

Parte V

**SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y POBLACIÓN
INDÍGENA EN LATINOAMÉRICA**

INTERCULTURALIDAD EN SALUD REPRODUCTIVA: PERCEPCIONES DE LAS MUJERES INDÍGENAS Y PRÁCTICAS DE SALUD EN EL HOSPITAL “SAN LUIS DE OTAVALO”, ECUADOR

Lilia Rodríguez¹

La salud es el resultado de la confluencia de diversos factores individuales, económicos, sociales y culturales que confluyen y determinan los perfiles de salud/enfermedad. Con frecuencia los estudios sobre salud, han enfatizado los factores biológicos y en menor medida los sociales. La investigación empírica muestra que los aspectos culturales pueden ser un factor positivo de cambio o pueden ser un obstáculo a alcanzar la salud. De hecho, en países andinos, los indicadores de salud, muestran brechas de la población indígena, particularmente de las mujeres indígenas, asociados a factores culturales, especialmente a la discriminación étnica presente en los servicios públicos de salud. Frente a ellos, se desarrollan también iniciativas estatales y no estatales para revertir la exclusión y desigualdad, partiendo de visibilizar las brechas de salud de los pueblos indígenas.

Los estudios demográficos y de salud materna han avanzado en obtener información sistemática y desagregada sobre la dinámica demográfica y el estado de salud de las madres y niños y complementariamente conocer y estudiar los niveles, tendencias y diferenciales de la fecundidad, mortalidad infantil, salud sexual y reproductiva y otros temas de interés. La calidad de información obtenida a través de estos estudios, puede enriquecerse, complementando estudios cualitativos, que aborden aspectos no considerados en los estudios demográficos, como los aspectos sociales y culturales que son determinantes en la salud, en particular en los países andinos.

¿Por qué un alto porcentaje de mujeres indígenas de Otavalo no ocupan los servicios del hospital “San Luis”? y ¿por qué persisten las brechas² relacionadas con sus funciones reproductivas? Fueron interrogantes que a lo largo de mi trabajo como especialista en temas de género y salud en el Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA en Ecuador, me motivaron a realizar este estudio. El interés personal de este trabajo coincidente con el interés institucional de UNFPA fue indagar sobre las causas más profundas que explican la falta de acceso de las mujeres indígenas a los servicios de salud pública y que tienen relación con la persistencia de las brechas ya señaladas.

La ampliación de la cobertura de salud sigue siendo un reto, especialmente hacia la población indígena³. Estrategias centradas en la provisión de hospitales, centros médicos, personal de salud, siendo importantes, no son suficientes. Junto a factores como distancia geográfica, la pobreza, el nivel de educación, inciden otros factores, menos evidentes, menos estudiados y por ello menos atendidos en la estrategia de acercar los servicios de salud pública a la población indígena, como son los aspectos culturales.

Por aspectos culturales de la salud entiendo los discursos y las prácticas que diferentes actores de una comunidad poseen en relación a la salud y la enfermedad y que explican su comportamiento ante las enfermedades, ante las terapias, ante las instituciones de salud y sus agentes. La cultura, ese dinámico conjunto de creencias, conocimientos, saberes y prácticas que se transmiten entre generaciones, es una de las dimensiones menos trabajadas en las políticas y programas de salud en Ecuador. Se podría afirmar que las políticas de salud siguen siendo monoculturales, homogeneizantes, pese al reconocimiento constitucional de que el país es intercultural y plurinacional.⁴

La intención de este trabajo fue conocer los puntos de encuentro y desencuentro entre las percepciones y prácticas de salud de las mujeres indígenas y las concepciones y prácticas del personal de salud sobre el proceso reproductivo, partiendo de que se trata del encuentro y desencuentro de dos culturas que tienen visiones, concepciones y prácticas diferentes sobre la salud/enfermedad, pese a lo cual interactúan permanentemente. Pretendimos en este trabajo conocer cuáles son las percepciones, conocimientos y prácticas de las mujeres indígenas sobre el embarazo, parto, postparto, planificación familiar y violencia de género que expliquen el uso o no uso de los servicios de salud ofertados por el hospital. Igualmente nos propusimos indagar sobre los conceptos y prácticas del personal de salud, formado en una concepción de la medicina occidental y cómo éstos resultan o no adecuados para garantizar servicios de calidad a las mujeres indígenas.

La calidad de los servicios incluye atención a los aspectos culturales incorporando la los conocimientos y percepciones de los/as usua-

rios/as de los servicios. Este aspecto es especialmente importante cuando de la salud reproductiva se trata. La persistencia de enfermedad y muerte materna⁵ relacionada con las funciones reproductivas de las mujeres (embarazo, parto y posparto), cuestiona la eficacia de los sistemas de salud y los avances de la ciencia, y coloca nuevos retos en la organización de los servicios de salud pública.

En el sistema de salud entendido “como un conjunto coherente y estratificado de agentes terapéuticos, modelos explicativos de salud-enfermedad, prácticas y tecnologías al servicio de la salud individual y colectiva” (Alarcón et.al 2003) se expresa un modelo monocultural que corresponde a la visión etnocéntrica⁶ de la salud y de la medicina, que tiende a percibir la salud desde el patrón cultural occidental. Esta forma de entender la salud se aplica también para juzgar los conocimientos y prácticas de otras culturas, como la indígena. Una es la perspectiva del médico occidental y el personal de salud y otra la de los/as usuarios/as indígenas que acuden a los servicios. Sin embargo y pese a las diferencias entre estas dos visiones, no se trata de dos mundos contrapuestos, porque la cultura no es una estructura rígida e impermeable, al contrario la cultura es dinámica, por lo que tanto la biomedicina como la medicina tradicional indígena experimentan transformaciones.

Las mujeres indígenas de Otavalo, por razones asociadas a edad, educación, experiencia personal o de familiares con la migración, vivienda urbana/rural consideran el acceso a la salud y educación, como ventajas del mundo moderno, acceso que empieza a reconocerse como un derecho. Este derecho sin embargo no se ejerce, debido a varios factores no solo de tipo económico, distancia geográfica, falta de tiempo, costos, miedo, sino también culturales, relacionados con las diferencias entre sus percepciones y prácticas sobre la salud y el proceso reproductivo y las de las instituciones de salud. El desconocimiento de los prestadores de salud, sobre los factores culturales, produce un desencuentro entre la oferta y la demanda que tiene impacto en la cobertura y calidad de los servicios.

Objetivos del estudio

Objetivo general

Analizar las percepciones, conocimientos, prácticas, expectativas de las mujeres indígenas de Otavalo con respecto al proceso reproductivo: embarazo, parto, posparto, planificación familiar, violencia de género, y la forma cómo resuelven las necesidades asociadas al mismo, en el sistema de salud o fuera de él.

