

Derechos sexuales y derechos reproductivos en Ecuador: disputas y cuentas pendientes

Ana María Goetschel, Gioconda Herrera y Mercedes Prieto, coordinadoras

© 2020 FLACSO Ecuador

Mayo de 2020

Cuidado de la edición: Editorial FLACSO Ecuador

ISBN FLACSO: 978-9978-67-531-1 (pdf)

ISBN Abya-Yala: 978-9942-09-686-9 (pdf)

doi: <https://doi.org/10.46546/20201savia>

FLACSO Ecuador

La Pradera E7-174 y Diego de Almagro, Quito-Ecuador

Telf.: (593-2) 294 6800 Fax: (593-2) 294 6803

www.flacso.edu.ec

Ediciones Abya-Yala

Av. 12 de Octubre 14-30 y Wilson, bloque A UPS,

Quito-Ecuador

Telf.: (593-2) 396 2800 Fax: (593-2) 250 6267

editorial@abyayala.org.ec

www.abyayala.org

Derechos sexuales y derechos reproductivos en Ecuador : disputas y cuentas pendientes / coordinado por Ana María Goetschel, Gioconda Herrera y Mercedes Prieto. Quito : FLACSO Ecuador : Abya-Yala, 2020

xvi, 306 páginas : ilustraciones, figuras, gráficos, mapas, tablas

Incluye bibliografía

ISBN (FLACSO): 9789978675311 (pdf)

ISBN (Abya-Yala): 9789942096869 (pdf)

DERECHOS DE LA MUJER ; DERECHOS REPRODUCTIVOS; ABORTO ; POLÍTICA SOCIAL ; CLASES SOCIALES; GÉNERO ; ETNOGRAFÍA ; ADOLESCENCIA ; ECUADOR. I. GOETSCHEL, ANA MARÍA, COORDINADORA II. HERRERA, GIOCONDA, COORDINADORA III. PRIETO, MERCEDES, COORDINADORA

342.0878 - CDD

Índice de contenidos

Agradecimientos	VI
Lista de siglas y acrónimos.	VII
Introducción. Apuntes sobre la disputa por los derechos sexuales y reproductivos en Ecuador	1
<i>Ana María Goetschel y Gioconda Herrera</i>	

PARTE 1

DERECHOS SEXUALES, DERECHOS REPRODUCTIVOS Y POLÍTICAS PÚBLICAS

Entre discursos e imaginarios: los derechos sexuales y reproductivos en el debate de la Asamblea Nacional Constituyente de 1998	22
<i>Lola Valladares</i>	
En torno al aborto: cuerpos y sujetos de la moral político-religiosa	36
<i>Viviana Maldonado</i>	
Políticas de educación en sexualidad entre 1998-2017: sujetos y contextos en el caso ecuatoriano	62
<i>Diego Paz</i>	

PARTE 2
EL ABORTO

Rutas del aborto en Quito: política del cuerpo y clase social	94
<i>Cristina Rosero Quelal</i>	
Las trayectorias de ellas, de nosotras: el biopoder en la sala de legrados	121
<i>María Rosa Cevallos</i>	

PARTE 3
MATERNIDADES EN DISPUTA

Voces y prácticas adolescentes sobre el embarazo	147
<i>Soledad Varea</i>	
Maternidad comunitaria: ¿alternativa para el buen vivir?	173
<i>Ma. Patricia Baeza Cabezas</i>	
Lucha por significados entre parteras, mujeres indígenas y profesionales de la salud	192
<i>Paulina Quisaguano Mora</i>	

PARTE 4
VIOLENCIA SEXUAL, DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS

“Hasta que cambies”: disciplina y castigo en las prácticas de “deshomosexualización” en los centros de rehabilitación en Ecuador	223
<i>Annie Wilkinson</i>	
Los casos de incesto: violencia y vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de niñas y adolescentes	252
<i>María Fernanda Porras</i>	
Caminos y huellas de las maternidades y sexualidades: hacia una reflexión de la etnografía del hacer	268
<i>Mercedes Prieto</i>	
Autoras y autor	289

Ilustraciones

Figuras

1. “Lugar del parto vertical” en el Hospital San Luis de Otavalo	205
2. Casa Materna del Hospital San Luis de Otavalo	207

