya no es sólo la población indígena sino también el pueblo montubio y fundamentalmente el afroecuatoriano, cuyos derechos había reconocido la Constitución “en todo aquello en que les sea aplicable”. Así mismo, se amplían los sistemas médicos que incluye incorporándose, junto a la “medicina tradicional”, las llamadas “medicinas alternativas” también reconocidas previamente en la Constitución (Mozo, 2016)⁴.

En el año 2008 la nueva Constitución aprobada bajo el gobierno de Rafael Correa supuso la consagración jurídica de los principios de la plurinacionalidad y la interculturalidad. El texto constitucional hace referencias explícitas al ámbito de la salud, que es contemplada como un derecho fundamental garantizado por el Estado y como un eje estratégico para el desarrollo y el logro del Buen Vivir o *Sumak Kawsay*⁵. Además de incorporar los derechos reconocidos en la anterior Constitución, se insta a promover la complementariedad entre los diferentes sistemas médicos y a incorporarlos a la red pública de salud. Sin embargo, en pocos años, el Ministerio de Salud Pública inicia un proceso de reforma, reestructuración y consolidación del Sistema Nacional de Salud y en enero de 2013 crea la Dirección Nacional de Interculturalidad, Derechos y Participación Social, en el marco del nuevo “Modelo de Atención Integral a la Salud”⁶. Esta remodelación incorpora dos áreas nuevas: “Promoción de Derechos, Género e Igualdad” y “Participación Social” -de todos los sectores de la población-. En este Modelo, la interculturalidad se entiende como un eje

⁴ En este último cambio se reconoce el papel que tuvieron los representantes de estas medicinas, especialmente el colectivo de los homeópatas.

⁵ Según fuentes ministeriales, “Es una concepción andina ancestral de la vida que se ha mantenido vigente en muchas comunidades indígenas hasta la actualidad. Sumak significa lo ideal, lo hermoso, lo bueno, la realización; y Kwasay es la vida, en referencia a una vida digna, en armonía y en equilibrio con el universo y el ser humano. En síntesis el Sumak Kwasay significa la plenitud de la vida” (Ariruma Kowii, citado en MSP (2012)).

⁶ Modelo de Atención Intercultural de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural (MAIS-FCI), MSP, 2012.

transversal a las políticas públicas, en un planteamiento que superaría, según se afirma, su homologación con la salud indígena que caracterizaba a épocas anteriores.

Como se puede observar, la nueva concepción de la interculturalidad -que apenas menciona la plurinacionalidad- implica en la práctica la atención a la totalidad de los sectores sociales (grupos étnicos, mujeres, jóvenes, minorías sexuales...) y ha ampliado sus áreas de trabajo, aunque esto no ha ido acompañado de un aumento del personal ni del presupuesto. En paralelo, se ha producido un proceso de desacreditación de la participación que las organizaciones indígenas habían llevado a cabo en la década anterior y la acción gubernamental se ha desvinculado del movimiento indígena, al que acusa de demandante, poco constructivo y demagógico. Dos testimonios, expresados por mujeres situadas en las dos posiciones políticas que enfrenta este conflicto, coinciden en señalar la problemática, si bien divergen en su interpretación. Una de ellas, funcionaria del Ministerio ligada a las organizaciones indígenas, se lamenta de que:

Hasta hace algún tiempo había un vínculo entre el proceso organizativo-social del movimiento indígena y la estructura ministerial, de forma que rendíamos cuenta del avance que se venía haciendo. Se rendía cuentas en grandes asambleas y congresos de estas organizaciones, pero ya (...) hay un divorcio total.

La otra, asesora del gobierno de Rafael Correa en su primer mandato, afirma: “Existía una gestión compartida entre el Estado y las organizaciones. Pero eso daba lugar también a redes de influencia y de clientelismo por el lado de las organizaciones”.