Metodología

El estudio se realizó entre junio 2007 y mayo 2008 y combinó instrumentos cuantitativos y cualitativos. El instrumento cuantitativo fue la aplicación de una encuesta a usuarias de servicios y al personal de salud realizada por una ONG⁷ especializada en levantamiento de información. La información cualitativa la obtuvimos mediante entrevistas a profundidad a usuarias de los servicios, observación participante, entrevistas semi-estructuradas al personal del hospital, grupos focales con parteras del cantón y con usuarias de servicios. Esta fase se realizó entre abril y octubre del 2007 en un proceso de acompañamiento en reuniones con el director y personal del hospital, Municipio y Jambi Huasi. Si bien, un alto porcentaje de mujeres indígenas son bilingües Kichwa/Castellano y de manera general, no tuve dificultades en la comunicación, sí pude sentir limitaciones para una mejor comprensión de los diálogos espontáneos y las conversaciones y risas que en ocasiones mis preguntas generaban. La observación participante se realizó en varias visitas al Hospital y conversaciones con el personal durante diferentes turnos. El diálogo con el personal del hospital fue difícil al inicio, especialmente con médicos y enfermeras que tenían desconfianza de preguntas de una persona extraña que indagaban más allá de aspectos técnicos, sobre concepciones personales que tocaban temas como racismo, discriminación, respeto por las culturas, entre otros temas. Igualmente se obtuvo información en los talleres y reuniones que se realizó con el personal para analizar la información proveniente de la encuesta a usuarias. Un taller especialmente importante fue el realizado con participación del personal de salud y parteras del cantón en el que se expresaron las reservas, temores, desconfianza mutua, así como se identificó posibilidades de cooperación. .

Contexto

El cantón Otavalo se encuentra a 90 Km. de Quito y cuenta con una población de 104.119 habitantes en el 2007. La ciudad de Otavalo alcanza a 50.980 habitantes, de los cuales el 52% es indígena y el 48% mestiza⁸.

El área de salud No. 4 Otavalo tiene además de un hospital cantonal, diez subcentros y tres puestos de salud y la Casa de la Salud “Jambi Huasi”, iniciativa nacida de la Federación Campesina e indígena de Imbabura, FICI en 1984, buscando la articulación y complementariedad de los sistemas de salud indígena y occidental.

El cantón Otavalo está calificado como área de riesgo de muerte materna y tétanos neonatal, considerándose una de las causas “la brecha cultural existente entre la concepción de atención de salud de la población indígena para el cuidado del embarazo, el parto, el postparto, la atención

del recién nacido, que es distinta a la que se maneja en los servicios estatales de salud.”

El hospital “San Luis de Otavalo”

El hospital se creó en 1953, de acuerdo a la categorización del Ministerio de Salud Pública, este hospital está catalogado como cantonal, con una capacidad de 75 camas para atender cuatro especialidades: medicina interna, cirugía, gineco-obstetricia, pediatría y cirugía, cuenta además con traumatología y cirugía plástica.

La modalidad de atención es curativa. La misión del hospital dice lo siguiente:

“El área de salud · 4 Hospital San Luis Otavalo, propicia servicios de salud oportunos e integrales con calidad, calidez, eficacia y equidad a la comunidad, particularmente a los grupos de mayor riesgo biológico y social respetando su cosmovisión y basándose en una gestión transparente, descentralizada y participativa”

El hospital opera las 24 horas del día, los 7 días de la semana, cuenta con 230 empleados y trabajadores, de los cuales 125 son empleados y profesionales, amparados bajo la Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa, 105 trabajadores regidos por el Código del Trabajo. La disponibilidad de 24 horas la cubren 3 médicos, 4 enfermeras y un chofer de ambulancia.

A partir de marzo del 2007, por primera ocasión el Hospital cuenta con un Director indígena, además hay 8 funcionarios indígenas que cumplen trabajos en el área de servicios. El resto del personal es mestizo.

Marco de análisis

La manera en que los seres humanos perciben su entorno físico, social, y la forma como viven y se relacionan con él, están determinadas por la cultura. La cultura es una manera de codificar la realidad. La salud como producto físico y social responde también a códigos culturales. Lo que son conductas saludables, higiénicas en una cultura, no necesariamente son consideradas como tales en otras culturas. La salud y la enfermedad solo pueden ser entendidas en el contexto de la cultura.

El conocimiento, es decir la forma como los seres humanos perciben, entienden y organizan sus respuestas al entorno, está condicionado por la cultura. Las diferencias en la percepción y en el conocimiento, en la cultura occidental fueron consideradas desviaciones, incapacidad y argumento de inferioridad de las “otras culturas”.

Sin embargo, esta dicotomía entre una lógica primitiva atrasada, “subdesarrollada” y una lógica moderna “desarrollada” ha estado presente

a lo largo de los últimos 60 años en el discurso del desarrollo. Escobar (1996) argumenta cómo se ha realizado un tipo de “colonización de la realidad”, por la cual, “ciertas representaciones se vuelven dominantes y dan forma indeleble a los modos de imaginar la realidad e interactuar con ella”. Siguiendo a Foucault (1979) el discurso del desarrollo construye el sujeto colonial/tercermundista y niega las diferencias raciales/culturales e históricas.

En el sistema de salud se expresa un modelo monocultural que corresponde a la visión etnocéntrica⁹ de la salud y de la medicina, que tiende a percibir la salud desde el patrón cultural occidental. Esta forma de entender la salud se aplica también para juzgar los conocimientos y prácticas de otras culturas, como la indígena. Una es la perspectiva del médico occidental y el personal de salud y otra la de las mujeres indígenas que acuden a los servicios. Sin embargo y pese a las diferencias entre estas dos visiones, no se trata de dos mundos contrapuestos, porque la cultura no es una estructura rígida e impermeable, tanto el personal de salud como la población indígena se influyen recíprocamente.

La modernización con su promesa de ciencia y tecnología y el desarrollo visto como un proceso gradual y evolutivo fueron el escenario para el surgimiento de un discurso de la salud, donde los valores culturales modernos debían superar las prácticas tradicionales y los conocimientos ancestrales presentes en las comunidades del Tercer Mundo. *“El etnocentrismo y el patriarcado influyeron en la forma que tomó el desarrollo. Las poblaciones indígenas tenían que ser “modernizadas”, y aquí la modernización significaba la adopción de los valores “correctos”, es decir, los sustentados por la minoría blanca o la mayoría mestiza y, en general, de los valores implícitos en el idea del europeo culto”* (Escobar 1996, 92)

Este discurso del desarrollo en el campo de la salud, determina quién y cómo habla, qué es legítimo y qué no, quién tiene autoridad y quien no para hablar de la salud; este discurso requiere además de instituciones, profesionales y expertos que puedan aplicar el enfoque moderno de la salud. Los discursos sobre salud se expandieron no solo a los Ministerios de Salud, hospitales y centros de atención, sino a las universidades y centros académicos donde éstos se producen, registran y legitiman. La institucionalización necesitaba además profesionales capaces de generar y reproducir el discurso moderno de la salud.

