

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS  
ESCUELA DE SOCIOLOGÍA**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE: SOCIOLOGA CON  
MENCION EN DESARROLLO**

**SALUD E INTERCULTURALIDAD. EN EL ECUADOR, ¿EL CONCEPTO DE  
SALUD INTERCULTURAL ABRE ESPACIOS A UNA PRÁCTICA MÉDICA  
ALTERNATIVA? ESTUDIO PRÁCTICO EN LA SECCIÓN DE GINECO-  
OBSTETRICIA PARA ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE  
QUITO.**

**MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ ÁLVAREZ**

**DIRECTORA: NATALIA SIERRA FREIRE**

**QUITO, 2012**

Esta disertación está dedicada a todas las mujeres que se han convertido en madres y cuyas voces no fueron escuchadas al momento del parto. Dedico esta disertación a todas aquellas que, por una u otra razón, los médicos les impusieron la forma de dar a luz sin tomar en cuenta ni su cultura ni sus deseos, a todas aquellas a quienes violentaron sus cuerpos con procedimientos médicos innecesarios, a aquellas que no les permitieron tener un primer acercamiento con su hijo o hija ni darle el pecho desde el primer minuto de existencia, a aquellas que sintieron miedo o se sintieron solas por no haber podido contar con la presencia de sus seres queridos y a todas aquellas adolescentes que se convirtieron en madres y que asumieron con responsabilidad y valentía la tarea de criar y educar a un/a niño/a. También dedico esta disertación a mi mamá Susana quien, aun quedándose viuda, supo sacarnos a adelante poniendo siempre al amor en primer plano, y a mi familia: mi esposo Pablo y mi hijo Joaquín, el motor de mi vida.

Agradezco a la Pontificia Universidad Católica de Ecuador por brindar siempre a sus estudiantes una educación de calidad, a la Facultad de Ciencias Humanas y a la Escuela de Sociología y a sus dedicados docentes por su apoyo y por impartirme sus conocimientos de una manera dedicada y desinteresada.

## TABLA DE CONTENIDOS

|  |            |
|--|------------|
| <b>INTRODUCCIÓN</b>  | <b>1</b>   |
| <b>1. CAPÍTULO I. La Cultura</b>                                       | <b>6</b>   |
| El ser humano, un animal cultural                                      | 8          |
| El desencuentro de dos culturas: el problema de la alteridad           | 13         |
| La cultura moderna Capitalista   | 15         |
| Ecuador y Modernidad   | 20         |
| <b>2. CAPÍTULO II. La Salud</b>  | <b>21</b>  |
| La medicina occidental   | 21         |
| La salud en la Constitución de 2008                                    | 26         |
| Límites de la salud en el Ecuador                                      | 29         |
| La medicina ancestral  | 35         |
| <b>3. CAPÍTULO III. La interculturalidad</b>                           | <b>37</b>  |
| La interculturalidad como entendimiento intersubjetivo                 | 46         |
| Salud e interculturalidad en el Ecuador                                | 50         |
| Derechos humanos e interculturalidad                                   | 54         |
| La interculturalidad en la salud sexual y reproductiva                 | 56         |
| Parto Intercultural  | 62         |
| Crítica de la interculturalidad como mecanismo para dominar al otro    | 69         |
| <b>4. CAPÍTULO IV. Sin interculturalidad ni práctica intercultural</b> | <b>74</b>  |
| <b>5. CONCLUSIONES</b>   | <b>102</b> |
| <b>6. GRÁFICOS</b>   | <b>110</b> |
| <b>7. BIBLIOGRAFÍA</b>   | <b>113</b> |
| <b>8. ANEXOS</b>   | <b>116</b> |

## INTRODUCCIÓN

La interculturalidad es la mejor alternativa para que nuestra realidad latinoamericana pueda dar respuesta a la globalización, la misma que quiere equiparar todas las formas de pensar a la neoliberal capitalista: esta ha desterritorializado las culturas y ha pretendido homogenizarlas a la occidental, acarreado con ello graves consecuencias antropológicas. La globalización no ha sido más que una construcción ideológica que representa los intereses de los capitalistas y neoliberales y que ha monetarizado todas las dimensiones sociales y humanas. La concepción moderna de “sujeto” es absolutamente totalitaria y además, responde a un proyecto de “humanismo” egocéntrico que lo configura como centro del universo.

En nuestra realidad histórica, el concepto de igualdad no puede ser usado como estrategia de conquista ni colonización; no puede pretender que los individuos, pese a su diversidad, sean equiparados a un mismo estilo de vida. De igualdad sólo podrá hablarse en relación a derechos y oportunidades, más no a formas de pensar ni de actuar. No puede permitirse una reducción imperialista de las distintas culturas al capitalismo neoliberal, cubierta con la pantalla de “crecimiento común a escala mundial”. En nuestra región latinoamericana nunca ha habido un crecimiento común, sino un crecimiento dispar, en el que ha reinado la justicia y la falta de libertad. Lamentablemente, en nuestra región la diversidad ha sido sinónimo de desigualdad. Nuestra sociedad ha estado caracterizada por ser altamente inequitativa y por tener brechas sociales agigantadas. Ha reinado el etnocentrismo y los denominados blancos-mestizos han sido los que han ostentado el poder social y económico, pese a que Ecuador ha sido reconocido como un país pluricultural, se ha sometido a todos los pueblos a la lógica del mercado capitalista. Ahora, lo fundamental es responder ¿cómo convivir con diferentes? y ¿Cómo construir una sociedad equitativa en un mundo de extrema diversidad?

En el país, la interculturalidad ha sido abordada desde innumerables ramas. Nació en el ámbito educativo, ha incursionado con fuerza en las políticas de salud pública, especialmente en las de salud sexual y reproductiva como herramienta para atender a un número mayor de mujeres y para reducir los elevados índices de mortalidad materno-infantil y ha estado

presente igualmente en un sinnúmero de campos como los comunicativos, religiosos, modelos de gestión etc. No obstante, cuando se ha querido llevarla a la práctica, se han presentado trabas de todo tipo que sólo serán superadas si es que la interculturalidad no es tomada como un simple concepto, sino como una nueva forma de pensamiento que, si llega a convertirse en praxis, puede constituirse en un nuevo paradigma y conducir a una sociedad basada en el respeto y en la valorización de la diferencia.

El sector salud ha sido uno en los que más ha imperado la desigualdad: los practicantes de la biomedicina han sido los beneficiados y esta se ha impuesto en todo tratamiento. Lo mismo ha ocurrido en la salud sexual y reproductiva en la que la opinión, deseos y cultura de un sinnúmero de mujeres no han sido tomados en cuenta para llevar a cabo embarazos y partos tranquilos y felices.

El objetivo de esta disertación es analizar si en Ecuador el concepto de interculturalidad abre espacios para que exista una práctica médica alternativa. Para ello, se tomó como punto de referencia al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora que es considerado el más grande e importante de la capital que se especializa en el cuidado de la mujer antes y después del parto y de sus hijos e hijas y que por tanto, es elegido por un sinnúmero de jóvenes, adultas y madres gestantes. Adicionalmente, el prestigio de este Hospital radica en que cuenta con un área destinada a la atención “integral” de las adolescentes cuyas edades oscilan entre los diez a los diecinueve años y que además de estar equipada para atender complicaciones con su salud durante el parto, está preparada para atender complicaciones con los recién nacidos.

En esta institución, para llevar a cabo el trabajo de investigación, se analizó si existen las condiciones favorables para que pueda instaurarse una atención intercultural a las madres adolescentes tanto en el parto como en su período de hospitalización, lo que significaría abrir espacios de equidad entre el personal médico y la paciente en los que aquel no tome una posición de superioridad, sino que respete sus particularidades culturales y sus deseos como mujer al momento de dar a luz. Para ello, se analizó el discurso médico que impera en la institución y se recogió los testimonios de las usuarias y su grado de satisfacción con la atención recibida.