Gráficos

1. Tasa de embarazo en adolescentes de entre 10 y 14 años	84
2. Tasa de embarazo en adolescentes de entre 15 y 19 años	85

Mapas

1. Trayecto de las parturientas	279
2. El trayecto del aborto en curso	280

Tabla

1. Políticas, planes y programas de educación sexual Ecuador 1998-2017	71
---	----

Lista de siglas y acrónimos

AA	Alcohólicos Anónimos
AMEU	Aspiración manual endouterina
ANC	Asamblea Nacional Constituyente
APROFE	Asociación Pro Bienestar de la Familia Ecuatoriana
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
CEE	Conferencia Episcopal Ecuatoriana
CEMOPLAF	Centro Médico de Orientación y Planificación Familiar
CEPAM	Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de la Mujer
CEPAR	Centro de Estudios de Población y Paternidad Responsable
CLADEM	Comité de América Latina y El Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer
CNII	Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional
CNNA	Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia
CONAMU	Consejo Nacional de la Mujer
CONADE	Consejo Nacional de Desarrollo
CUMIENE	Cuerpo de ministros e Iglesias Evangélicas no Ecuménicas del Ecuador
COIP	Código Orgánico Integral Penal
DSDR	Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos
ENIPLA	Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes
FCI	Family Care International

FLACSO	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
FMSIDA	Fondo Mundial para la Erradicación del Sida/VIH, la Malaria y la Tuberculosis
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
HGOIA	Hospital Ginecológico Isidro Ayora
HSLO	Hospital San Luis de Otavalo
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
MSP	Ministerio de Salud Pública
LGBTI	Lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersexuales
LMGYAI	Ley de la Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia
NA	Narcóticos Anónimos
ONG	Organización No Gubernamental
ONU	Organización de las Naciones Unidas
PAE	Pastillas de anticoncepción de emergencia
PCA	Parto Culturalmente Adecuado
PLANESA	Plan Nacional de Educación para la Sexualidad y el Amor
PNBV	Plan Nacional del Buen Vivir
PRE	Partido Roldosista Ecuatoriano
PRONESA	Programa Nacional de Educación para la Sexualidad y el Amor
RSMLAC	Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe
SSSR	Salud Sexual y Salud Reproductiva
SENPLADES	Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo
SENRES	Secretaría Nacional Técnica de Desarrollo de Recursos Humanos y Remuneraciones
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UCE	Universidad Central del Ecuador
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNIFEM	Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer

Maternidad comunitaria: ¿alternativa para el buen vivir?

Ma. Patricia Baeza Cabezas

La maternidad es bien vista en las comunidades indígenas rurales de la Sierra ecuatoriana. Esto no solo porque se constituye en un núcleo forjador de una potencial mano de obra barata, sino también porque encarna la disyuntiva de “decidir” la vía por la cual serán intervenidos los cuerpos de las mujeres indígenas. Así, la maternidad indígena se despliega en un marco contrapuesto de decisiones sobre la salud ancestral (comunitaria) y la salud occidental (salud pública).

Queda en evidencia que la maternidad no solo es un hecho social ligado a la identidad femenina reproductiva, sino es un hecho social impulsado y, por qué no decirlo, forzado por intereses simultáneos que provienen de esta búsqueda de “decisión” que desencadenan en un mismo resultado: altas tasas de mortalidad materno infantil de la población indígena.

Dicho esto, la comunidad se transforma en un agente impulsor y protagonista en la confección de un imaginario social que reafirma estereotipos de género. La maternidad en la comunidad adquiere matices sociales sutiles y refuerza la incapacidad de contemplar críticamente una reproducción sobreexplotada que pone en riesgo permanente la vida de las mujeres indígenas.

En este texto describo el proceso de atención del parto en la comunidad, caracterizando los puntos álgidos que visibilizan la pugna entre la atención comunitaria y la atención en un centro de salud occidental. Simultáneamente, defino cuáles son los principales ritos y mitos respecto al primer tipo de atención.

El objetivo es representar la forma en que el parto comunitario ha sido construido culturalmente como la alternativa más viable y acogedora para las indígenas de los sectores rurales, aunque esto no necesariamente implique la inexistencia de una violencia simbólica. El alcance de este hecho es registrar que, pese a la existencia de esta alternativa de atención comunitaria “acogedora”, el maltrato a la indígena se perpetúa en los elevados porcentajes de muertes maternas en la provincia de Chimborazo (CEPAR 2006), producto de partos mal asistidos.