Este es el contexto en que se genera el modelo biomédico en salud, como “un modelo de práctica e intervención científica, caracterizado por sus pretensiones de objetividad positivista y su enfoque eminentemente biológico y técnico en el abordaje del fenómeno salud-enfermedad-atención” (Caramés García 2004, 35). Este modelo pretende entender la salud como un proceso biológico, un “hecho sanitario” desligado de la realidad social, cultural, política, económica que la rodea. El modelo biomédico esconde junto con la desigualdad social, la desigualdad de género,

la desigualdad étnica y las presenta como productos “naturales” propios de los individuos, disociados de su realidad social y de sus relaciones.

La crítica al “modelo biomédico” incluye también la crítica a la epistemología, a una forma de conocer, de hacer ciencia desde el positivismo, donde los datos cuantitativos, la evidencia se constituye en el único referente de verdad desde una pretendida objetividad que asume ser neutra. Este “modelo biomédico” se nutre del determinismo biológico que explica las diferencias sociales, las jerarquías y la desigualdad a partir de la “naturaleza humana”. Igualmente, el modelo se construye a partir de las nociones de progreso y modernidad, del desarrollo científico y tecnológico donde la universalidad trató de borrar cualquier diferencia cultural o social. El carácter uniformizante del progreso conlleva relaciones de dominación y de colonización de unos grupos, de unos pueblos, de unos individuos sobre otros.

El poder en la salud

Una sociedad no existe en el vacío sino en medio de relaciones entre seres humanos, atravesadas por el poder. ¿Qué es el poder? Según Foucault (1992) es una fuerza y es una relación de fuerzas. Si es una relación, nadie escapa al poder, todos estamos insertos en ellas. Las relaciones de poder atraviesan todos los espacios, los públicos y privados, la política y la vida cotidiana, las relaciones de pareja, las instituciones, la generación de conocimientos y por supuesto la salud. El poder se relaciona con las jerarquías que se establecen entre aquellos que poseen un conocimiento legitimado sobre aquellos que tienen otro tipo de conocimiento, no reconocido como legítimo. En el establecimiento de saberes legitimados el lenguaje biomédico no es técnico ni es neutro, el lenguaje construye realidades, los discursos trazan las líneas maestras de políticas y por supuesto de las instituciones de salud.

En el modelo biomédico el conocimiento especializado goza de prestigio, validez y reconocimiento científico, es decir tiene autoridad de verdad, pero además “tiene el poder de hacerse él mismo verdadero. Todo conocimiento, una vez aplicado en el mundo real, tiene efectos reales y en ese sentido al menos, “se vuelve verdadero” (Hall 2002: pp31)

“La verdad no está por fuera del poder...la verdad es una cosa de este mundo, es producida solo en virtud de múltiples formas de construcción. E induce efectos para regular el poder. Cada sociedad tiene sus regímenes de verdad, sus políticas generales de verdad” (Foucault 1980, 131)

Foucault (1980) analizó la relación entre conocimiento y poder y la forma como éste opera dentro de las instituciones, en sus regulaciones, leyes, medidas administrativas, organización de servicios, disposiciones y

más entramado institucional. El conocimiento no opera en el vacío, por el contrario, está inserto en contextos históricos precisos y en instituciones concretas que se encargan de dar legitimidad, propagar el conocimiento elevado al estatus de verdad.

En la construcción del modelo biomédico, el discurso cumple un papel central como legitimador de una determinada práctica institucional. Siguiendo a Foucault el conocimiento no es solo una forma de poder sino también hay que analizarlo en la forma de su aplicación y en efectividad. “El discurso produce objetos de conocimiento” y nada existe fuera del discurso. Es éste el que da sentido a las cosas. De allí que temas como salud, sexualidad, reproducción, salud de las mujeres, existen en el contexto de los discursos sobre ellos, es decir, existen y se entienden en su contexto histórico que los produce.

Cuerpo y sexualidad

La filosofía cartesiana al separar naturaleza y cultura, separó también el cuerpo y la mente, la razón y el mundo. El hombre de Descartes eleva el pensamiento al mismo tiempo que denigra el cuerpo. “El proyecto de la modernidad formulado por los filósofos del iluminismo en el siglo XVIII se basaba en el desarrollo de una ciencia objetiva, una moral universal, y una ley y un arte autónomos y regulados por lógicas propias.” (Lander 1993,16).

El cuerpo es una construcción simbólica, es el resultado de una construcción social y cultural (Le Breton 1990,13). En la sociedad occidental, el cuerpo es un factor de individuación. En el siglo XVII, el advenimiento de la filosofía mecanicista, comparó el cuerpo humano a una máquina, según Descartes “Como un reloj compuesto por ruedas y contrapesos...considero al cuerpo del hombre”. (Sexta meditación). “El hombre de Descartes es un collage en el que conviven un alma que adquiere sentido al pensar, y un cuerpo, o más bien una máquina corporal, reductible sólo a su extensión” (Le Breton 1990,69). Este modelo separó el cuerpo y la mente. El cuerpo era la materia, y la mente el pensamiento y el espíritu basado en Dios. “*Esta concepción del cuerpo humano propició el desarrollo de las bases filosóficas del modelo biomédico vigente, que terminó por explicar la enfermedad con una idea mecanicista, ajena a la integridad biopsicosocial del ser humano*” (Caramés García 2006, 37)

Los cuerpos no son productos biológicos, la sociedad construye las nociones del cuerpo y la sexualidad en estrecha relación con el género, etnia y generación. Los cuerpos de hombres y mujeres tienen distinta simbología, valoración social, diversas formas de disciplinamiento y control. Las formas de control son distintas si se trata de hombres o mujeres, a lo largo del ciclo vital, si son indígenas o afrodescendientes, urbanos o rurales.

El dominio del cuerpo de las mujeres se expresa en la identidad “cuerpo que vive para otros/as” (Basaglia 1983, citado por Lagarde 1994), el sentido de la existencia de las mujeres está atado a normas que regulan su sexualidad, capacidad reproductora, erotismo, salud.

Cada grupo social construye nociones de cuerpo y sexualidad. En las sociedades andinas de tipo comunitario, el cuerpo no existe como elemento de individuación. El cuerpo no está separado del universo ni de los dioses, sino que conforman una unidad. Por ello la salud, no se refiere únicamente al estado físico sino al conjunto de factores sociales, afectivos, ambientales, espirituales que determinan la armonía interna y externa, individual y comunitaria.

El racionalismo se impone como criterio de conocimiento, el saber se convierte en área de especialistas, y el saber biomédico sustituye a los saberes ancestrales y a las tradiciones. Hablar del cuerpo en la cultura occidental, remite a representaciones de la anatomía y fisiología. La enfermedad se explica a partir de la alteración biológica por lo que la medicina busca restablecer la salud, a través de fármacos. Los aspectos sociales detrás de la enfermedad se vuelven invisibles.