La hipótesis de este trabajo fue que en el Ecuador, el concepto de salud que se maneja aún no abre espacios para que se practique la medicina intercultural en el alumbramiento.

Esta disertación está dividida en cuatro capítulos. Los tres primeros son netamente teóricos y en el cuarto, se exponen los resultados obtenidos en la investigación y se responde a la pregunta. En el primer capítulo se aborda el tema de la cultura porque si no se entiende lo que ésta significa, no puede entenderse lo que representa la interculturalidad y puede caerse en el error de confundirla con civilización, y se hará una crítica a la Cultura Moderna, haciendo énfasis en el problema de la alteridad. En el segundo capítulo se abordará el tema de la salud en Ecuador y se hablará de sus aciertos y errores y la Constitución de 2008, en la que se verá también que la interculturalidad fue catalogada como una auténtica posibilidad de transformación social, entrando, con la misma perspectiva, al discurso sanitario y a la denominada “Salud Pública”, con la intención además, de “incluir” a estos grupos marginales dentro del Sistema Nacional de Salud. Conjuntamente, se notará que las primeras políticas sanitarias para hacer posible una “salud intercultural” estuvieron relacionadas a la maternidad y el parto, buscando implementar el denominado parto culturalmente asistido para que las mujeres de una cosmovisión ajena a la occidental y a su práctica médica pudieran ser atendidas dentro de una institución hospitalaria, adecuando el espacio a sus creencias. No obstante, se analizará qué factores han hecho que sea tan difícil su implementación. En el tercer capítulo, se hablará de la interculturalidad: de cómo ésta debería aplicarse y de cómo en realidad se hace. Para hablar de cómo debería aplicarse, se hará referencia a la teoría de la comunicación intersubjetiva de Habermas y a la Transformación Intercultural de la filosofía, propuesta de Raúl Fonet Betancourt y para criticarla, se mostrará cómo se ha presentado como una estrategia política para modernizar al “otro” a imagen y semejanza del “Yo europeo” y no como una alternativa de cambio hacia una sociedad más equitativa y justa. Finalmente, en el cuarto capítulo, se detallará el trabajo investigativo dentro del hospital.

En fin, esta investigación pretende mostrar la interculturalidad como un nuevo paradigma en el que se pueda reducir la tensión generada por la complejidad cultural, que no se refiere exclusivamente a problemas étnicos. Para ello se partirá de la filosofía crítica de la cultura,

haciendo énfasis en su crítica a la Modernidad por concebir la realidad solamente desde dos opuestos, sin tomar en cuenta sus realidades múltiples. También se hará referencia a Bolívar Echeverría y su filosofía de la cultura y se asimilará a la sociedad no desde sus prácticas exclusivamente productivas como lo hacía Marx, sino también desde el acto del habla y de la comunicación, de las relaciones sociales que se conforman en torno a ella e incluso de la cotidianidad, en donde se valoriza la subjetividad y se la considera una herramienta fundamental para la obtención de resultados en las investigaciones sociales. Igualmente se empleará a Enrique Dussel y a su libro el Encubrimiento del Otro, a Tzvetan Todorov y su libro “La conquista de América Latina: el problema del otro” para hacer referencia al problema de la Alteridad y para hablar del Descubrimiento de América como el acontecimiento fundante de la Modernidad. Se planteará el imperativo de hacer de la interculturalidad no sólo una forma de vida, sino una nueva filosofía y sobretodo, una nueva ética. Se hará referencia también a Franz Martin Wimmer y su teoría del polílogo para abrir espacio a contenidos filosóficos que superen los occidentales que siempre tendieron a dicotomizar la realidad. Entonces, esta disertación tomará a la interculturalidad no como una estrategia política para insertar a grupos sociales excluidos a la sociedad, sino como una posibilidad verdadera de cambio, y por tanto, censurará las intenciones paternalistas que no han hecho más que afianzar la idea de que a los grupos social y económicamente desfavorecidos hay que asistir, ayudar, enrumbar o adoctrinar y darles un “espacio”, que en realidad sigue siendo alterno y de dominación y que se reproduce en los países latinoamericanos que fueron conquistados y colonizados en el “encubrimiento de América”, como lo indica Dussel. Por el contrario, resaltará la importancia de la promover relaciones equitativas en las que ya no exista sólo un individuo que hable y otro que calle y acepte con resignación lo que su contrario dice, sino que exista dos interlocutores que tengan las mismas oportunidades de expresarse. Esta disertación además, promoverá la aniquilación del sujeto moderno y su inmediata sustitución por un sujeto fiel a la comunidad, que no aspire solamente a poseer como un mero agente económico o propietario, sino que aspire a compartir y defender la justicia, que no sea absoluto e inmodificable, sino que esté inmerso en un proceso continuo de transformación y formación, siempre en relación a los “otros”.

El universo de este trabajo fueron las mujeres hospitalizadas en el área de obstetricia para adolescentes del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora desde agosto hasta octubre de 2011 y las muestras fueron tomadas por accidente o disponibilidad. Al mismo tiempo, se basó en la investigación cualitativa y se utilizó la entrevista no estructurada. Se formó un grupo de discusión con mujeres que estaban hospitalizadas, se habló de sus experiencias y se discutió de su nivel de satisfacción en el servicio. En total, se realizaron 54 entrevistas a madres hospitalizadas y se hizo una entrevista a una de las psicólogas que atiende a las jóvenes y otra a una enfermera de cuidado directo que trabaja más de treinta años en la institución.

## 1. PRIMER CAPÍTULO: LA CULTURA

La cultura no es universal ni tampoco constante. Existen múltiples culturas y se modifican cuando entran en contacto unas con otras o a lo largo del tiempo. La cultura no puede asociarse con el nivel educativo o intelectual de una persona ni confundirse con civilización; es lo que nos constituye como seres humanos, lo que refleja nuestra identidad como personas y nos hace pertenecientes a un grupo social determinado en lo económico, productivo y espiritual. Es un concepto polimorfo, polifacético y de gran complejidad:

La palabra cultura apareció en la sociedad griega como “ethos” que significa hábito, costumbre, morada o refugio, aunque predominó su sentido semántico de “cultivar” que estaba referido a fomentar “*la humanitas*”, es decir, lo que distingue al ser humano de todos los demás seres. <sup>1</sup>Aristóteles, por ejemplo, comparaba el cuerpo con lo natural y el alma con lo cultural. Para él, todo lo correspondiente a lo natural era de “primera naturaleza”, mientras que todo lo relacionado a lo cultural era de “segunda naturaleza” o “espiritual”. Luego, el concepto cultura se limitó, por un lado, a la producción logocentrista, y por otro, a la producción artística.

Para hablar de cultura, necesariamente hay que localizarla dentro de un contexto histórico: La cultura no es independiente de la historia sino que está atravesada por ella, haciendo que siempre se modifique. Es por ese motivo que “*ninguno de los rasgos esenciales del hombre pueden ser fijados como rasgos eternos, invariables e inmutables*” <sup>2</sup>

Para Bolívar Echeverría la cultura es “*El momento autocrítico de la reproducción que un grupo humano determinado en una circunstancia histórica determinada hace de su singularidad concreta; es el momento dialéctico del cultivo de su identidad*”<sup>3</sup> Este mismo autor en su obra: “Teoría barroca de la cultura”, sostiene que su historia es una historia de

---

<sup>1</sup> Echeverría Bolívar. Definición de Cultura. Curso de Filosofía y Economía. 1981-1982. Primera Edición 2001. México. Pág.31

<sup>2</sup> *Ibíd.*

mestizaje y este proceso es a su vez, indetenible, proceso en el que cada forma social, para llegar a ser lo que es, ha intentado ser otra, cuestionándose a sí misma. Las olas migratorias, las actuales facilidades de movilización y de comunicación y la globalización han provocado que haya un “choque de culturas” cada vez más acelerado. Por ejemplo, hoy en día son los latinoamericanos quienes han comenzado a viajar y a residir en Europa. Anteriormente, las culturas estaban limitadas a poblaciones concretas, limitadas a determinadas zonas climáticas y geográficas, pero ahora, son cada vez más difusas o extensas y el proceso de modificación o eliminación más acelerado.