Constatar cómo se está usando la interculturalidad sin hacer referencia a la plurinacionalidad es crucial, ya que hay que tener presente que esta última fue una aportación del movimiento indígena representado políticamente en la CONAIE y que para ellos, la primera pasa necesariamente por la implementación política de la segunda. En palabras de Boaventura de Sousa Santos (2009:38), “la interculturalidad es la manera específica de cómo cada sociedad organiza su plurinacionalidad”. Para la CONAIE, la construcción de un estado plurinacional lleva implícita “la utopía de una relación intercultural equitativa donde todos los pueblos indígenas representados como “nacionalidades” tuvieran un control sobre sus prácticas, sus recursos y sus formas de vivir, incluyendo sus sistemas normativos, sus instituciones y sus sistemas económicos” (Muyolema, 2015:6). Esta visión de la interculturalidad no se restringe solo a las interrelaciones sino que abarca el fortalecimiento de lo propio, aquello que consideran subalternizado por el colonialismo (Walsh, 2007).

Es innegable que el reconocimiento constitucional de la medicina tradicional y su consecuente legalización fue un logro político muy importante ya que hay que tener en cuenta que, hasta 1998, su práctica había estado prohibida y perseguida. Así mismo, hay que nombrar la labor desarrollada para reconocer y fortalecer a la medicina tradicional y para legitimar a sus agentes, y el peso simbólico de dicha legitimación. Sin embargo, y pese a todo, resulta necesario reflexionar sobre el significado y el uso político de un término que ha devenido central en la política institucional en un Estado que se caracteriza, de facto, por su diversidad étnica. Cuando el actual gobierno ecuatoriano habla de políticas de salud intercultural constatamos que está haciendo referencia a la labor de atención a una población que es, efectivamente, culturalmente diversa, formulándose interrogantes del tipo: ¿cómo nos capacitamos para atenderla?; ¿cómo ganamos en sensibilidad y empatía hacia los y las pacientes diferentes (los “otros” étnicos)?; ¿cómo atendemos a

sus necesidades y expectativas? De esta forma, se han impartido diferentes programas de capacitación dirigidos a los y las profesionales sanitarios con el objetivo de formarlos en el conocimiento de dicha diversidad cultural y acortar así lo que la administración denomina “brechas culturales”. En realidad, este tipo de actuaciones, que no han ido más allá de acciones puntuales en la práctica generalmente financiadas por la cooperación internacional y, por tanto, sujetas a fluctuaciones y discontinuidades, podríamos enmarcarlas dentro de las políticas de gestión de la multiculturalidad o del interculturalismo neoliberal “funcional al Estado nacional y al sistema socioeconómico vigente” (Tubino, 2005: 6).

En el mismo sentido, la interculturalidad se ha entendido como el establecimiento de una mejor relación entre los y las sanadoras de la medicina tradicional y los y las profesionales biomédicos o alopáticos tendente a superar suspicacias y a generar actitudes de confianza y respeto mutuo. El problema de estas voluntades es que se formulan en el marco de un planteamiento que no ahonda en la desigualdad y jerarquía de un sistema sobre otro, de la hegemonía política y cultural biomédica y que, por tanto, no propone medidas políticas, las únicas que podrían realmente provocar una transformación estructural. Las experiencias de incorporación de la medicina tradicional a los hospitales y centros de salud con el objetivo de crear unidades conjuntas de atención han sido pocas, han estado generalmente vinculadas a voluntades individuales de diverso tipo y así mismo ligadas a la financiación de la cooperación internacional. No se han generado directrices estatales ni se ha elaborado un marco legislativo. La práctica institucional sigue siendo biomédica, lo que significa que los esfuerzos gubernamentales por fortalecer el sector público de salud, debilitado y fragmentado, se han centrado en aumentar la cantidad y la calidad de las prestaciones pero sin cuestionar el tipo de atención sanitaria ofertada. La revisión del sistema biomédico sigue pendiente. En consecuencia, tampoco se ha modificado la formación académica de las y los nuevos profesionales sanitarios, salvo ciertos cambios curriculares introducidos en el ámbito de la obstetricia.