Prácticas comunitarias de atención del parto

Uno de los elementos centrales en la atención del parto comunitario es el ambiente asociado al “calor”. Esta concepción rige 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, fuentes de calor humano, como la familia y los miembros de la comunidad. Uno de los trabajos de la partera es estimular la generación de calor corporal en la futura madre. Para ello, se usan mantas y colchas que cubren totalmente 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” (entrevista a Charican, 2008).

Las bebidas y líquidos calientes siempre están disponibles para ofrecer a la parturienta, como son las aguas de hierbas de manzanilla, zanahoria blanca, cebolla, caldos de pollo, entre otros que, según sus costumbres comunitarias, darían mayor fuerza a la mujer, y así facilitarían el proceso de dilatación del parto. La presencia del fogón es muy importante, pues genera el calor en la casa; por ello, la primera actividad introductoria a un trabajo de parto es encender el fogón. Una vez encendido, la mujer permanece allí lo más cerca posible, arropada y consumiendo bebidas calientes, en compañía de sus familiares, parientes y quienes habitan en la comunidad.

Una de las técnicas más utilizadas por las parteras, para acomodar el niño dentro del vientre de la madre, previo al alumbramiento, se denomina “manteo”. Consiste en una práctica cultural mediante la cual la parturienta, con la ayuda de la partera, esposo, familiares o amigos, es recostada

sobre una manta que se encuentra extendida en el piso. Posteriormente, la manta es tomada de sus cuatro esquinas, se la levanta y se comienza a mecerla de un lado a otro. El propósito es que este movimiento produzca la acomodación de la posición del “guagua”, suave y sutilmente en el vientre de la madre, para acelerar el 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 en cuclillas, siguiendo las leyes de la gravedad. No obstante, “la partera siempre busca la voluntad de la madre”; vale decir, una ubicación que, para la mujer, en ese instante, 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 consiste en calentar, en el mismo fogón, una cuchilla que debe quedar al rojo vivo, con la cual se corta el cordón. Se esteriliza la cuchilla para evitar posibles infecciones tanto para el recién nacido como para la madre. Así, mientras la partera da los primeros cuidados y atenciones al “guagua”, la madre descansa del trabajo de parto al calor del fuego.

El parto comunitario es un rito basado en técnicas que han sido transmitidas a través del tiempo. El rol es mayormente desempeñado por mujeres, sin embargo, en los últimos años, se ha incrementado la presencia y participación de los hombres como “parteros”.¹

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 y que no se evidencian procedimientos que lo presionen.

En este apego a la voluntad de la madre, se espera que mediante el proceso natural sea ella quien expulse su placenta, que en ningún caso sea “jalada” o forzada a salir. A juicio de los médicos, “es precisamente en este aspecto donde se generan complicaciones en el parto, por la tardanza del retiro de la placenta, ya que muchas mujeres contraen hemorragias que

¹ Esta innovación, así como sus potenciales impactos entre las mujeres, es un tema que debe ser investigado en profundidad.

generalmente pueden ocasionar la muerte de la madre” (Hospital Cantonal de Colta 2008). Una vez que la mujer logra eliminar la placenta, esta es tomada y enterrada en los alrededores de la casa, o cerca del fogón. La idea es entregar nuevamente a la madre tierra lo que le pertenece.

Las prácticas con el recién nacido varían conforme a las costumbres que tenga la comunidad y su partera. La primera atención es fajar al recién nacido. Para ello, se toma al niño o la niña y se le cubre con su ballesta,² que será, para el recién nacido, el medio físico que lo una por un buen tiempo a la madre, quien lo cargará en sus espaldas hasta que sea capaz de caminar por sí mismo. Pero en este momento del nacimiento, el rol de la ballesta es dejar al recién nacido inmovilizado. Esto va a permitir que el “guagua” adquiera firmeza en su cuerpo, pues “así crecen más firmes y caminan tiernitos” (Hospital Cantonal de Colta 2008).

Otro de los rituales más recurrentes es cocer simbólicamente –de forma simulada con lana roja y aguja– la boca del recién nacido. Este ritual va a permitir que el niño o la niña, cuando llegue a su etapa adulta, se transforme en una persona tranquila, que no se involucrará en malos entendidos ni será “habladora”. Una vez que la partera termina de cocer la boca, toma una arveja seca y la pasa por las mejillas del recién nacido; el fin de tal acción es que adquiera un tono rojizo en sus mejillas, parámetro de belleza en las comunidades.