La capacidad de transformación de las culturas permite que existan los denominados “períodos de transición” en los que aún se conservan ciertos rasgos que entran en conflicto o contradicción, pero que también se reciba otros a los que se quiere acoplar y que por tanto, mantenga como proyecto en realización. De esta manera, pese a que nos refiramos a “cultura”, en realidad existen culturas, y cada vez son más numerosas. En nuestra época, estas ya no pueden estar aisladas unas de las otras. Hoy día son raros los casos de culturas herméticas que no tengan relación con ninguna otra, como los “Tagaeri” que aún viven sin contacto con el mundo exterior.

Las culturas, cuando entran en contacto unas con las otras, no pueden evitar poner en juicio ciertos aspectos, provocando incluso que algunos se eliminen o modifiquen. Estos cambios pueden ser positivos o negativos. Son positivos cuando ninguna de las dos culturas es puesta en una situación o posición de desventaja frente a la otra: ambas se muestran dispuestas a abrirse a los conocimientos y a la cosmovisión de la otra, muestran curiosidad por ellos, pensando en que conocerlos, puede significar un enriquecimiento. En cambio, son negativos, si una de las dos culturas se ubica en una situación privilegiada, pensando que ella es la única y verdadera y que la otra está equivocada, o es inferior a ella.

Por lo antes visto, no puede pretenderse que exista un código universal de comportamiento reproductivo de la vida humana porque lo que existe en realidad es un sinnúmero de maneras de reproducción, cada una normada con su código particular y respondiendo a una historia

concreta. La universalidad humana por ende, es una utopía: lo que existe en común entre “las distintas humanidades” y entre sus particulares procesos de reproducción es la libertad.

El primero que dejó de emplear el término “cultura” como única y universal para referirse a “las culturas” desde la diversidad, fue James Clifford. Este antropólogo consideraba que a las culturas no es posible investigarlas desde lugares y contextos fijos, sino que siempre hay que relacionarlas con los desplazamientos geográficos que permiten que se mezclen entre sí y surjan nuevas prácticas.

En resumen, la cultura es la forma cómo vive un pueblo, conoce, produce, construye, se expresa, actúa y se comunica. Comprende su modo de ser, vivir y valorar y es por ende, determinante de su identidad. La cultura no es estática ni inmutable: se aprende, se transmite, se socializa y está siempre inmersa en un juego de integrar lo particular a lo universal por medio de las siguientes categorías: yo, tú y nosotros. En la cultura comunitaria, por ejemplo, el nosotros prima sobre los demás, mientras que en la cultura individualista, el Yo quien asume la posición privilegiada y en la que el “tú” y el “nosotros”, no son más que medios para afirmarlo: *“El sujeto busca su beneficio individual por medio de la negación de la subjetividad del otro convertido en objeto de su utilidad”*<sup>4</sup>

## **1.1.El ser humano: un animal cultural**

El ser humano, aunque no se distinga “funcionalmente” de los demás animales mamíferos más desarrollados porque las funciones que cumple para mantener y reproducir su vida son las mismas, tiene una característica especial que lo diferencia: él reflexiona y habla sobre ellas. Si bien es cierto que los animales comparten con él ciertas actividades triviales como la vida en grupo, la alimentación e incluso la convivencia en sociedad, nunca adquieren una relación dialógica de comunicación. Por tanto, el lenguaje es la característica que hace sobresalir al ser humano de entre las demás especies y que le ha permitido relacionarse con sus semejantes para la construcción de mundo:

---

<sup>4</sup> Sierra Natalia. Educación Intercultural Bilingüe. Pág. 27

*“El ser humano hace, él también, todo lo que hacen los animales, pero lo hace como si estuviera haciendo otra cosa al mismo tiempo, algo que le importara más. En efecto, si se consideran, una a una, todas las funciones vitales del animal humano, no es posible dejar de observar que éste le pone condiciones a su cumplimiento; a cada una de ellas le inventa virtudes y defectos que los otros animales no pueden siquiera distinguir”. 5*

El hombre se distancia de los animales en el momento en que empieza a construir sus medios de vida. Aunque fisiológicamente y morfológicamente hablando ha estado siempre en desventaja con el resto de las especies, por medio del trabajo ha sido capaz de construir un mundo “artificial” por encima de la naturaleza para superar esta desventaja. Si se analiza al ser humano a lo largo de miles de años, se puede ver que éste no ha sufrido cambios orgánicos significativos pero que sí ha tenido cambios culturales de gran relevancia que lo han hecho convertirse en la primera especie en superar el lento y limitado mecanismo de la evolución biológica y que ha acelerado su evolución intelectual para pasar del *homo sapiens* al “*homo anthropologicus*”, es decir, al hombre que se estudia a sí mismo. Al construir sus medios de vida, el ser humano ha estado en medio de dos procesos: el instintivo o metafísico y el social o político y esto ha causado que su vida sea dual y conflictiva porque siempre ha buscado que el primer proceso anule al segundo. La prohibición de su comportamiento instintivo le ha llevado a trascender su propia animalidad, coartar sus impulsos y desarrollar una capacidad política y de lenguaje.

En el momento semiótico o espiritual, el ser humano no sólo ha producido y consumido objetos, sino también significaciones. En este proceso de comunicación ha sido cuando se ha hecho sociedad: el hombre ha modelado sus opiniones, actitudes, su conocimiento, sus valores y percepciones con respecto al resto y esto le ha permitido ser parte del sistema social de convivencia, es decir, de la comunidad en la que la individualidad de los individuos, no puede desplegarse del contexto social ni de la reciprocidad:

*“Concreto es el ser singular que se encuentra inmerso en un proceso en el que él, con su estar ahí y actuar, se encuentra “haciendo” a los otros, alterando su existencia, y en que, al mismo tiempo, se*

---

<sup>5</sup> Echeverría Bolívar. La Modernidad de lo Barroco. La Condición Moderna de la Cultura. Cultura e identidad. Pág. 131

*encuentra también dejándose hacer por ellos, asumiendo de un modo o de otro, los intentos de cambiarlo que provienen de ellos. Concreto es el individuo que está comprometido en una historia de interacciones en la que se constituye como tal”.*<sup>6</sup>

Por ende, el ser humano es tal sólo en interrelación con sus semejantes. No puede tener una individualidad aislada: pese a que los individuos tengan sus particularidades, siempre habrá características de su cultura que estarán intrínsecas en su personalidad. Entonces, para “ser” dentro de una sociedad con su respectiva organización, el individuo debe formar parte de los “juegos y relaciones de reciprocidad”. La reciprocidad puede entenderse como la interacción entre varios individuos que se transforman mutuamente.

## **1.2.El desencuentro de dos culturas y el problema de la alteridad**

El Descubrimiento de América fue un acontecimiento que marcó una verdadera ruptura en la manera en cómo estaba estructurado y se entendía al mundo. El aparecimiento de un nuevo continente significó una reestructuración geopolítica y de pensamiento. La Tierra se separó en dos mitades: la del mundo occidental o moderno y la de los “otros”. Esta significó el inicio de otra forma de jerarquización y de estructuración del poder, significó al aparecimiento del colonialismo y de sus inequidades, de un colonialismo no sólo de territorios, sino también de identidades y de pensamiento. El Yo se configuró bajo la figura del individuo cognoscente y creador de significados, el Otro, bajo la forma del indio, del marginal, del afrodescendiente, de todos aquellos supuestamente “no cognoscentes,” convirtiéndose en simples receptores: no sólo de pensamiento, sino también de cultura y ocupando por tanto, posiciones negativas dentro de la red económica y simbólica de la sociedad.