Y, lo que es más importante, y en relación a esta última cuestión, a pesar de que los objetivos de las políticas públicas en salud intercultural son formalmente más amplios, en la práctica, y no sólo en la práctica⁷, se restringen en gran medida a la implementación del parto domiciliario, de lo que ha venido a denominarse “parto culturalmente adecuado” o “parto vertical” en el ámbito hospitalario. Al respecto de la denominación, Mercedes, mujer quichua otavaleña, universitaria, partera, líder de su comunidad y miembro de la FICI⁸, explica su trabajo en salud intercultural en la Dirección Provincial de Salud de Imbabura (provincia de Sierra con altas tasas de población indígena), y señala con una sonrisa irónica:

Nosotros hablamos como parto en la casa pero los científicos, los conocedores dicen: “parto vertical”. Y ahora está puesto como norma de adecuación cultural al parto. Cada quien inventando cosas. Para nosotros es parto en la casa, con apoyo de familiares, así. Nosotros le dijimos al director: queremos implementar el parto vertical. ¡Hay que hablar con palabras técnicas para los directores!

⁷ El ya citado Modelo de Atención Integral a la Salud MAIS-FCI, cifra los avances realizados por el MSP a través de la Dirección Nacional de Interculturalidad en “la incorporación del enfoque intercultural y la adecuación cultural de los servicios, particularmente de los servicios de atención a la mujer embarazada y la atención del parto” (p. 40).

⁸ Federación Indígena Campesina de Imbabura, actualmente Federación de Pueblos Kichwas de la Sierra Norte de Ecuador, miembro de la CONAIE.

Es precisamente en el marco del “parto culturalmente adecuado” donde cobran visibilidad analítica las mujeres indígenas como sujetos de intervención de las políticas públicas, bien como pacientes, bien como agentes de salud tradicionales.

2. La centralidad del “parto culturalmente adecuado” en las políticas de salud intercultural

El contexto en el que adquiere protagonismo lo que se ha venido a denominar “parto culturalmente adecuado” en las políticas públicas de salud intercultural se relaciona con el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio establecidos por Naciones Unidas en el año 2000, y, más en concreto, con el número 4 (ODM4), “Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años”, y con el número 5 (ODM5), “Mejorar la salud materna”. Este último apunta hacia la reducción de la muerte materna que se produce durante el parto o postparto a causa de hemorragias, eclampsia, sepsis y complicaciones por abortos producidos en condiciones difíciles. Para ello, considera fundamental tanto la asistencia de “personal sanitario cualificado” en la atención al parto, entendiendo por cualificación la formación biomédica, como la realización de controles prenatales. Puesto que las provincias con mayor mortalidad materna son las más pobres y con mayor población rural e indígena, y dado también que los índices de parto domiciliario son mayores entre las mujeres indígenas, se empieza a insistir en el “parto culturalmente adecuado” para lograr que éstas acudan a dar a luz al hospital. De lo que se trata es de reproducir en el hospital las condiciones en las que las mujeres dan a luz en sus casas con el objetivo de reducir las “brechas culturales” existentes y atenderlas desde el respeto a las creencias, saberes y prácticas propias. Para ello, en algunos hospitales se implementan salas de parto que constan de luces graduables, calefacción, espalderas y cuerdas colgadas del techo para permitir las distintas posiciones verticales que la mujer quiera adoptar (cuclillas, de pie, de rodillas...), diferentes plantas para hacer infusiones (“agüitas”), panela (jugo de caña de azúcar solidificado), decoración con motivos andinos, autorización para llevar la propia vestimenta, permiso para el acompañamiento de familiares, corte del cordón umbilical según estándares culturales o entrega de la placenta. Narra una partera:

A veces las pacientes quieren llevarse la placenta. Son mitos o creencias de que si se le bota la placenta luego la madre se va a resfriar, va a presentar enfermedades y su hijo cuando sea grande se va a alejar muchos de su madre y se va a ir por mal camino. Entonces como es algo de la madre la placenta, prefieren enterrarlas en casa.