Una vez que terminan estas prácticas y rituales, la mujer es alimentada con productos nutritivos que le ayuden a recuperar las fuerzas y las energías desgastadas en el parto. El recién nacido es puesto en los brazos de la madre para que le dé de lactar. La partera, una vez finalizado su trabajo de parto, inicia un seguimiento que denomina “acompañamiento” a la mujer que dio a luz, por al menos treinta días, para ver cómo su cuerpo va cicatrizando y reponiéndose.

² Tela de algodón. Las mujeres *kichwas-purubá* utilizan la ballesta para cargar a sus hijos en su espalda. Esta forma de transporte genera una relación de apego y cercanía entre madre e hijo, porque permite a las mujeres cargar o transportar a sus hijos durante el desarrollo de sus actividades del día.

Parteras reeducadas

Como expresaba en el punto anterior, la partera, o el partero, adopta un rol protagónico en la atención de parto en la comunidad. Sin embargo, a raíz de los procesos impulsados por el Estado a través de sus políticas de salud, actualmente se autocuestionan las funciones de parteras/os en las comunidades. La presencia de estas nuevas variables externas, impulsadas por el Estado, aspiran a incorporar las funciones de la partera en un contexto público-estatal, hecho que ha alterado y modificado su rol tradicional. Estas parteras, reeducadas mediante la capacitación estatal, han asumido un papel de mediadoras entre el Estado y las comunidades indígenas. Es por ello que actúan como una especie de puente, que conecta y que tiene la capacidad de mediar entre ambos sistemas de salud. Entre 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 (Hospital Cantonal de Colta 2008).

En este reacomodo cultural, en el cual las parteras son reeducadas por el Estado, su rol de mediadoras las llevó a elaborar agendas mediáticas en cuanto a la atención de parto. Así, han expuesto sus propias demandas para que esta inclusión a un sistema “no propio” no las margine de su actividad, pues el objeto es alcanzar la complementariedad u acomodación con los servicios de salud pública. De este modo, las parteras se constituyen en sujetos puente, que transitan entre ambos sistemas e interactúan con ambos actores, el Estado y la comunidad. Las principales demandas de las parteras/os se enfocan 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 [en] el momento del parto. Si se respeta esto, piensan que vendrán más personas. Que 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. Que 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 (Hospital Cantonal de Colta 2008).

Estas son las principales trabas que visualizan las parteras, por las cuales las mujeres tendrían ciertas resistencias con respecto a los centros de salud:

sacan a los familiares que vienen acompañando al hospital, en la comunidad, 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 bebé. 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 (Hospital Cantonal de Colta 2008).

El consumo de hierbas como una alternativa de sanación es relevante 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 familiares

El acompañamiento familiar es un hecho social que cobra gran trascendencia al momento de iniciar un trabajo de parto. La familia es un referente social en las comunidades, por lo que su presencia es un acto de apoyo y bienvenida al nuevo miembro; constituye, además, el grupo que se encarga de la logística. Uno de sus principales roles tiene que ver con contactar y facilitar la llegada de la partera al hogar, preparar las condiciones ambientales (por ejemplo, recolectar la leña, ayudar en la elaboración de los alimentos de alto contenido nutritivo que se dan a la madre, además de hervir agua y preparar las cobijas). En caso de que el parto presente complicaciones, deben gestionar la búsqueda de un transporte en la comunidad para trasladar 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 crucial, ya que el nacimiento de su hija/o confirma 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 más valorados en relación con las niñas. En el Foro de Equidad de Género de las Mujeres de Chimborazo, se plasman testimonios que dan fe de esto: “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!” (CEDIS 2007). Este hecho permite visibilizar que desde el nacimiento se gestan discriminaciones hacia las mujeres.

Maternidad comunitaria

El tema de la salud, en el marco de la maternidad en las comunidades indígenas, sigue siendo una materia compleja y no resuelta. La existencia de dos modelos de salud imbricados motiva 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 pública. De este modo se impiden los maltratos y las fuertes discriminaciones. Este sistema de salud de tránsito o atención comunitaria se encuentra permeado por las diversas dinámicas culturales de cada comunidad. Sin embargo, posee una característica muy particular: la existencia de la autonomía en el parto.