Cuando Colón llegó a América, casi enseguida del primer contacto, empezó a bautizar y nombrar a su gente y a sus territorios a su antojo, cambiando sus nombres por otros que hacían honor a Dios, la virgen, los reyes de España y que él consideraba “más justos”. Colón ha sido

---

<sup>6</sup> Echeverría Bolívar. La Modernidad de lo Barroco. La Condición Moderna de la Cultura. Cultura e identidad. Pág. 131

considerado el primer hombre moderno y con él, comenzó el yugo europeo. Lo que hizo fue nombrar lo que ya estaba nominado y éste fue el primer acto de tomar posesión sobre el otro de una manera negativa. Este acto despertó un gran placer en Colón quien, como se describe en su propio diario de viaje, caía en el error de nombrar dos veces la misma cosa. Él no hizo ningún esfuerzo por entender las lenguas locales, le parecían extrañas y solo buscó en ellas palabras familiares al español. La incompreensión entre indios y españoles fue total y a Colón le interesaban más las tierras que sus propios habitantes. Lo que más le llamó la atención de estos últimos fue su desnudez. Para Colón, la vestimenta era sinónimo de civilización; los comparó con animales y los llamó “salvajes” y en su diario añadió que son “pobres del todo”, asociando su desnudez a una escasez espiritual y los catalogó como “culturalmente vírgenes”. Colón no tuvo ninguna intención de comprenderlos y lo que más le interesaba era lo que encontraba en la naturaleza. Para él, los americanos eran como páginas en blanco sobre las que había que imprimir el cristianismo, la lengua, las buenas costumbres, la cultura etc. Colón y los españoles en ningún momento respetaron sus diferencias. Desde el primer contacto, los consideraron inferiores y aún peor, consideraron que tan sólo eran un estado imperfecto de ellos mismos. Si bien es cierto que una de los objetivos del viaje de Colón fue expandir el mensaje del Cristianismo, el más importante fue sacar a España de la crisis económica que estaba atravesando.

El Descubrimiento de América aconteció en un período de transición: cuando la religión estaba perdiendo adeptos y poder, y los bienes materiales comenzaron a tener mayor importancia. Los españoles, al descubrir toda la riqueza que tenía América, empezaron a tomarla sin medida ni discreción y como pago anticipado a su proyecto de evangelización y culturización. Asimismo, por considerarles como otro “objeto” más de la naturaleza, los tomaron a la fuerza, los treparon a sus embarcaciones y los llevaron como esclavos al viejo continente. Si el indio varón fue violentado y ultrajado, la mujer lo fue el doble. En el libro “La Conquista de América, el problema del otro” de Tzvetan Todorov, se describe la historia de una mujer, de la que no quedan más que un par de líneas escritas en los diarios de los conquistadores, en las que se describe que fue arrojada a unos perros furiosos que le quitaron la vida. Los españoles no la violaron sino que la lanzaron a aquellas bestias: la razón principal: eran india y mujer.

Se puede ver que el inicio de la Modernidad estuvo plagado de contradicciones. En un principio, Colón describía al indio como “el buen salvaje” pero luego se refería a él como un bárbaro irracional. Sin duda, estas ambigüedades fueron consecuencia de la restricción de los indios como sujetos con los mismos derechos que los españoles: la alteridad se reveló pero enseguida, se negó. Lo mismo pasó en la Conquista de México con Hernán Cortés, Moctezuma y los Aztecas. Los conquistadores no entendían cómo ellos no daban la importancia que se merecía el individuo; para los aztecas su vida dependía de la comunidad y de lo que el destino les tenía preparado. Por eso, les era incomprensible que no exista una voluntad individual libre que construya su porvenir. Cortés, a diferencia de Colón, ansiaba “entender” a los aztecas pero para que su conquista fuera más fácil. “Comprender” llevó a “tomar” y “tomar” a destruir. Curiosamente, Cortés admiraba la cultura azteca y se refería a sus producciones con éxtasis, sin embargo, no valoraba a sus autores. No los reconocía como individualidades humanas que se encontraban al mismo nivel que él, sino como simples productores de objetos y cuando se comunicaba con ellos (a través de la Malinche, su traductora) no existía diálogo, sino un monólogo. Aunque Cortés hubiese “comprendido” a los aztecas, su comprensión de nada sirvió porque esta terminó siendo una simple herramienta de guerra.

La Conquista de América mermó drásticamente la población. Una de las múltiples causas fue el maltrato que los indígenas recibieron por parte de los españoles cuya intención era conseguir riqueza en el menor tiempo posible, poniendo a los indígenas a trabajar por períodos muy prolongados de tiempo. Como se ve y mientras avanzaba la Conquista, los valores cristianos como el de “amar y respetar al prójimo como a ti mismo” fueron suplantados por un único valor: el dinero. Los conquistadores se sentían absueltos de toda culpa porque la matanza que perpetuaron ocurrió lejos de la metrópoli y como nunca tuvieron una relación real de comunicación con los indígenas, los consideraron víctimas extrañas o lejanas.

Desde que los europeos llegaron por primera vez a tierras americanas, los indígenas fueron “los otros” y su exterminio y dominación los justificaron como si hubiesen sido la voluntad de Dios. Los indígenas que no murieron sólo tenían dos opciones, o se acataban y se convertían

en “siervos” o se sublevaban y se convertía en “esclavos”. Los indígenas tuvieron que resignarse a que los españoles decidieran las leyes del juego y a simplemente escuchar sus disposiciones sin poder pronunciar ni una sola palabra ya que eran considerados “imperfectos humanos”.

Juan Ginés de Sepúlveda fue uno de los españoles que justificó el uso de las armas de fuego y de la violencia en su contra debido a su condición natural de inferioridad, a sus sacrificios rituales y por ser infieles a Dios. Se condenaba al canibalismo, pero como castigo a los que lo cometían se los quemaba vivos, lo que refleja otra contradicción absurda porque los acusadores terminaban haciendo lo mismo. Aunque hubo españoles que en cierta forma defendieron a los indígenas, tampoco estuvieron exentos de incidir en su dominación. Fray Bartolomé de las Casas fue uno de ellos. Él es descrito por los historiadores como el más benevolente que supuestamente amparó el bienestar de los indios y se opuso a la idea de llamarlos “bárbaros”, los consideraba mansos e incluso les encontró un gran parecido a los cristianos. Sin embargo, él también se dejó derrotar por el egocentrismo europeo al afirmar que ellos aún se encontraban en el primer peldaño de la civilización, al contrario de los europeos que ya la habían alcanzado. Aunque él dijera que respetaba sus diferencias, puede verse que en realidad, quería que aquellos fueran igual a los europeos.

El problema de la alteridad puede tomar tres vías:

- El otro es igual o el otro es inferior a mí
- Reconozco e incluso adopto los valores del otro o le impongo los míos.
- Conozco o ignoro la identidad del otro.

De las tres vías, en la Conquista de América, los españoles optaron por las negativas que perduraron también en la Conquista. Con este acontecimiento, se configuró el europeo como centro del mundo. La comunidad dejó de ser importante y preponderó el individualismo y los intereses personales del “conquistador” sobre los intereses colectivos. A partir de entonces, el individualismo hedonista se convirtió en la ética, en la lógica y en la cultura de la sociedad denominada “occidental” y no sólo el aquel, sino también el individualismo posesivo, es decir, la convicción de que cada uno es el dueño de sus facultades y del producto de sus facultades,

sin deber por ello nada a los demás, como bien lo señala Adela Cortina, en su conferencia “Ética, ciudadanía y modernidad”.