“El saber biomédico es la representación oficial, en cierta medida, del cuerpo humano de hoy, es el que se enseña en las universidades, el que se utiliza en los laboratorios de investigación, el fundamento de la medicina moderna” (David Le Breton 1990). Este conocimiento del cuerpo en occidente sin embargo es superficial y fragmentado en la mayoría de personas, el cuerpo humano es territorio de especialistas médicos, y esta situación determina la relación médico-paciente, caracterizada por ser “asimétrica, paternalista y autoritaria” (Caramés García 2006, 41)

El sesgo de género en la salud

El etnocentrismo y el patriarcado reforzaron el modelo biomédico y el sesgo sexista en las ciencias de la salud. El feminismo develó las relaciones de poder y las jerarquías que se establecen en base a las diferencias sexuales y culturales de hombres y mujeres y que se reproducen en las instituciones que reproducen, enseñan, difunden, vigilan y controlan el orden de género.

La salud de las mujeres no se explica por la biología, sino por la posición social, roles, identidad sexual, valores y normas que estructuran los significados del ser hombre y ser mujer. Lo masculino y femenino son construcciones culturales que varían de cultura a cultura y que asignan los papeles sexuales. La dominación genérica sobre las mujeres está presente en los sistemas de salud que se encargan de reproducir formas de relación autoritaria y estereotipada. Históricamente los servicios de salud privilegiaron la función reproductiva de las mujeres en tanto madres y responsables del cuidado de otros. Cuidar de la familia implica preocupación

por la alimentación e higiene, por lo que la perspectiva higienista en la salud que se desarrolló a principios del siglo XX, puso en ellas la responsabilidad del cuidado de los hábitos y costumbres familiares, el cuidado de los niños, la planificación familiar. Son las mujeres quienes de manera general, asumen el cuidado de los miembros de la familia, como una responsabilidad inherente al ser mujer. Es así que los programas materno infantiles que se desarrollan en los Ministerios de Salud, tengan a las mujeres como principales protagonistas y responsables del cuidado de la salud, sobre todo de sus hijos. Ellas deben acompañar la alimentación, vacunación, vigilancia de crecimiento, la planificación familiar, cuidado de enfermos, ancianos, el cuidado del agua, de la nutrición, etc.

La crítica al modelo biomédico desde las mujeres, incluyó las prácticas alrededor del embarazo, parto, postparto y parto, procesos medicalizados en las que el cuerpo de las mujeres es manipulado por el personal de salud que es el que decide qué hacer, cómo hacer y cuándo hacer, generalmente sin que medie mayores explicaciones sobre dichos procesos. El protagonista es el médico, portador del conocimiento, quien tiene el poder de decisión, mientras que el/la paciente es objeto de estudio, de manipulación y de disciplinamiento por parte del médico. El proceso reproductivo está controlado en la medicina occidental por profesionales de la salud. En este contexto, el parto, se convierte en un hecho individual, solitario, controlado por los médicos, donde la opinión de las mujeres cuenta muy poco, especialmente en los servicios públicos de salud.

El develamiento del sesgo sexista en las ciencias de la salud, provino del feminismo desde donde se cuestionó el pensamiento androcéntrico y el considerar al hombre como la medida de lo humano. El feminismo incluyó la diferencia sexual como fuente de comprensión de la salud-enfermedad y colocó las relaciones entre los géneros caracterizadas por poder-subordinación, como factores explicativos a considerar en la salud de hombres y mujeres. El feminismo develó cómo a partir de la diferencia sexual se legitima la desigualdad, cómo se construyen culturalmente los papeles de hombres y mujeres y cómo esta división sexual del trabajo asegura la continuidad de la organización social. El feminismo cuestionó también el enfoque centrado en las mujeres en tanto madres, y el desconocimiento de sus necesidades de salud a lo largo del ciclo vital y no solo en la edad reproductiva. Otra crítica presente es que el modelo biomédico se centró exclusivamente en las mujeres, dejando fuera la responsabilidad y participación de los hombres en el proceso reproductivo. (Rodríguez 2006, 205).

La subordinación por género sin embargo, no explica por sí misma por ejemplo, cómo junto a la diferencia sexual operan otros dispositivos de opresión y exclusión como la condición étnica, la edad, región, clase, país. De allí que, de la universalidad de la subordinación femenina se pasa a la deconstrucción de estas generalizaciones, para tratar de entender la

desigualdad de género, atravesada por otras desigualdades. En el campo de la salud, se trata de comprender la situación de la salud de las mujeres signada por determinantes de clase, edad, etnia, región, superando tanto las premisas esencialistas que explican el ser mujer por la biología y no por la construcción social y cultural, como las premisas universalistas que suponen una identidad común a todas las mujeres.

Para las mujeres indígenas, la desigualdad cultural y étnica junto con la de género y la pobreza, configuran factores de riesgo que tienen incidencia en todo el proceso reproductivo y que tienen especial relevancia a la hora de analizar la morbilidad materna.

El buen vivir: la salud de los pueblos indígenas

La salud y la enfermedad en la cosmovisión andina

La cosmovisión es la forma en que las personas interpretan el mundo en que viven, a través de las representaciones y creencias que se expresan en ritos. La cosmovisión se asocia al medio natural, a la variabilidad climática que influye en el desarrollo de una manera de ser, de sentir, de vivir y de ver el mundo que le rodea y que configura también un modo de concebir la vida.

Para la cosmovisión andina, el mundo es una totalidad viva, no existen partes separadas, todo está relacionado. La salud es el “estar bien” o *Allicai*, en equilibrio con la naturaleza, con los otros seres vivos y con los otros humanos. El centro de todo es la naturaleza, la Pachamama y lo que ella encierra: el suelo, clima, agua, animales, plantas, seres humanos, deidades. El cosmos es la casa común de todos los seres vivos. El equilibrio y la salud están relacionados con los humanos, los espíritus y las fuerzas de la naturaleza. La curación o el restablecimiento de la salud, requiere de puentes (*chakana*) que pongan en contacto el macrocosmos y el microcosmos. Allí el rol de los terapeutas o *Yachags* es fundamental para diagnosticar y curar.

En la cosmovisión andina la salud y la enfermedad son opuestas y complementarias. La salud es el reflejo de la forma cómo viven los humanos, es el respeto a las leyes sociales, el equilibrio, armonía y reciprocidad. La enfermedad es la ruptura del equilibrio y de la falta de respeto a las normas sociales, la ausencia de reciprocidad

Estermann (1998, 111) sostiene que los pueblos andinos indígenas tienen no solo su propia historia, sino también su filosofía¹⁰, “pacha-sofía” es decir su forma de entender el mundo. La racionalidad andina se expresa en una serie de principios que son la base para la pacha-sofía, estos principios son: la relacionalidad, la correspondencia, la complementariedad y la reciprocidad.