La idea de esta autonomía en la atención del parto está entretejida con la maternidad como eje central de la identidad de la mujer (Palomar 2004, 2005). Por lo tanto, respeta los procesos corporales naturales de cada mujer. Esta ruta privada de salud (comunitaria) no presiona los procesos del parto (por ejemplo, apurar la dilatación y contracción). Más bien, tiene un sentido de apoyo y compañía hacia la parturienta. Producto de ello, tanto la posición (vertical) como el pudor gozan de un especial respeto, situación que es ampliamente valorada por la mujer y, por tanto, evaluada de forma positiva entre la comunidad. Estas autonomías permiten a las mujeres experimentar la maternidad como un hecho menos violento, menos discriminatorio y menos traumático, lo cual se opone a las experiencias en los centros de salud pública.

La atención comunitaria en el parto refuerza la maternidad como un hecho ligado a una identidad de mujer indígena; por lo tanto, tiene buena acogida entre comuneros/as. Sin embargo, esta atención comunitaria de tránsito, pese a todas estas características vinculadas a una atención más humanizada, no resuelve el tema de la mortalidad materno infantil presente en las comunidades indígenas rurales de la Sierra.

La existencia de dos modelos de salud: público (Estado) y privado (comunidad), en el contexto indígena construye ciertas dicotomías que se ven reflejadas en la elaboración de una ruta que denominaré ruta privada

de atención comunitaria. La ruta pública se construiría en los centros de salud estatal. La coexistencia de ambos modelos de atención de salud no funciona de manera antagónica, como se pensó en una primera instancia, más bien tienen puntos de encuentro en términos de la salud materna de las indígenas que conducen a un mismo resultado: los altos índices de mortalidad materno infantil en la población indígena rural.

Así, el tema de las muertes materno infantiles y su naturalización en las comunidades estimula la convivencia con la muerte. Eso me permite entender el escaso cuestionamiento de las comunidades frente al tema. Esta inacción político social ante la muerte, este *continuum* cultural que se desplaza de forma sutil entre la vida y la muerte, es el fruto de una voluntad social que la acepta 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 netamente un tema de resistencias sociales que, finalmente, no las libera del dolor ni contribuye a una vida más digna. Esta inacción política frente a la muerte las posiciona en una encrucijada por la vía comunitaria, que las conduce al mismo punto de encuentro: una seducción hacia la muerte.

La atención con matices de mayor humanización no logra solucionar la paradoja de la salud en el contexto indígena. Esto permite entrever una violencia simbólica en el cuerpo y vida de las mujeres, a causa de la maternidad forzada culturalmente en el contexto rural indígena. Se favorece así el desencuentro entre una atención más humana en la comunidad, pero igualmente violentada, a través de la permisividad 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 constituyeron en el fenómeno que evidenció una realidad silenciosa: la muerte como parte de las dinámicas sociales y culturales de las comunidades indígenas rurales. Este componente de mortalidad materno infantil llamó la atención del Estado, mas no de las propias comunidades.

La mortalidad infantil es difícilmente concientizada en el contexto puruhá-quechua, 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).

Esto 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 barajadas estaba relacionada, principalmente, con un distanciamiento cultural entre la atención en la comunidad y en los centros de salud. Producto de ello, en los cantones de la provincia de Chimborazo, que tienen un alto porcentaje de población indígena rural, se ha implementado 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, que el Estado aún no ha logrado dimensionar en las intervenciones de sus políticas de salud.

De la mencionada coyuntura se desprenden dispositivos de intervención estatal, como señala Carballeda (2005), ya que para el Estado este tipo de dinámicas, en las que 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 incluyen 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 (Carballeda 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. Esta realidad es muy parecida a lo que Scheper-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 *camimbo*, 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 (Scheper-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 que cuando un miembro de la comunidad se enferma, la primera alternativa es recurrir a la medicina natural, preferentemente al consumo de hierbas 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 qué murió, no hicieron ver” (Entrevista a Guamaní, 2008).