Los españoles llegaron a América con el propósito de salvar a su nación de la quiebra económica e impartir el mensaje de Dios: llegaron supuestamente a la India y se encontraron con tierras plagadas de recursos y riqueza y con una población completamente distinta a la suya. Los indígenas cayeron ante el éxtasis que les produjo pensar que sus dioses habían llegado y los españoles sucumbieron ante la facilidad de dominarlos y ante la satisfacción de dejar de ser ellos los subyugados para tomar el puesto de amos.

Para los europeos fue realmente “un golpe de suerte”; su indignación de haber sido rechazados por los árabes de poder controlar el Mediterráneo oriental y de haber permanecido aislados o periféricos del mundo musulmán, fue suplantada por el deleite de poder ser los dominadores. Colón, con haber creído firmemente que descubrió tierras vírgenes, se dotó de una posición de superioridad inimaginable. Se configuró como colonizador, y como tal, con pleno derecho a hacer suyo lo manifiesto y todo lo relacionado con él, incluso, los seres humanos.

La historia universal que es enseñada en las aulas no es más que la historia europea. Ella la divide en edad antigua, media y moderna, ignorando la existencia de las demás culturas. De la forma que se relata el descubrimiento de América, pareciera que los indígenas aparecieron en el continente misteriosamente.

La historia mundial no considera la historia de las culturas del sudeste y este asiático, de donde realmente provienen las nuestras. América, cuando ya recibió su nombre después que Américo Vespucio supuestamente se diera cuenta que no era China ni la India sino otras tierras, se la catalogó como “nuevo continente”, pero, ¿nuevo para quién?

Los predecesores de los indígenas americanos son los polinesios que llegaron por medio del estrecho de Bering. A su vez, sus antecesores más antiguos fueron los de la cultura Mesopotámica, cuyo origen se remonta al 6000 a.C. Entonces, la cultura sudamericana no es tan reciente como se la ha catalogado, sino que proviene de poderosas culturas que le dejaron importantes legados. En todas las escuelas, de todo el mundo, se ha impartido esta historia

absolutamente limitada, convirtiendo a los estudiantes en “alienados mentales” como lo dice Enrique Dussel. Esta organización de la historia proviene de finales del siglo XVIII y fue la creación de Kant y Hegel (1818), románticos alemanes.

### **1.3.La Cultura Moderna Capitalista**

La historia universal fija a la Edad Moderna a partir del “Descubrimiento de América” en la que el europeo por primera vez reconoce su existencia y su conciencia desde una perspectiva epistemológica y de autorreflexión, es decir, comienza a pensarse a sí mismo, reconociéndose autónomo y finito. Fue en el siglo XIV en el que ocurrió lo que se conoce como “la civilización de la modernidad”, cuando se dio inicio a las relaciones entre propietarios privados, la ciudad comenzó a preponderar sobre el campo y se consolidó la economía mercantil capitalista:

*“Descreído en el terreno de la vida práctica de la imagen que le pintaba el mundo como un lugar de castigo, en el que hay que abstenerse de apreciar el valor de uso porque es un peligro para el alma, el hombre nuevo de las ciudades burguesas comienza a explorar con voracidad el repertorio fascinante de los “bienes terrenales”. Siente la necesidad de concretizar el mundo de la vida, y ve que solo puede hacerlo si inventa nuevas cualidades para la producción y el consumo de los bienes, puesto que las puramente locales o arcaicas ya no están o ya no se sostienen”.<sup>7</sup>*

Desde entonces, la cultura occidental ha pretendido relativizar a las otras ensalzando la suya. Hegel creía que la meta de la historia era la sociedad de occidente por ser una sociedad avanzada, portadora del capitalismo, de los derechos, las leyes, la ciencia y la tecnología. Para él, la meta debía ser universal, es decir, constituirse también en la meta de todas las demás sociedades. Como lo afirma Bolívar Echeverría, las sociedades modernas son aquellas que decidieron subordinar el conjunto de su actividad vital a la fase productiva de la misma y a

---

<sup>7</sup> Ibíd.

diferencia de las sociedades orientales como la China, que se manejan bajo una participación coordinada de varias comunidades para llevar a cabo un proceso reproductivo común, las sociedades modernas privatizan su proceso de reproducción social y desmiembran el denominado sujeto comunitario. Al contrario de las sociedades orientales, ejecutan un proceso productivista abstracto cuyo fin es la consecución de dinero. En cuanto al tiempo, éste no es circular como el de las sociedades orientales, sino lineal, abierto al progreso y con una aceleración y un perfeccionamiento cada vez mayores. En Europa, si bien en el siglo XIV comenzó a esbozarse lo que posteriormente sería el sistema capitalista, no fue hasta el siglo XVI en el que verdaderamente se concretó. El siglo XIV fue para que los individuos abandonasen sus formas “arcaicas” de comportamiento y vayan modelándolas en concordancia con el humanismo y el progreso. El verdadero inicio de la Modernidad puede situárselo en la sociedad europea del siglo XVI junto a su forma de “totalización civilizatoria” como la llama Bolívar Echeverría.

Existen varias razones que permitieron triunfar a la modernidad: el desarrollo de la ciencia y de tecnología, el desarrollo del Capitalismo, el progresismo, el urbanismo y el predominio del protestantismo sobre el catolicismo. El desarrollo de la ciencia y de tecnología permitió al europeo dominar, humanizar y racionalizar la Naturaleza con fines utilitarios y le ubicó como “rey del mundo” que finalmente se tradujo en un “antropocentrismo exagerado”, e incluso en una “antropolatría”. En este mismo siglo, la “Reforma Protestante” resquebrajó los sólidos cimientos sobre los que se había asentado el Cristianismo y permitió el nacimiento de otra forma de pensar y de ver el mundo y apareció la idea de “yo individual” y la devaluación de Dios. El Protestantismo, a diferencia del Cristianismo, es una religión que no sacrifica lo material para conseguir un pase al paraíso y que considera que la salvación está en la vida práctica y no en la monástica. El progresismo pasa a convertirse en la nueva religión laica:

*“El progresismo puro se inclina ante la novedad innovadora (“modernista”) como ante un valor positivo absoluto; por ella, sin más, se alcanzaría de manera indefectible lo que siempre*

*es mejor: el incremento de la riqueza, la ampliación de la libertad, la profundización de la justicia, en fin, las “metas de la civilización”.*<sup>8</sup>

El progresismo considera que el tiempo cumple una trayectoria ascendente. Para él, tanto el pasado como el presente están ya superados y todo debe hacerse en función del futuro. Esta noción temporal está también expresada en lo espacial: la ciudad. El desarrollo del urbanismo reprodujo la típica configuración dual de la modernidad. En lugar de yo-otro, reproduce la separación urbano-rural: considerando lo urbano como lo válido, moderno, civilizado, racional etc. y a lo rural como lo excluido, retrasado, dependiente etc. (Vale aclarar que la configuración de la ciudad se concreta en la configuración del Estado nación)

*“(…) Realidad de consistencia derivada, la identidad nacional de la modernidad capitalista descansa en una voluntad sustentable del nacionalismo, entre ingenua y coercitiva: la de confeccionar, a partir de los restos de la “nación natural” ya negada y desconocida, un conjunto de marcas singularizadoras, capaces de nominar o de distinguir como compatriotas o como connacionales a los individuos abstractos (propietarios privados) cuya existencia depende a su asociación a la empresa estatal”.*<sup>9</sup>

## **1.4. Ecuador y Modernidad**

En el Ecuador, lo que existe no es Modernidad sino un proceso de modernización y que no ha llegado a todo su territorio. Como se ha visto, modernidad es igual a progreso. Para que una nación realmente progrese, este éxito debe verse reflejado en el bienestar de su población: en su situación socio-económica, acceso a servicios básicos, educación y salud. Con el proceso de modernización, lo que se pretendió es que los habitantes de todo el territorio nacional adquieran los parámetros de vida de las sociedades occidentales. En este proceso, no se tomó en cuenta ni la diversidad cultural ni de pensamiento. Se quiso “modernizar” sin detenerse a analizar las diferencias culturales existentes, hecho que provocó el fracaso de este propósito.