El principio de la relacionalidad o principio holístico indica que todos los elementos que conforman la totalidad, están relacionados entre sí, todo está vinculado con todo. La correspondencia se refiere a la relación armoniosa entre el macrocosmos y microcosmos, entre lo que está arriba y abajo, la vida y la muerte (Yáñez 2005). Igualmente el principio de la dualidad complementaria o Karywarmikay hace referencia a la presencia de un polo opuesto que implica la presencia del otro, los complementarios que no se contraponen. “Ningún ente y ninguna acción existe monádicamente, sino siempre en co-existencia con su complemento específico” Estermann (1998,126). La inclusión de los opuestos complementarios permite la coexistencia de partes contrarias y complementarias expresadas en una tercera entidad que es el todo.

El principio de reciprocidad o Ayni se refiere al intercambio de dones o favores que son los que permiten vivir en completo equilibrio con la naturaleza y los seres humanos. “primero hay que dar, para recibir”, marca los tiempos y espacios indígenas a la vez que da vida al aprendizaje y al intercambio de saberes. El principio de la reciprocidad se expresa en que “a cada acto corresponde como contribución complementaria, un acto recíproco. Este principio se aplica no solo a las relaciones humanas sino a la naturaleza y a las relaciones entre los seres humanos y la divinidad. “La ética no es un asunto limitado al ser humano y su actuar, sino que tiene dimensiones cósmicas” Estermann (1998,132)

Esta breve descripción de los principios del pensamiento indígena y su aplicación a la salud, muestran que el bienestar y la salud son el reflejo del equilibrio con la naturaleza donde la intermediación del mundo de creencias y la percepción de la realidad están presentes. La salud y enfermedad no son hechos aislados, ni se relacionan únicamente con los aspectos biológicos. El cosmos, la naturaleza, así como los seres humanos pueden estar sanos o enfermos.

En los pueblos indígenas la salud y enfermedad deben ser entendidas de manera contextual, donde lo individual está unido a lo colectivo y social, donde el cuerpo no puede ser analizado solo desde su materialidad y donde el desequilibrio que afecta a los diferentes ámbitos de la vida, sean naturales, sociales, espirituales o divinos, debe ser restaurado en su multidimensión física, espiritual y cósmica.

La salud representa la capacidad de trabajo, de sentirse feliz, alegre, en paz con la familia, en armonía con su entorno natural o humano. Las enfermedades, ya sean físicas, emocionales o mentales pueden tener origen en factores naturales y sobrenaturales y en la trasgresión de leyes divinas. La causalidad sobrenatural hace que se acuda a la virgen y los santos como intermediarios ante Dios para curar las enfermedades. Las parteras de Otavalo se refieren a la Virgen del Quinche, a la Virgen de Las Lajas como sus patronas. “*Yo solo soy su oficial*” (partera), es decir la ejecutante de la voluntad divina.

Sin embargo, la cosmovisión andina indígena hay que entenderla como producto cultural, y por tanto ha recibido influencias culturales de distinto origen. García Canclini insiste en la dificultad de reconocer lo que es propio de lo ajeno. En este punto es necesario remitirnos a los procesos de aculturación¹¹ en que vivimos y que se aceleran en el contexto de la rápida urbanización y las migraciones. Foster (1913) a partir de sus estudios sobre el proceso colonial en América concluye que:

“España impuso en la conquista a los indios su cultura que llegando a América como una fuerza de aculturación, produjo la civilización hispanoamericana. Pero como dos sistemas culturales nunca se ponen en pleno contacto, hay un doble proceso de tamización o criba, por el cual sólo una parte de la cultura donadora llega a la receptora y solo una parte de la cultura que llega es aceptada, con lo que la cultura receptora conserva muchos rasgos del patrimonio original.”

Aplicado a la salud, el análisis de los procesos de aculturación explicaría la persistencia de prácticas de salud propias de los sistemas andinos, pese a la imposición del paradigma biomédico occidental a través de los servicios de salud pública. Estas prácticas que no son exclusivas del mundo indígena, sino que también están presentes en el mundo mestizo urbano van desde la explicación de las causas de la enfermedad, los métodos de detección, los procedimientos terapéuticos que combinan medicina alopática. Rituales y símbolos hasta la forma de relación entre el paciente y el sistema de salud y la responsabilidad social/comunitaria frente a ella.

A diferencia de la medicina occidental, la cosmovisión indígena andina privilegia un enfoque comunitario y no individual para atender la salud. Empezando por la familia, la familia ampliada, los vecinos, la comunidad que cumplen diferentes roles para ayudar a restaurar el equilibrio y la salud. El comportamiento inadecuado puede tener repercusiones en el cuerpo individual y social, pues todo está relacionado.

Principales hallazgos del estudio

“Yo voy a dar a luz aquí en el hospital, me da miedo en la casa...vaya a pasar algo...para algo ha de servir el hospital” (usuaria indígena del hospital)

“A las 5:50 de la mañana salí para venir al hospital, lejos es... pero quiero que me vea el doctorcito” (usuaria indígena del hospital)

La demanda por los servicios del hospital por parte de mujeres indígenas no significa el abandono de sus costumbres y tradiciones relacionadas con la salud. Por el contrario, junto a sus expectativas de acce-

der a servicios públicos de buena calidad, perviven sus prácticas propias en salud. Consultar al médico y a la partera, usar hierbas medicinales y comprar medicamentos, hacerse el eco en el hospital y preguntar a la partera sobre la posición del bebé, si será hombre o mujer, hacerse un control prenatal y hacerse una limpia de cuy o de huevo con la mama partera o el yachag para alejar las malas energías, son todas prácticas incorporadas en la vida cotidiana de las mujeres indígenas de Otavalo, que dan cuenta de las transformaciones culturales que se operan junto a procesos de afirmación identitaria.

De igual manera, las mujeres mestizas acuden al “Jambi Huasi”¹² (Casa de la Salud) donde se ofrece medicina occidental y medicina indígena. Si al inicio este servicio se pensó como un servicio para la población indígena excluida del sistema de salud, en la actualidad, los servicios de Jambi Huasi son demandados por indígenas y mestizos. Es común que la población mestiza acuda en busca de servicios relacionados especialmente con la “cura de espanto”¹³, “cura del mal aire”¹⁴, “limpia de cuy” “limpia con huevos”.

La afirmación identitaria de Otavalo se expresa actualmente en el gobierno local, el Municipio que ha emprendido políticas para preservar y afirmar las tradiciones culturales sin cerrarse al diálogo con los “otros” con los mestizos. El orgullo de ser “otavalo”, de valorar su lengua, vestido, tradiciones, fiestas, su cultura es una fuerza que está cambiando también la actitud frente a los servicios del Estado. El contar con un alcalde indígena¹⁵ que ha incorporado la interculturalidad en su discurso y su gestión frente al Municipio, y en los dos últimos años, un indígena director del hospital cantonal son incentivos para que la población indígena haya empezado a demandar servicios de buena calidad, incluidos los servicios del Hospital San Luis de Otavalo.