Es necesario señalar la ausencia de un subcentro de salud relativamente cercano a la comunidad, que les facilite acudir cuando sea necesario para recibir atención médica. Sin embargo, el tema es aún más complejo, ya que de forma directa no está ligado únicamente a la presencia o ausencia de establecimientos de salud. El arraigado sentido que tiene la muerte-vida en esta comunidad indígena es manifestado como un *continuum* 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 autoconformación 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 justamente en este aspecto donde se manifiesta el abandono estatal respecto de la salud pública en los cuerpos indígenas. La afirmación de abandono se construye a partir de la incapacidad institucional observada y la vulnerabilidad social, de la cual son objeto las comunidades indígenas rurales de la Sierra. En este marco, la muerte simbólicamente se transforma en el punto de encuentro de dos visiones –indígena/occidental– que se contraponen a partir de un mismo objeto –la muerte–.

En esta comunidad indígena rural del Ecuador, la muerte se asume con un sentido práctico, natural y cotidiano. La muerte en la comunidad carece de la burocracia que los mestizos solemos atribuirle, y adopta ciertas características que resultan reiterativas como es el anonimato y la privacidad: “Se murió y nadie sabe de qué murió, se pesca, se echa a un cajón, se hace un hoyo y se entierra, no se avisa a nadie, porque ni policía hay” (entrevista a Guamaní, 2008). Esta dinámica social de la comunidad y su gente implica una especie de desechabilidad de la vida, acompañada de un desconocimiento médico acerca de las causas de muerte. Ambos lineamientos encubren un sinfín de elementos sociales e institucionales que se encuentran presentes y que actúan bajo cierta complicidad.

Comprendí que los hospitales y subcentros, vale decir, la institucionalización de salud, no representan la salud/vida para las comunidades indígenas rurales, ya que la salud occidental, leída como los centros y subcentros

de salud, simplemente resulta un lugar “ajeno”, donde el maltrato y la discriminación no le dan cabida a la población indígena; constituyen más bien un lugar donde se apresura la muerte, una muerte presente y latente que tiene cabida en la cotidianidad comunitaria. Así, frente a la enfermedad, emergen dos escenarios posibles: el espacio público representado por los centros de salud estatal, y el espacio privado/comunitario, representado por los *yachac* y parteras.

En esta dinámica es posible comprender lo que Scheper-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, tal como se ha definido, se perfila como fundamentalmente autónoma, puesto que quienes habitan las comunidades, ya sean hombres o mujeres, tienen la libertad de optar entre 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 la dualidad de alternativas surge la resistencia a los centros de salud mestizos.

Conclusiones: maternidad, territorio de tensiones

El Estado ecuatoriano llega al cuerpo de las mujeres indígenas a través de la maternidad en el contexto general del control de la natalidad. Desde diversos ámbitos, mediante la implementación de políticas públicas de salud y a través de un perfil de vulnerabilidad social, el Estado busca llegar a los sectores marginados y excluidos socialmente (Flores 2007; Meentzen 2007). La peculiar forma de proceder con este grupo de población le permite desarrollar e implementar estrategias de integración, a través del diseño de instrumentos en salud que actúan como dispositivos de poder (Foucault [1998] 2007).

Es así como, junto al diseño e implementación de un nuevo modelo de salud denominado “integral”, se instauran dispositivos de poder como instrumentos de control; tal es el caso de la ficha familiar y la ficha intercultural (Heller y Fehér 1995). El poder de dichos instrumentos recae en la capacidad de registrar información, dado que permite conocer, a corto

plazo, conductas y costumbres de la vida cotidiana de los sujetos a los que espera alcanzar operando desde la cotidianidad. Estas políticas nacionales de salud, aterrizadas en un contexto local, ofrecen una serie de lecturas y relecturas de los individuos que finalmente las ejecutan.

La llegada del Estado al ámbito local produce tensiones con las comunidades, ya que estas tienen su propia respuesta asociada a una retórica discursiva intercultural, que se polariza en procesos de autoexclusión o negación frente al sistema de salud pública.

La retórica de las comunidades, de “negación” frente a la salud pública, afecta de forma directa a las mujeres, quienes se ven expuestas a la muerte por la vía de la maternidad. Esto se debe a que muchos de los procesos de parto comunitario no siempre llegan a buen término y las complicaciones que puedan surgir generan una respuesta de resistencia frente a la salud pública. De ese modo, la salud y la enfermedad, en distintos escenarios público/privados, 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 afianza la discriminación del sector público con respecto a los sujetos indígenas. Por lo tanto, es el mismo Estado el que encarna la discriminación que finalmente termina perpetuándose en la muerte de estos individuos indígenas.