---

<sup>8</sup> Echeverría Bolívar. La Modernidad de lo Barroco. La condición moderna de la cultura. Pág. 153

<sup>9</sup> Echeverría Bolívar. La modernidad de lo barroco. La condición Moderna de la cultura. Pág. 155.

En el Ecuador existen brechas socio-demográficas y económicas de gran importancia. Aún perviven zonas rurales que sobrepasan en número a las urbanas. Nuestra historia se ha caracterizado por malos gobiernos que no se han preocupado de que su accionar llegue a territorios alejados de los cascos urbanos. Han sido las ciudades más grandes las beneficiadas de las reformas. Prácticamente, los limitados beneficios se han centralizado en ellas y para ellas:

*“(...) mientras en las ciudades se concentran los servicios básicos, la educación, los supermercados y el dinero magnético o virtual, en las zonas rurales aún hay gente que vive de la recolección, de la caza, de la pesca y el trueque, sin agua potable, ducha ni servicios higiénicos.”<sup>10</sup>*

Por esta razón, no es posible hablar de Modernidad en el Ecuador, sino de una modernización incipiente. Esto puede verse en la página web de Ecuador en cifras del INEC en donde se evidencia que, por ejemplo, aún existe analfabetismo: un 9.7% de la población no sabe leer ni escribir,<sup>11</sup> cuando, para el 2006, existía una pobreza por necesidades básicas insatisfechas de un 45.75% o cuando aún un 10.33% no dispone de energía eléctrica.<sup>12</sup> En general, en Ecuador no existe una cultura moderna, sino una cultura barroca: la que puede tomar los elementos modernos que le llegan de occidente, reproduciéndolos a su manera. En general, la Modernidad es de Europa y se gestó siempre desde una relación desigual entre centro y periferia. El centro estuvo destinado al YO conquistador europeo, mientras que la periferia estuvo desde siempre destinada al Otro conquistado, en este caso, al latinoamericano.

La verdadera cultura latinoamericana ha quedado refundida en el recuerdo o en las prácticas privadas y el latinoamericano no ha conseguido superar el conflicto entre su verdadera identidad y la occidental, haciendo que se refugie en el silencio, imposibilitándolo de constituirse como líder o sujeto de diálogo, imposibilitándolo por ende, a ser partícipe de una relación de entendimiento intersubjetivo. Al guardar silencio, se convierte en una suerte de

---

<sup>10</sup> **Ortega Pérez Fernando.** Bioética en la interculturalidad, en Salud, Interculturalidad y Derechos Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay. Ministerio de Salud Pública. Gobierno Nacional de la República del Ecuador. Quito-Ecuador. Junio 2010.

<sup>11</sup> <http://www.ecuadorencifras.com/cifras-inec/alfabetismo.html#app=5df9&315d-selectedIndex=1>

<sup>12</sup> <http://www.ecuadorencifras.com/cifras-inec/vivienda.html#>

“cómplice” de la cultura que dominó la suya, en lugar de localizarse como sujeto libre, capaz de entablar una relación de diálogo con sus contrarios y en igualdad de condiciones.<sup>13</sup>

La Modernidad europea, lo que pretende hacer es “integrar” a las naciones de todo el mundo a su sistema: el capitalismo. Sin embargo, esta supuesta integración es contradictoria porque no se la hace en una situación de desventaja. Esta contradicción radica además en que todos los presupuestos fundantes de la Modernidad, supuestamente universales, no son aplicados en la periferia que sigue sin disponer de una educación de calidad, de acceso a la salud, de estabilidad laboral y de una buena alimentación. Sus habitantes están obligados a cumplir con las exigencias de sus empleadores, aún cuando éstas no sean justas, a trabajar más de las horas contempladas por la ley, a vivir sin los servicios básicos para llevar una existencia digna y por último, siendo víctimas del desprecio, exclusión y marginalización en todos los sentidos, sin ser libres para hacer valer su cultura y su forma de pensar y creer.

En el país no se ha vivido nunca una verdadera Modernidad, sino más bien, un proceso de Modernización en el que, se quiso instaurar un Capitalismo débil, caracterizado por un Estado endeble, un mercado nacional incipiente, una industria nacional ausente, un proyecto político pobre o inexistente y una identidad nacional tan frágil que siempre aspira semejarse a la europea y que a la final, lo único que se ha conseguido ha sido fortalecer las profundas asimetrías sociales, económicas, políticas y culturales. En general, en Ecuador es imposible que exista una población de propietarios privados, cuyo soporte sea el “yo individual”, sin ninguna relación con la comunidad y cuyo mayor interés sea la acumulación porque, muy al contrario, aún persisten familias que se sustentan en una economía comunitaria o agrícola, alejadas de la ciudad y radicadas en el campo.

A partir de la instauración del Capitalismo, las brechas comienzan a ser enormes. A los individuos marginalizados no solo se les quita la oportunidad de valorar y hacer valorar su cultura, sino también, se les aparta de los ámbitos de la política, educación y de la economía, volviéndose los más vulnerables en todos estos aspectos, teniendo que existir por fuera de la

---

<sup>13</sup> Sierra Natalia, Educación Intercultural Bilingüe. Pág. 5

sociedad, privados de reconocimiento, viviendo dentro de un mundo aparte, dentro del mundo del “no ser. Lo no-europeo comienza a ser marginalizado y a ser catalogado como lo “natural”, es decir, como lo “no cultural”:

*“El país, es un país fragmentado entre mundos distintos, con distintas prácticas, con distintas concepciones, con distintos intereses, un país que se debate entre prácticas pre-modernas y modernas, rurales y urbanas, comunitarias e individuales, etc. Un país social, político y culturalmente heterogéneo, profundamente complejo y conflictivo, históricamente jerárquico y racista, en cuyo interior el diálogo se vuelve algo imposible”<sup>14</sup>*

De los grupos marginados, el de los indígenas, es sin duda, el que más reivindicaciones ha tenido: estas comenzaron siendo a favor de la tierra, para, en la década de los ochenta, tornarse en torno a la legitimación, reconocimiento y conservación de su cultura e identidad por fuera de aquellos que se sienten parte de la denominada “sociedad blanca-mestiza”. A partir de entonces surge la propuesta para la conformación de un estado plurinacional, el mismo que reconoce la diversidad y su respeto, en lugar de homologar a todos dentro del Estado Nación y buscando que todos sus ciudadanos se reconozcan iguales en derechos. Fue de esta forma que nació el movimiento indígena CONAIE, en 1986. Conjuntamente, fue la educación intercultural bilingüe, legitimada por el Estado desde el año 1982, la encargada de formar y capacitar líderes indígenas, dotándoles de una conciencia y voluntad política de la que antes no disponían e impulsando la existencia de un Estado plurinacional y sobretodo, pluricultural. No obstante, en general, el proyecto se limitó a los asuntos de la “lengua”, en lugar de dar mayor impulso a la generación de una nueva forma de pensamiento.

---

<sup>14</sup> Sierra Natalia. Educación Intercultural Bilingüe. Pág. 15.