Estas salas siguen las recomendaciones recogidas por la *Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado* que publica el Ministerio de Salud Pública en 2008 y en la que se afirma que “La atención del parto culturalmente adecuado permite superar algunas de las barreras que desmotivan a las mujeres embarazadas y su familia a concurrir a los servicios de salud para recibir atención sanitaria durante su embarazo y parto” (p. 29).

2.1 El caso del Hospital San Luis de Otavalo

El Hospital San Luis de Otavalo, en la provincia de Imbabura, constituye una de las experiencias en salud intercultural más nombradas, señaladas y destacadas en Ecuador,

así como reconocida y premiada por las organizaciones internacionales⁹. La experiencia se denominó “Hacia la construcción de un modelo de salud reproductiva con enfoque intercultural en el Hospital San Luis de Otavalo: implementación de la sala de parto culturalmente adecuado” y contaba con la financiación del Fondo de Población de Naciones Unidas, Care-Internacional Ecuador y el municipio de Otavalo, junto con la colaboración del Centro de Salud Jambi Huasi, promotor de la propuesta. En noviembre de 2012 realicé una visita al Hospital con el objetivo de conocer la experiencia. Ningún elemento visible en la estructura organizativa del Hospital anunciaba la presencia de una concepción intercultural de la salud en la institución, salvo el hecho, entiendo que ya de por sí significativo de una determinada interpretación de la interculturalidad, de que todos los carteles indicativos estaban en quichua. Me recibió una obstetra que me condujo a las dependencias donde estaba la sala de parto vertical, anexa a la sala de parto horizontal. Sin más preámbulos me proporcionó una bata, unos patucos y un gorro pertenecientes al personal sanitario, y me introdujo en la sala a modo de visita guiada. La cuestión no hubiera tenido más relevancia si no hubiese sido por el hecho de que en esos momentos una mujer estaba dando a luz y de que ello no constituyó ningún impedimento para que la obstetra prosiguiese su explicación en la sala. Aunque nadie pareció advertir nuestra presencia, lo cierto es que dos profesionales, una sanitaria y otra académica, ingresaban en un espacio que las concepciones culturales indígenas en torno al parto recogidas en la *Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado* definían como un espacio privado e íntimo; un espacio al que había que respetar y cuidar con sumo esmero y en el que el pudor cobraba una importancia cultural central. La previa capacitación intercultural de la obstetra no pareció ser suficiente para transformar las concepciones y prácticas culturales biomédicas que acompañan al parto hospitalario, en el cual se expone de forma normalizada a las mujeres a la mirada de los profesionales: la “adecuación cultural”; la recreación de un ambiente “donde se respeten las costumbres de nuestra gente otavaleña”, como me explicaría más tarde el director del Hospital, no conseguía modificar la formación biomédica en la asistencia al parto y a las parturientas.

De la experiencia que acabo de narrar se puede extraer también otra conclusión que tiene relación con el discurso sobre la importancia de las mujeres indígenas en el mantenimiento de la salud de sus comunidades, discurso en el que, en este caso, confluyen el Estado y el movimiento indígena. Efectivamente, en el marco del reconocimiento constitucional y fortalecimiento de la medicina tradicional, se ha ido desarrollando progresivamente un discurso que, amparado en el *Sumak Kwasay*, enfatiza el papel de las mujeres indígenas, concretamente de las mujeres indígenas campesinas, como depositarias de los conocimientos ancestrales en materia de salud básica y preventiva, esto es, en el ámbito de lo que los enfoques feministas en ciencias sociales denominan los trabajos de cuidado, de producción y reproducción de la vida humana. Sin embargo, como es posible observar, en la práctica clínica esas mismas mujeres aparecen sólo como objetos de intervención. Paradójicamente su capacidad de agencia en tanto depositarias de los conociemien-