La maternidad se configura como el factor común entre tres agentes: Estado, mujeres indígenas y comunidad. En ese sentido, es necesario señalar que tanto el Estado como la comunidad buscan controlar el cuerpo de las indígenas, a través de la maternidad. En este contexto, es preciso remarcar que el Estado promueve un nuevo modelo de salud integral para alcanzar, como señalé anteriormente, aquellos segmentos de la población que se encuentran marginados o excluidos del sistema de salud pública (Villacrés y Yépez 2002).

Este modelo de salud, aplicado en el espacio local, funciona bajo improntas de discriminación y maltrato a las mujeres indígenas de los sectores rurales. Los hospitales, centros y subcentros de salud se caracterizan por brindar

una atención que se distancia de las pautas culturales que tienen las comunidades. Así, se erige una oposición entre ellos; 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 una “falta de entendimiento” entre el Estado –mediado por los centros de salud– y las comunidades. Por esto, las políticas carecen de pertinencia y sentido en la práctica. Son políticas 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 diálogo ausente.

La ausencia de actores, por 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 su sobrevivencia. Por ello, como señalé en algún momento, los discursos de los derechos responden a reivindicaciones étnicas de las élites indígenas que, con algo más de suerte, han logrado prepararse intelectualmente para esa lucha (Saint-Upéry 2001). Sin embargo, los indígenas pobres y rurales de la Sierra tienen su propia lucha, que es vencer la escasez de vida (Naula s.f.), y sobreponerse a las necesidades del día a día para su sobrevivencia.

Por su parte, la comunidad también busca ejercer su poder sobre las mujeres. El sistema de salud comunitario, como ruta privada de salud, es un sistema cuya tendencia de atención es más humanizada, cómoda, agradable y respetuosa. 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 las “bondades” de esta ruta privada de salud, las mujeres siguen siendo maltratadas porque el sistema de salud comunitario no garantiza la vida de ellas ni de sus hijos.

Así, la maternidad provoca, en ambos sistemas de salud, una serie de fisuras y discontinuidades en conflicto, que se amalgaman finalmente en la muerte 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 similares.

Es así como 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 ha logrado resituar y solucionar el problema de la violencia simbólica a la que se ven sometidas las indígenas rurales de la Sierra, a causa del ejercicio de la maternidad. Aun así, ambos agentes continúan fomentando y reforzando la maternidad por una u otra vía. Por ello, es impensable la separación de ambas instancias y ambos sistemas de salud.

Resulta sencillo definir la maternidad como un hecho impuesto que tiende a invisibilizar la agencia de las mujeres, ya que esta se ve aparentemente anulada frente a este discurso. Sin embargo, la investigación en que se basa este trabajo dio cuenta de esa agencialidad oculta.

Las mujeres en el contexto indígena se encuentran subordinadas por la imposición de modelos patriarcales. Es por ello que son excluidas y maltratadas en la mayor parte de los espacios públicos. Pese a esto, para ellas, la maternidad representa un espacio de poder absoluto y reservado solo para ellas, pues la paternidad está distante de los hijos, al menos durante sus primeras etapas de vida. Consiguientemente, 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 ahí la importancia y su resignificación.

Sin embargo, esta maternidad a la que se incorpora el elemento étnico, asume ciertas particularidades. Una de ellas tiene un correlato estadístico: los altos índices de mortalidad materno infantil. La confabulación de los sistemas público (Estado) y privado (comunidad) actúan como cómplices de estas muertes. Pese a la coexistencia de ambos sistemas de salud, ninguno ha logrado resolver esta problemática. Este hecho finalmente deja sin salidas a las mujeres, pues ambas alternativas conllevan al mismo resultado: igual probabilidad de conducir las a su muerte y la de sus hijos. A partir de aquí, las muertes públicas y la maternidad indígena pueden ser leídas en el marco de un sistema de complicidades entre el Estado y la comunidad.

La agencia de las indígenas, evidenciada en una respuesta implícita respecto de la maternidad, queda de manifiesto en la alta tasa global de fecundidad no deseada; son prisioneras de la maternidad. En este contexto, mi interés central era plasmar cómo la sexualidad de las mujeres indígenas era 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.