## **2. SEGUNDO CAPÍTULO: LA SALUD**

A lo largo de la historia de nuestro país, la salud ha sido uno de los temas más olvidados por los gobiernos de turno. La mayoría de veces, los hospitales y casas de salud públicos han estado desprovistos de recursos humanos y materiales y han tenido una sobredemanda. En 2009, según la página del INEC, el número de establecimientos médicos públicos con internación era de 186, mientras que el número de establecimientos privados con internación era de 542. Aunque el número de personas que puede acceder a una atención médica privada es mucho menor a la que no puede hacerlo, han existido 356 hospitales públicos menos. Adicionalmente, las prácticas médicas en los hospitales públicos han respondido exclusivamente al sistema biomédico occidental, aun cuando el Estado ha sido declarado como plurinacional en el que se distinguen y respetan múltiples formas de vida y de pensamiento. A continuación se hará un contraste entre la medicina occidental y la no occidental para luego, criticar a la primera por ser altamente excluyente y finalmente, entrar a la interculturalidad como alternativa de cambio para que en el sector salud, se tomen en cuenta las diferencias culturales, sobretodo, en la atención de la salud sexual y reproductiva. Se incluirá además, un análisis de los artículos que hablan sobre salud de la Constitución de 2008, se los comparará con los de la Constitución anterior y se resaltarán los límites que han caracterizado a la salud en el Ecuador.

### **2.1. La medicina occidental**

Conocida también como biomedicina, la medicina occidental se ha caracterizado por ser altamente excluyente, es decir, por prescindir de todas las prácticas o de todo pensamiento que no esté acorde a los principios de la razón y de la ciencia. En este último gobierno si bien se ha logrado que se apruebe una Constitución que incluye propuestas de varios sectores de la sociedad y que toma en cuenta a la interculturalidad, aún persisten innumerables trabas para que esta no pueda ser llevada a la práctica. La medicina occidental responde al paradigma biomédico desarrollista que tiende a descontextualizar y a aislar el cuerpo enfermo de los

factores socioeconómicos que de igual forma pueden ser causantes de la enfermedad; factores que también son de tipo espiritual y que inciden en la generación de los patrones de enfermedad, salud y muerte. Su evidente rechazo a dichos factores ha hecho que serios problemas de tipo económico, social y cultural se los trate como simples problemas médicos. Este es el caso por ejemplo de la desnutrición, a la que la manejan como enfermedad. De hecho, la medicina occidental se ha centrado exclusivamente en el estudio de aquella.

Para hablar del comienzo de la medicina occidental, hace falta remitirse a la Antigua Grecia. El padre de la misma fue Hipócrates de Cos, el mismo que la concibió desde una triada: enfermedad-paciente-médico y que redactó una serie de principios que ahora constituyen lo que se denomina “*código deontológico*”. Para él, sin la coexistencia de estos tres actores, cualquier tratamiento médico es improbable, inviable. La labor del médico necesita de un contacto directo con el enfermo, con el fin de detectar su enfermedad: ya sea tocándole o escuchándole. En un artículo publicado en internet llamado “Reflexiones sobre el progreso de medicina”<sup>15</sup> se puede ver que, desde sus comienzos, la ciencia médica occidental ha buscado corregir, reparar o curar al enfermo, basándose por tanto, no en el bienestar humano sino en su sufrimiento. Por lo tanto, para la medicina occidental, la salud siempre ha estado asociada a la enfermedad. No se ha tomado en cuenta que la salud está coligada a otras variables como el medio ambiente, el equilibrio psico-social y la cultura, pese a que Hipócrates de Cos sí los menciona en los principios que escribió. Hipócrates de Cos sostenía que el médico, a quien el paciente le entrega su confianza, debía comprometerse a no dañar la salud del paciente. Pese a que reconocía que la relación médico-paciente debía ser un diálogo abierto, también se mostraba de acuerdo con la idea de que la medicina debía procurar la objetividad para dar un diagnóstico efectivo, certero, veraz.

La cultura es una variable determinante porque ésta hace que la salud sea entendida desde un sinnúmero de maneras. Como puede verse en el país, los indígenas, negros, mestizos y costeños tienen distintas formas de conceptualizarla. La OMS la define como “*Estado físico y mental, relativamente exento de molestia y de sufrimiento que permite al individuo funcionar lo más*

---

<sup>15</sup><http://www.em-consulte.com/es/article/237007>. Dupont. B.M. Reflexiones sobre el progreso de medicina. Elsevier Masson, EM-Consulte.

*eficazmente y por el tiempo más largo, en el medio en el que la casualidad o la elección lo han ubicado”*

Pese a que la OMS incluya la variable “estado mental”, la medicina occidental no ha asociado la salud a un estado de completo bienestar, es decir, un bienestar no sólo físico o mental, sino también social porque se refiere ella como la ausencia de afecciones o enfermedades que deben ser físicamente evidentes. La medicina occidental maneja una metodología positivista, calculadora, estructurada en rígidos esquemas. Siguiendo esta lógica, los médicos operan un protocolo muy bien definido para que el tratamiento y la cura de los pacientes sea altamente efectiva. Para que un médico haga un buen diagnóstico y pueda cumplir con un procedimiento que cure la enfermedad, es necesario que excluya todo lo que pudiera resultar irrelevante. Su metodología podría equipararse al método de Durkheim quien proponía estudiar los hechos sociales como «cosas», a diferencia que en este caso, no se trata de hechos, sino de seres humanos. Lo que buscan los médicos es investigar las características observables y verificables empíricamente del cuerpo que lleven a encontrar la cura para sus enfermedades. Para alcanzar este fin, el diagnóstico es fundamental y si en el mismo no hay muestras científicamente demostrables de algún padecimiento, se da de alta a quien dice sentirse enfermo, sin detenerse a ver qué otras razones pueden ser las causantes de ese sentimiento de dolencia, y por tanto, excluyéndolo de los accidentes sociales y culturales, basándose exclusivamente en lo biológico y deslocalizándolo de su medio.

El Modelo de Salud Occidental es un Modelo Cartesiano-Mecanicista que tiene una concepción fisicalista del hombre al que lo divide en cuerpo y mente, sin otorgarles ninguna relación entre sí. Por tanto, la práctica médica de la medicina occidental es:

1. **Asocial:** por ignorar las relaciones sociales que hay detrás de la enfermedad.
2. **Biologicista:** por centrarse en la naturaleza orgánica de la enfermedad.
3. **Ahistórica:** Por contemplar las enfermedades como entidades fijas, aisladas y homogéneas, en lugar de verlas como fenómenos históricos en constante proceso de construcción, redefinición y cambio.

4. **De eficacia pragmática:** Por tener como meta evidenciar su superioridad frente a otros métodos.<sup>16</sup>

El cuerpo es tomado como el eje central de intervención y en lugar de considerarlo como un todo armónico que funciona en concordancia con el aspecto emocional y psíquico de su portador, lo separa en órganos. Según Foucault, la medicina occidental es un proyecto de ingeniería social asociada al despliegue de la gubernamentalidad del Estado Moderno.<sup>17</sup> La medicina occidental reproduce la lógica de la Modernidad al concebir la salud, a más de lo físicamente evidente y de la dolencia, desde esquemas bipolares, de los que el más importante es la oposición entre “lo normal” y lo “patológico”. Lo “normal” está descrito desde la cultura europea occidental y sus modos de vida. Desde la medicina occidental, la realidad es por tanto, analizada desde una lógica binaria, en base a oposiciones irreductibles<sup>3</sup>.