⁹ En el año 2012 fue ganadora del “Concurso Nacional Buenas Prácticas en Maternidad Segura” promovido por la Organización Panamericana de la Salud como parte de la Iniciativa Maternidad Segura cuyo objetivo era incitar a “los países de las Américas” a aumentar sus esfuerzos para alcanzar el quinto objetivo del Desarrollo del Milenio. Además, en el ámbito regional, la experiencia permitió a Ecuador obtener el segundo puesto en la categoría de instituciones prestadoras de salud de un total de 121 experiencias presentadas por 22 países de la región.

tos sobre salud básica y preventiva desaparece a su llegada al Sistema Nacional de Salud donde son vistas sólo como usuarias culturalmente diferentes. Por lo tanto, si uno de los objetivos de las políticas de salud intercultural perseguía paliar las condiciones de discriminación e inequidad desde las que se había atendido secularmente a las mujeres indígenas, a las denominadas despectivamente “las marías”, utilizando una expresión racista y sexista común entre el personal sanitario para referirse a ellas, podemos afirmar que estas han pasado hoy de ser las violentadas a ser las “culturalmente respetadas”, las consideradas “diferentes” pero, finalmente, ignorantes, puesto que en la práctica se sigue sin reconocer sus saberes, unos saberes que sin embargo teóricamente se ensalzan.

Si no se ha logrado modificar la concepción cultural biomédica sobre el parto ni sobre las parturientas, tampoco se ha conseguido subvertir la relación de desigualdad que atraviesa la relación con la medicina indígena. Profundizando en esta cuestión, el modo en el que tanto el director del Hospital como la obstetra entrevistada se expresan revelan cómo la dicotomía nosotros/ellos sigue presente y la jerarquización de esos pares dicotómicos también: el Hospital como institución asistencial biomédica por excelencia autoriza ciertos cambios, siempre que no contradigan los preceptos básicos de la concepción cultural que rige su actuación. Así, el director narra cómo:

Hemos adaptado la realidad hospitalaria hacia ese concepto que tienen la mayoría de la población, que es la población indígena kichuaotavalo que está ubicada aquí en este sector. (...) *se les permite* ingresar por ejemplo con un familiar, con la suegra o la mamá, o la señora partera, o una señora de confianza, *sólo una* (...) *Nosotros permitimos ciertos cambios* que van de acuerdo a las costumbres de ellos por ejemplo tomarse un agüita de una yerba, comer panela en el momento del parto (...) (el énfasis es mío).

Los límites de los *cambios* tienen como criterio principal garantizar un parto seguro. Como plantean Hidalgo y Mideros (2011):

De inmediato las preguntas fundamentales que permitan un planteamiento que pudiera resolver la tensión entre el universalismo hegemónico del modelo técnico-médico y una perspectiva basada en el respeto de los derechos humanos de las mujeres: ¿Cuáles son los estándares de calidad y seguridad en la atención del parto que respetan y garantizan los particularismos culturales y las necesidades locales? ¿Se justifica el uso de estándares únicos supraculturales?

El director explica también que la sala es atendida por médicos y obstetras y que las parteras “pueden venir tranquilamente. En ciertos casos la partera viene trayendo pacientes, si gusta puede ingresar inclusive al parto. Hay ocasiones en que únicamente les refieren, entonces vienen solas las señoras”. Y la obstetra añade que “si es que la paciente viene con una partera, se la hace ingresar a la partera para que *nos ayude* en su labor en la atención en el parto”, constatando con la expresión *nos ayude* la división social del trabajo existente entre personal sanitario y terapeutas tradicionales que señala quién desempeña el trabajo central y quién ayuda en esa labor.

2.2 El rol de las parteras en el Hospital

Dado que en esta reconstrucción del parto tradicional son las parteras las que atienden a las mujeres, estas salas han generado la necesidad, como acabamos de ana-

lizar, de incorporarlas a los hospitales y, por tanto, el problema de cómo hacerlo y en qué condiciones.