“Otavalo es un cantón intercultural sin políticas de salud interculturales” (médico hospital San Luis)

Esta afirmación de uno de los médicos mestizos del hospital “San Luis” de Otavalo, durante las entrevistas que realicé en el transcurso de este estudio, fue una alerta para indagar cómo sería una política de salud intercultural adecuada en Otavalo, si sería factible construir un modelo propio intercultural de salud reproductiva, considerando las dificultades del Hospital San Luis, para captar al cien por ciento de mujeres indígenas en edad fértil, a las embarazadas e incrementar el parto institucional y/o con atención profesional.

El conocimiento del personal de salud sobre la cultura indígena es limitado a algunas ideas generales sobre costumbres de las mujeres indígenas en relación al parto. Quienes poseen alguna información son aquellos que por alguna razón de tipo profesional, por interés personal o por cumplir un requisito académico se han insertado en comunidades indígenas.

El personal de salud consultado sobre su conocimiento de la cultura indígena y de las prácticas de las mujeres en su proceso reproductivo, indicaron un mayor conocimiento con las costumbres durante el parto. Los conocimientos del personal de salud sobre la cultura indígena no solo son limitados sino que están imbuidos de prejuicios. En el campo de la salud se expresan no solo diferencias culturales sino relaciones de poder y desigualdad entre prestadores y las usuarias. El sistema de salud está representado por el personal, en su mayoría mestizos, que tienen su propia cultura y que desconocen la cultura indígena.

Pese a que un alto porcentaje de mujeres indígenas es bilingüe Kichwa/Castellano, (80%) ellas resienten que la comunicación en el hospital no sea en su propia lengua. Por su parte, el personal de salud desconoce en su gran mayoría el idioma Kichwa. Cuando el personal atiende a una mujer indígena, en su mayoría le dan instrucciones orales en idioma castellano. La entrega de instrucciones escritas en Castellano es limitada, debido al bajo nivel de escolaridad de las usuarias de servicios del hospital. En caso necesario, los profesionales acuden a traductores voluntarios que pueden ayudar eventualmente.

Los conocimientos del personal de salud sobre la cultura indígena no solo son limitados sino que están imbuidos de prejuicios. En el campo de la salud se expresan no solo diferencias culturales sino relaciones de poder y desigualdad entre prestadores y las usuarias. La forma de relación entre el personal de salud y las usuarias indígenas es en general paternalista y poco respetuosa, el tuteo es común, y el nombre es reemplazado por “hijita”. Este tipo de trato según una de nuestras entrevistadas auxiliares de enfermería, muestra el “cariño” para las mujeres indígenas.

“¿qué te pasa hijita?”

“¿Entiendes, o quieres que te repita?”

“quítate la ropa, desvístete. ¿Te bañaste?”

Según algunos profesionales entrevistados, “no existe discriminación en el hospital, a todos se les trata igual”. La impresión que tuve de este tipo de afirmaciones, fue de una defensa ante la posible crítica sobre trato discriminatorio a usuarias/os indígenas del hospital y a las quejas que las usuarias realizan sobre el maltrato que reciben de parte de algunos profesionales.

“Para mí no hay indígenas, mestizos ni negros, tratamos de aplicar lo que el Ministerio nos impone, igual para todos”. (Médico)

La mayoría de los entrevistados del personal de salud reconoce que sí existen barreras culturales para que las mujeres indígenas accedan

a los servicios del hospital, estas barreras están relacionadas con costumbres y creencias, resistencia usar servicios de salud, miedo, lengua en que se comunican. Las razones por las que no usan los servicios del hospital según el personal de salud, se debe al temor a ciertos procedimientos como el baño obligado, el desvestirse frente a extraños, el tacto vaginal, el rasurado, la posición ginecológica, la no posibilidad de ingreso de familiares o de las parteras. Se conoce además que el control prenatal se realiza de manera tardía

“Prefieren a la partera, no les gusta hacerse atender aquí” “No les gusta venir a los servicios por el maltrato, tiempo de espera, idioma y porque tienen más confianza con la partera” (opinión de una enfermera)

Las mujeres indígenas entrevistadas señalaron sus temores y recelos para el uso del hospital, especialmente relacionadas con prácticas como el baño, la no entrada de familiares, la realización de tactos, la posición ginecológica durante el parto, entre otros aspectos. La evidencia muestra dos formas de entender y atender la salud reproductiva. Las diferencias se resumen a continuación:

Estas brechas no son sino la expresión del desencuentro entre dos visiones sobre la salud, que corresponden a diferentes culturas. Cada pueblo construye un concepto de salud y bienestar, por lo que en un país multicultural como Ecuador, se necesita reconocer las prácticas culturales de los diferentes pueblos con relación a la salud. Las políticas públicas tienen el reto de integrar dichas prácticas en un concepto integral inclusivo de salud.

Dicho concepto integral de salud no se expresa en un modelo único de salud. Por el contrario, la heterogeneidad étnica y cultural del país demanda la construcción de modelos adecuados a dicha diversidad en el contexto de la atención primaria de salud y del sistema nacional y local de salud. La posibilidad de construir modelos interculturales de salud, pasa por la promoción del diálogo entre los prestadores de servicios tanto de la medicina occidental como de la medicina indígena, incluyendo a las parteras.

Resumen sobre brechas entre expectativas de las mujeres ya la práctica institucional respecto a la atención del parto

Brechas	Mujeres indígenas	Personal de salud
Lengua	Quieren que les hablen en su propia lengua, el Kichwa. Cuando se trata de temas sensibles como la salud, se sienten más cómodas expresándose en su propia lengua.	El personal en su mayoría no conoce el Kichwa. Para algunos el idioma debe ser el Castellano.
Información sobre procedimientos	Las mujeres no comprenden lenguaje técnico sobre procedimientos y tampoco se les informa.	El personal de salud toma decisiones que se las transmite de manera poco comprensible para mujeres con poca escolaridad.
Posición del parto	Quisieran que se les pregunte y se les dé oportunidad de decidir sobre posición del parto. De preferencia quisiera dar a luz en posición vertical: arrodilladas, en cuclillas o como se acomoden. En sus comunidades se practica el parto en posición vertical.	No preguntan porque consideran que la posición "natural" es la ginecológica. El parto vertical no se practica porque el personal médico no sabe cómo hacerlo.
Ingreso de familiares	Las mujeres insisten en que los familiares deben ingresar al hospital para ofrecer apoyo moral a la parturienta.	Por razones de espacio y de que no es una clínica, el personal no está de acuerdo con el ingreso de familiares.
Masajes	Las mujeres quisieran que se les alivie el dolor con masajes durante la etapa previa a las expulsión	Esta práctica no está incluida en el servicio.
Presencia de la partera	Mujeres indígenas se sentirían acompañadas con una persona de confianza que generalmente habla su propia lengua. El ingreso de la partera sería un factor de positivo hacia el hospital	Las parteras no pueden entrar al hospital. Hay desconfianza sobre su trabajo. ¿Quién asumiría el pago del trabajo de la partera?
Manejo de la placenta	Una práctica tradicional es el entierro de la placenta.	Se deshecha la placenta sin preguntar a la mujer ni a la familia. Es parte de la rutina hospitalaria

Conclusiones

El objetivo de este trabajo fue analizar las percepciones, conocimientos, prácticas expectativas de las mujeres indígenas de Otavalo, con respecto al proceso reproductivo: embarazo, parto, postparto, planificación familiar, violencia de género y la forma cómo resuelven las necesidades asociadas al mismo, en el sistema de salud o fuera de él.