Siguiendo esta lógica teórica, puedo señalar que la maternidad forma parte de un discurso social hegemónico, que construye un sujeto mujer maternal y reproductivo. Este discurso se ve reforzado en las comunidades indígenas. La mujer se percibe a sí 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. Según los discursos, la maternidad encarna el fin último de ser mujer, ya que la imagen construida es la de generadora de vida, es decir, naturalmente reproductiva (Mannarelli 1999; Egüez 2005; Prieto et al. 2005).

Butler (2002) señala que la dinámica impuesta provoca 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 dominantes de sociedades indígenas profecundidad a través de la maternidad.

Referencias

- Aguiló, Federico. 1992. *El hombre del Chimborazo*. Quito: Abya-Yala.
- Butler, Judith. 2002. *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del 'sexo'*. Buenos Aires, México, Barcelona: Paidós.
- Carballeda, Alfredo. 2005. *La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales*. Buenos Aires: Paidós.

- CEDIS. 2007. *Agenda de equidad de género de las mujeres kichwas de Chimborazo*. Chimborazo: CEDIS.
- CEPAR. 2006. *ENDEMAIN (2004-2005). Encuesta demográfica de salud materna e infantil*, informe final. Quito: CEPAR.
- Dirección Provincial de Salud Chimborazo. 2008a. Boletín. Hospital Colta, marzo. Chimborazo.
- 2008b. “Estadísticas de equipamiento e infraestructura por provincias”, 7 de marzo. Boletín. Hospital Colta, Chimborazo.
- Egüez, Pilar. 2005. “Mujeres y población”. En *Mujeres ecuatorianas, entre las crisis y las oportunidades 1990-2004*, editado por Mercedes Prieto. Quito: CONAMU / UNIFEM / FLACSO Ecuador.
- Foucault, Michel. (1998) 2007. *Historia de la sexualidad. Volumen I. La voluntad de saber*. 25.ª ed. Madrid: Siglo XXI.
- Flores, Germán. 2007. *Políticas públicas para pueblos indígenas en el Ecuador del siglo XXI. Memorias del seminario nacional*. Quito, Ecuador.
- Heller, Ágnes, y Ferenc Fehér. 1995. “La modernidad y el cuerpo. La salud como política”. En *Biopolítica: La modernidad y la liberación del cuerpo*: 69-82. Barcelona: Ediciones Península.
- Hospital Cantonal de Colta. 2008. *Memorias. Taller de adecuación cultural del parto*, Colta, 21-22 de julio. Colta, Chimborazo: UNFPA-Ministerios de Salud Pública.
- 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.
- Meentzen, Ángela. 2007. *Políticas públicas para los pueblos indígenas en América Latina. Los casos de México, Guatemala, Ecuador, Perú y Bolivia*. Lima: Konrad-Adenauer-Stiftung.
- Naula, Juan. s.f. *Gestión en políticas interculturales de salud indígena*. Quito: Dirección Nacional de los Pueblos Indígenas Ecuador / Ministerio de Salud Pública. <https://bit.ly/3av8bxN>
- Palomar, Cristina. 2004. “Malas madres”: la construcción social de la maternidad”. *Debate Feminista* 30 (15): 12-34.
- Palomar, Cristina. 2005. “Maternidad: Historia y cultura”. *La ventana*, 22: 110-145.

- Prieto, Mercedes, Clorinda Cuminao, Alejandra Flores, Gina Maldonado y Andrea Pequeño. 2005. “Las mujeres indígenas y la búsqueda por el respeto”. En *Entre las crisis y las oportunidades 1990-2004*, editado por Mercedes Prieto, 155-194. Quito: CONAMU / UNIFEM / FLACSO Ecuador.
- Saint-Upéry, Marc. 2001. “El movimiento indígena ecuatoriano y la política del reconocimiento”. *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*, 10: 57-68.
- Scheper-Hughes, Nancy. 1997. *Muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Villacrés, A. Nilhda, y José Yépez M. 2002. *Protección social en salud: Ecuador, perfil de riesgos, vulnerabilidad y exclusión social en salud*. Quito: Organización Panamericana de Salud, División de desarrollo de sistemas y servicios de salud. Oficina de representación de Ecuador / Ministerio de Salud Pública del Ecuador.