Para ilustrar el debate que ha generado esta cuestión, seguiremos con el caso que nos ocupa. En el año 2008 se incorporaron trece parteras al Hospital San Luis de Otavalo que hacían turnos rotativos y recibían una remuneración del municipio en colaboración con UNFPA. “Permanecían ellas porque tenían un horario de 12 horas. Entonces entraban de ocho de la mañana a cinco de la tarde. Ingresaban siete de la noche y salían ocho de la mañana. Entonces eran trece parteras que se rotaban todo el mes”, explica la obstetra. A finales del 2012 deja de llegar la remuneración, una vez finalizados los fondos de UNFPA y, en consecuencia, y pasados unos meses, las parteras cesan de acudir al Hospital. Hasta el momento presente, el Ministerio sigue pendiente de generar directrices¹⁰ y el rol de las parteras sigue en proceso de discusión. Entre tanto, es necesario constatar que para el Estado, las parteras son, o han sido, funcionales como vía de contacto con las mujeres indígenas rurales, no sólo para atraerlas a un parto hospitalario, el único considerado seguro, sino también como una vía para acceder a las comunidades desde los centros de atención primaria o Nivel I de Atención. La experiencia desarrollada en el Subcentro de Salud de Ilumán, pequeña localidad parroquial del Cantón de Otavalo, denominada *Red de Intervención Comunitaria para la Reducción de la Muerte Materna y Neonatal en el SCS Ilumán* también fue premiada a la vez que el Hospital de San Luis. La doctora al cargo de dicha experiencia explica:

Articular a la señora partera quien nos colabora en los controles prenatales y posparto y nos da apertura hacia la gente (...), que la gente nos dé la confianza que necesitamos como equipo de salud. Ya no sólo somos el equipo de salud frío que iba a buscar a un paciente enfermo. Ya somos una complementariedad con una persona de la comunidad que nos colabora y que ellos le tienen un apego, un aprecio diferente al que tienen al Subcentro de Salud.

Así el personal sanitario, junto a la partera, visitaba los domicilios de las mujeres embarazadas y les explicaba la importancia de realizar los controles prenatales y posparto exigidos por la norma biomédica. En estas visitas no entraban en juego los saberes y prácticas de las parteras, ya que estas eran meras acompañantes, pero el hecho de hablar el mismo idioma y pertenecer a la misma comunidad las hacían acreedoras de confianza y las convertían en vía de acceso clara a los domicilios. Tampoco aquí hubo remuneración de las parteras más allá de alguna bonificación mientras duraron los fondos de la UNFPA.

En el caso que acabamos de narrar, y si bien a nivel microsocioal podemos hablar de colaboración entre personas portadoras de saberes y experiencias diferentes, ¿en qué condiciones desempeñan su labor el personal sanitario y las parteras, teniendo en cuenta que los primeros son empleados públicos y las segundas meras voluntarias? Y, ¿cuál es el objetivo último de esta colaboración sino mejorar un tipo de atención, la biomédica, que sigue sin ser cuestionada?

¹⁰ Ya en el año 2008 la *Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado* elaborada por el Ministerio de Salud Pública instaba a que se definiera el rol de las parteras en el Sistema Nacional de Salud para que estas pudieran acceder a una “participación institucionalizada” en los procesos de atención del parto culturalmente adecuado. Desde entonces se han elaborado diferentes informes y documentos como por ejemplo *Definición del rol de las parteras en el Sistema Nacional de Salud de Ecuador*. Informe de la Consultoría preparada por Center for Human Services, CHS/Ecuador, MSP, Marzo 2010.