El estudio quiso indagar sobre los factores que inciden en el acceso o no de las mujeres indígenas a los servicios públicos de salud reproductiva. Los resultados nos mostraron que se requiere un análisis que parta del reconocimiento de dos aproximaciones culturales a la salud, que operan con lógicas distintas: a) una visión occidental que privilegia los as-

pectos biológicos y técnicos, donde la salud es un hecho sanitario desligado de la realidad social y cultural, b) una visión andina indígena que parte del principio “estar bien” “buen vivir” “Allicai” en equilibrio con la naturaleza, los otros humanos y los otros seres vivos. La enfermedad es la ruptura del equilibrio y la falta de respeto a las normas sociales, la ausencia de reciprocidad. Existen una serie de principios: relacionalidad, correspondencia, complementariedad y reciprocidad que son bases de la racionalidad andina.

Los servicios públicos de salud están organizados bajo la concepción occidental para ofrecer servicios a una población homogénea: la mestiza. De allí que exista un desconocimiento del personal de salud sobre las expectativas, necesidades y demandas de las mujeres indígenas. Las brechas entre la oferta del hospital y la demanda de las mujeres indígenas se expresa en el lenguaje que se utiliza en los servicios y la realidad de mujeres Kichwa hablantes; en la forma de atención durante el embarazo, en la posición durante el parto que para las mujeres indígenas es la posición vertical en contraposición con la posición ginecológica que se ofrece en el hospital; en la participación o no de familiares, la presencia o no de la partera; el uso de hierbas medicinales, los masajes, entre otros.

El escaso conocimiento que tiene el personal de salud sobre la cultura andina indígena, constituye un obstáculo al mayor acceso de las mujeres indígenas a los servicios del hospital. Junto al escaso conocimiento existen también prejuicios respecto de las prácticas comunitarias que se consideran rezagos del atraso de los pueblos indígenas, a los que hay que llevar la modernidad.

La crítica al “desarrollo” y en este caso al “desarrollo de la salud”, se fundamenta en que “el etnocentrismo y el patriarcado influyeron en la forma que tomó el desarrollo. Las poblaciones indígenas tenían que ser “modernizadas” y aquí la modernización significaba la adopción de valores “correctos” es decir, los sustentados por la minoría blanca o la mayoría mestiza y, en general, de los valores implícitos en el ideal del europeo culto” (Escobar 1996,92).

El estudio buscó también analizar la relación entre conocimiento y poder, el conocimiento del personal de salud, de médicos y enfermeras y el poder que este conocimiento otorga frente a mujeres con baja escolaridad, que hablan otra lengua, la mayoría pobres, que acuden a los servicios de salud y deben someterse a las reglas y normas del hospital. Los discursos oficiales y legítimos sobre la salud, están concentrados en el personal de salud. No obstante, los agentes de salud comunitarios tan comunes en Otavalo, como yachags, parteras, sobadores, limpiadores de cuy, hueseros, desarrollan otros discursos y otras prácticas que sin ser oficiales, tienen legitimidad en el mundo indígena. Así, mujeres mestizas e indígenas se hacen chequear con el médico y con la partera, se curan del

mal aire, se limpian de malas de energías y algunas deciden dar a luz en el hospital y otras en la casa.

La posibilidad de encuentro de prácticas de salud distintas es posible sobre la base de reconocimiento y respeto, partiendo de que la visión occidental de la salud no es la única, de que el país en que vivimos no es homogéneo, de que los saberes y prácticas de salud del mundo indígena tienen su propia filosofía y de que una forma distinta de conocer la realidad se hace necesaria a partir de reconocer y valorizar diversas formas de conocimiento, lo que Maritza Montero (citada por Lander 1993) llama “una pluralidad epistémica” que reconozca el carácter histórico, determinado, indefinido y relativo del conocimiento.

La interculturalidad en las políticas públicas y en particular las de salud, es una exigencia de la democracia. La exclusión y la discriminación son barreras al ejercicio de derechos. El acceso a la salud hoy por hoy limitada por barreras económicas, sociales y culturales evidencia brechas que deben ser cubiertas si se trata de extender la ciudadanía. Pero las políticas de salud asimilacionistas y homogeneizantes que promueven servicios de salud para todos, si consideración de las diferencias culturales, deben evolucionar hacia políticas interculturales que promuevan el diálogo de saberes y prácticas desde una posición de respeto a la diferencia.

La generación de información desagregada que muestre las brechas de discriminación entre grupos étnicos, junto a estudios cualitativos que profundicen aspectos sociales y culturales que determinan el acceso a servicios públicos de salud, pueden contribuir a la formulación de políticas públicas que alienten la inclusión y el ejercicio de derechos de los grupos sociales excluidos.

Notas

¹ Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA, Ecuador, lrodriguez@unfpa.org. Este trabajo es parte de una investigación más amplia que realiza la autora en Ecuador. Sobre salud intercultural.

² Por brechas nos referimos a las diferencias que exhiben mujeres indígenas y no indígenas en indicadores como control prenatal, atención del parto institucional, control postparto, uso de métodos anticonceptivos, papanicolau, con clara desventaja hacia las mujeres indígenas.

³ La atención institucional el parto a nivel nacional es de 74.7%, para las mujeres no indígenas alcanza a 80.2% y para las mujeres indígenas apenas llega a 30.1%

⁴ La Constitución Política aprobada en septiembre del 2008 “garantiza las prácticas de salud ancestrales y alternativas mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos” (art. 363).

⁵ La razón de muerte materna en Ecuador es de 73 mujeres por cien mil nacidos vivos. (Anuario de estadísticas vitales 1980-2006)

⁶ El etnocentrismo en Antropología se refiere “al convencimiento de que las normas por las que se rige el propio comportamiento, las pautas culturales adquiri-

- das por el individuo durante el proceso de enculturación, son las únicas posibles, las naturales, las mejores, las más bellas, y que todos cuantos exhiban otras apenas son dignos de ser llamados humanos: solo los que comparten aquellas normas gozan del privilegio de la humanidad, los que quedan en el exterior del grupo permanecen también fuera de ella” (diccionario de relaciones interculturales, 2007)⁷
- ⁷ El Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social, CEPAR aplicó 320 encuestas a usuarias del Hospital “San Luis” de Otavalo. Personalmente apliqué 40 encuestas al personal de salud (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería) en junio del 2007
- ⁸ El cantón Otavalo se compone de 9 parroquias. La Población se organiza en alrededor de 157 comunidades Kichwa, Otavalo.
- ⁹ El etnocentrismo se refiere a actitud de juzgar otras culturas como inferiores a partir de sobrevalorar la propia.
- ¹⁰ El autor sostiene que la filosofía intercultural surgida en los 90, se basa en dos experiencias fundamentales: 1) la conciencia creciente de la condicionalidad cultural (culturo-centrismo) de la tradición dominante de la filosofía occidental y 2) las tendencias actuales, en si contradictorias del proceso acelerado de la globalización cultural por medio de una supercultura económica postmoderna por un lado, y el incremento de conflictos y guerras por razones étnicas y culturales por el otro lado (Estermann 1998, 30)
- ¹¹ El término fue utilizado por primera vez en 1880, por Mcgee quien se refería a la trasmisión de costumbres entre pueblos “de nivel inferior y de nivel superior”. Redfield (1857-1958) sostuvo la teoría del cambio cultural para explicar los procesos de secularización, individuación y desorganización que según él caracterizan este cambio. Esta teoría fue rebatida particularmente por Oscar Lewis (1914-1982)
- ¹² El Jambi Huasi, es un servicio iniciado en 1984, por la Federación Indígena y Campesina de Imbabura y que a partir de los noventa, ha recibido apoyo técnico del Fondo de Población de Naciones Unidas, UNFPA como una iniciativa que ofrece alternativa a la población indígena excluida de los servicios públicos de salud.
- ¹³ La cura del espanto, tiene su base en el concepto de dos almas en los seres humanos. La noción de la pérdida o robo del alma indica que la personalidad es divisible. El espanto o susto se produce por alguna impresión violenta en una persona que puede ser sensible y desarrollar reacciones psicosomáticas. “el apoyo recibido de parte del curandero, que recurre a maniobras y actos de índole terapéutico, provocan y permiten una reafirmación de la personalidad, contribuyen a la desaparición de los síntomas psicosomáticos”, Cabieses 1993,159
- ¹⁴ El mal aire tiene que ver con los espíritus que son traídos por el aire y pueden producir enfermedades. El mal aire viene acompañado de mareos, vómitos, dolor de cabeza, parálisis, cólicos. Cabieses 1993,159.
- ¹⁵ Mario Conejo es el actual alcalde de Otavalo, re-electo por segundo período. El director del hospital es el Dr. José Terán, indígena formado como médico en la medicina occidental y con conocimientos y práctica de medicina indígena.

Bibliografía

ALARCÓN M, Ana et.al “Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales”. Rev. Med. Chile v. 131 m.9 Santiago sep. 2003.

- ALBÓ XAVIER (2004) "Interculturalidad y salud" en Gerardo Fernández (coordinador) *Salud e Interculturalidad en América Latina*, Quito.
- ALDERETE Ethel (Wara) (2004) *Salud y Pueblos Indígenas*. Ediciones Abya-Yala, Quito.
- LE BRETON, David (1990) *Antropología del cuerpo y modernidad*. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires, Argentina.
- CAMPOS, Roberto (2004) "Experiencias sobre salud intercultural en América Latina" en Gerardo Fernández (coordinador) *Salud e Interculturalidad en América Latina*, Quito.
- CARAMÉS García, Mayte (2004) "Proceso socializador en ciencias de la salud. Caracterización y crítica al modelo hegemónico vigente" en Gerardo Fernández (coordinador) *Salud e Interculturalidad en América Latina*, Quito.
- CONEJO, Myriam (2006) *Sistematización de la experiencia de Jambi Huasi*. Quito, Ecuador. FICI, JambiHuasi, UNFPA.
- CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ECUADOR 2008.
- ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD MATERNA ENDEMAIN (2004) *Situación de salud de los pueblos indígenas en Ecuador*. Quito. CEPAR.
- ESCOBAR, Arturo (1998) *La invención del Tercer Mundo*. Editorial Norma, Colombia.
- ESTERMANN, Josef 1998. *Filosofía Andina. Estudio intercultural de la sabiduría autóctona andina*. Ediciones Abya-yala, Quito, Ecuador.
- FOUCAULT, Michel (1975) *Vigilar y castigar*, Editorial Siglo XXI.
- FOUCAULT, Michel (1980) *Power/knowledge*. Brighthon, Harvester.
- FOUCAULT, Michel (2003) *Historia de la Sexualidad. Siglo veintiuno*. Buenos Aires, Argentina.
- FOUCAULT, Michel (1992) *Microfísica del poder*. Las ediciones de La Piqueta, Madrid.
- FOUCAULT, Michel (2005) *El Orden del Discurso*. TusQuets editores. Barcelona, España.
- GARCÍA Canclini, Néstor (1990) *Culturas Híbridas. Estrategias para entrar y salir de la modernidad*. Editorial Grijalbo, S.A. de C.V. México.
- HALL STUART (2002) *El trabajo de la Representación*. Instituto de Estudios Peruanos.
- INSTITUTO INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS (2006) *Campaña educativa sobre Derechos Humanos y Derechos Indígenas. Salud Indígena y derechos humanos*, San José, Costa Rica, ASDI, OPS
- INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (2003) *Dirección nacional de salud de pueblos indígenas. Dirección nacional de educación intercultural bilingüe*, Fondo de Población de Naciones Unidas, Organización Panamericana de la Salud, Quito.
- LAGARDE, Marcela 1994 "La regulación social del género: el género como filtro de poder" en *Antología de la sexualidad humana*, CONAPO, México.

- LANDER, Edgardo (1993) *La Colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales*. Perspectivas latinoamericanas. www.aulaintercultural.org.
- MICHAUX, Jacqueline 2004 "Hacia un sistema intercultural de salud en Bolivia. De la tolerancia a la necesidad sentida" en *Salud e interculturalidad en América Latina*. Perspectivas Antropológicas. Gerardo Fernández Juárez coordinador. Abya Yala Quito, Ecuador.
- RODRÍGUEZ, Lilia (2006) "enfoque intercultural en salud sexual y reproductiva" en *Enfoque intercultural y de género en salud materna*. Jambihuasi, UNFPA, Ecuador.
- RODRÍGUEZ, Lilia (2007) "La salud y los derechos sexuales y reproductivos" en *La equidad en la mira: la salud pública en el Ecuador durante las últimas décadas*. Quito: OPS/MSP/CONASA).
- YÁÑEZ DEL POZO, José (2005) *Allikai, La salud y la enfermedad desde la perspectiva indígena*. Abya-Yala, Quito.