3. Conclusión

Ante todo lo anteriormente narrado, ¿cómo podemos entender la centralidad del “parto culturalmente adecuado” en las políticas públicas de salud intercultural? Tentativamente, me parece que focalizar los esfuerzos en reducir la “brecha cultural” proporcionando un “parto culturalmente adecuado” a las mujeres indígenas permite incidir en un hecho aislable, que se medicaliza, esto es, se redefine como un problema médico y que por tanto necesita de atención hospitalaria (modo cultural de atención asistencial del modelo biomédico) y ahorra, por un lado, la discusión sobre cómo construir una atención asistencial intercultural y, por otro, la discusión sobre las transformaciones socioeconómicas y políticas que incidirían, ellas también, en una mejora de la salud materna, utilizando la expresión del Objetivo de Desarrollo del Milenio número 5. Cuestiones ambas reivindicadas por los pueblos indígenas políticamente organizados en Ecuador.

Las políticas de salud intercultural en Ecuador tienen como base un planteamiento que se elabora en términos de “ajustes” del Sistema Público de Salud para atender a una población culturalmente diversa, ajustes que no cuestionan la lógica monocultural de dicho sistema: el sistema de salud oficial, biomédico, ha de modificarse, ha de introducir cambios, ha de sensibilizarse y capacitarse para mejorar su atención a una población culturalmente diferente, de la cual se afirma que posee un sistema médico propio pero al cual no se reconoce como interlocutor directo. Si entendemos la interculturalidad como un diálogo de saberes y prácticas, reconocidas previamente en igualdad a través de políticas plurinacionales que, como hemos señalado, brillan por su ausencia, el resultado de ese diálogo habría de ser necesariamente la construcción de un nuevo modelo de atención a la salud. Sin embargo, como no se cuestiona la lógica monocultural, las políticas públicas en salud intercultural finalmente pueden suponer un riesgo de homogeneización cultural porque, al dirigirse a un número cada vez mayor de población, contribuyen a reducir el pluralismo asistencial realmente existente y facilitan un afianzamiento y una expansión del sistema biomédico.

4. Referencias

- (2012) *Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI)*, Quito.
- CHS/Ecuador, MSP (2010), *Definición del rol de las parteras en el Sistema Nacional de Salud de Ecuador*, Quito.
- CONAIE (1993), “Propuesta de la Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador (CONAIE). Identidad y cultura, educación y salud”, en C. Terán, M. Malo, M. (comp.) (1995), *Políticas de salud y pueblos indios*, Universidad Andina Simón Bolívar, MSP-OPS-OMS, Abya-Yala, Quito, pp. 173-192.
- Hidalgo, P., Mideros, R. (2011), *Pariendo como indias: el don de las indígenas en la salud de las mujeres ecuatorianas. Reflexiones sobre la tensión entre universalismo y particularismo en la atención del parto*. Mimeografiado.
- Mozo, C. (2016), “Políticas públicas en salud intercultural y movimiento indígena en Ecuador: historia de un desencuentro”, en I. Moreno (ed.), *Interculturalidad y plurinacionalidad: los casos de Ecuador y el Estado Español*, Editorial Aconcagua, Sevilla.

- MSP (2008), *Guía Técnica para la atención al parto culturalmente adecuado*, MSPE, Quito.
- Muyolema, A. (2015), *La CONAIE en el ojo del huracán del correísmo*; Actualmente consultable en el sitio web: <<http://alternativas.osu.edu/assets/files/Issue4/conversa/muyolema.pdf>>.
- Sousa de Santos, Boaventura (2009), *Las paradojas de nuestro tiempo y la plurinacionalidad*, en A. Acosta, E. Martínez (comp.), *Plurinacionalidad. Democracia en la diversidad*, Ediciones Abya-Yala, Quito, pp. 21-62.
- Tubino, F. (s/f), *Del interculturalismo funcional al interculturalismo crítico*; actualmente consultable en el sitio web: <<http://red.pucp.edu.pe/wp-content/uploads/biblioteca/interfuncional.pdf>>.
- Waslh, C. (2007), “Interculturalidad y colonialidad del poder. Un pensamiento y posicionamiento otro desde la diferencia colonial”, en J.L. Saavedra (comp.), *Educación superior, interculturalidad y descolonización*, PIEB, Bolivia, pp. 175-213.