Para estudiar el comportamiento social de los médicos, puede hacerse referencia al libro “La Distinción” de Bourdieu, en el que dice que los individuos que poseen altos volúmenes de capital, ya sea social, cultural o económico, ejercen dominación sobre otras capas sociales que están en situaciones de desventaja. En este caso, los médicos poseen capital cultural o académico y además, capital económico porque su profesión es altamente valorada, sobretodo por manejar dos aspectos trascendentales en la cosmovisión de cualquier cultura o ser humano: la vida y la muerte. Los médicos, además de alcanzar altos volúmenes de capital cultural, económico y social, también son poseedores de altos volúmenes de capital simbólico. El hecho de que ellos puedan inmiscuirse con la muerte, les dota de un sentido de superioridad o de sacralidad. Sin embargo, esta apreciación que los pacientes tienen sobre ellos, es aprovechada por los mismos para ejercer dominación. La relación que ellos tienen con sus pacientes es evidentemente vertical. Realmente no existe un diálogo entre ambas partes sino que se trata de imposición. El médico asume una situación de superioridad respecto a sus pacientes quienes, al ser la parte dominada, necesariamente tienen que acatar sus

---

<sup>16</sup> María Teresa Caramés García. Proceso socializador en Ciencias de la Salud. Caracterización y Crítica del Modelo Hegemónico Vigente. Universidad de Castilla-La Mancha. España.

<sup>17</sup> Foucault Michel. El Nacimiento de la Clínica. Una arqueología de la Mirada médica.

<sup>3</sup> Michaux Jacqueline. Hacia un Sistema Intercultural de Salud en Bolivia. De la Tolerancia a la Necesidad Sentida. Universidad Mayor de San Andrés. La Paz, Bolivia.

disposiciones. Aquellos, por tanto, reproducen el etnocentrismo característico de la cultura occidental y que a su vez, lleva a establecer una relación inequitativa entre el especialista y a quienes trata: una relación de sujeto (racional y portador de conocimiento) y objeto. Por tanto, la concepción de la salud desde la medicina occidental, está ligada al poder y, al igual que la ciencia, es y ha sido “incuestionable” e “indiscutible”, gozando de una credibilidad general.

En la medicina occidental, el paciente queda reducido a su organicidad, a su biología. No se lo concibe desde su humanidad, sino desde su practicidad y funcionalidad. No se considera que, al tratarse de un ser atravesado por la cultura, es signo pero a la vez, símbolo y su ser simbólico es completamente ignorado por el saber-hacer médico. (Esta relación signo-símbolo vendría a ser lo mismo que la relación cuerpo-alma, entendida esta última como el lado psico-emocional de los pacientes)

Según Markus Treichler<sup>18</sup> la enfermedad no puede vincularse únicamente a lo biológico sino que debe relacionársela al contexto social y cultural de pertenencia del individuo y a su red de relaciones sociales. La enfermedad expresa entonces relaciones sociales que constituyen el “cuerpo colectivo y simbólico”. Para Foucault, la enfermedad es más desnaturalizada cuando más complejo es el entramado social y cuando esto sucede, es aún más necesaria la intervención de los hospitales. Antes de la Modernidad, la salud, como asunto “natural”, se remitía al lugar natural de la vida, es decir, a la familia.

El método de los médicos, al igual que al de Durkheim con la sociedad, se basa en el supuesto que es indispensable desechar todos los criterios emocionales-subjetivos, utilizando sólo aquellos criterios y conceptos construidos científicamente, comprobables, demostrables, evidentes. Como el sociólogo que, según Durkheim, debe aislarse de sus creencias político-religiosas porque podrían influir sobre los hechos sociales que se estudian, los médicos también deben aislarse de toda conjetura emocional que pueda poner en riesgo su profesionalismo. Lo subjetivo debe entonces ser delimitado y aislado y la injerencia que posee

---

<sup>18</sup> María Teresa Caramés García. Proceso Socializador en Ciencias de la Salud. Caracterización y Crítica del Modelo Hegemónico Vigente. Universidad de Castilla-La Mancha. España

la medicina occidental se debe a que esta ha sido la forma hegemónica de construcción de conocimiento. En este punto es necesario que se tome en cuenta la formación académica de los médicos. En el caso ecuatoriano, son las universidades más prestigiosas de Quito que tienen una facultad de Medicina: Central, UTE, UDLA, Internacional, San Francisco, Católica y Central. Tomando como referencia a estas dos últimas, se puede decir que tienen el mismo método educativo: su tesis central es que el médico debe ser un profesional que no puede ni debe debilitarse por los casos que llegan a sus manos. Él tiene que desprenderse de su sensibilidad y remitirse a sus conocimientos y a su profesionalismo. Por eso, lo primero que se enseña a los alumnos es no doblegarse ante la presencia de la muerte, lo que equivale a un verdadero conflicto porque para la cultura occidental, ésta representa el fin, lo desconocido, lo que más atemoriza

## **2.2.La Salud en la Constitución de 2008**

Pese a que la salud ya fue reconocida como derecho en el marco de la Declaración Universal de Derechos Humanos que tuvo lugar en 1948, no fue hasta la aprobación de la Constitución del 2008 que en el Ecuador se la pensó como tal. En ella se señala que es un derecho humano fundamental y además, un eje estratégico para el desarrollo nacional.

En el artículo 32, se establece que “*el Estado garantizará el derecho a la salud, sin ningún tipo de exclusión*”. A diferencia de la Constitución anterior, se incluyen nuevos principios sobre los cuales debe validarse. Estos son: la interculturalidad, el enfoque generacional y el enfoque de género. Desde esta visión, la salud es pensada como derecho pero también como un deber individual y colectivo del ser humano, en el ámbito social, cultural y espiritual. Otro avance significativo de la Constitución de 2008 tiene que ver con la función del Sistema Nacional de Salud. En la constitución anterior, no se definía una línea clara de acción para esta institución y esto puede apreciarse en los artículos que hacen referencia a la misma: el 43 y el 45. El primero dice que:

*“Los programas y acciones de salud pública serán gratuitos para todos. Los servicios públicos de atención médica, lo serán para las personas que los necesiten. Por ningún motivo se negará la atención de emergencia en los establecimientos públicos o privados. El Estado promoverá la cultura por la salud y la vida, con énfasis en la educación alimentaria y nutricional de madres y niños, y en la salud sexual y reproductiva, mediante la participación de la sociedad y la colaboración de los medios de comunicación social. Adoptará programas tendientes a eliminar el alcoholismo y otras toxicomanías”.*

En este apartado se puede ver que no se delimita los objetivos del Sistema Nacional de Salud y que la salud está más enfocada a las madres y niños. En la Constitución de 2008, en cambio, en el artículo 358, claramente se indica que:

*“El Sistema Plan Nacional de Salud tendrá como finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional”.*

Hay que añadir además que en el artículo preliminar, el concepto de salud deja de estar relacionado exclusivamente a la enfermedad. La misión del Sistema Nacional de Salud deja de servir únicamente para atender y curar enfermedades y sirve también para desarrollar y proteger las capacidades de los individuos con el propósito de llevar una vida saludable. Asimismo, se incluye la variable “integral”, lo que significa que la salud está relacionada con otras variables que van más allá de los servicios de salud, de la atención a la enfermedad y del mero aspecto biológico, como las dimensiones psicológicas y sociales. Finalmente, enfatiza que se reconocerá la diversidad social y cultural y que se lo hará con enfoque de género. Por otra parte, en el artículo 359, se muestra que el Sistema Nacional de Salud “(...) abarcará no solo algunas dimensiones al derecho de salud, garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social”.

De esta manera, el Sistema Nacional de salud no solo se preocupa de la curación, sino también de la salud preventiva. Adicionalmente, este apartado resalta la importancia que debería tener la participación social, que por cierto, es uno de los ejes transversales de la Constitución de 2008. También hay que mencionar que, si bien es cierto que la Constitución de 1998, establece que “*por ningún motivo se negará la atención de emergencia en los establecimientos públicos o privados*”, la Constitución de 2008 amplía dicha obligatoriedad a los profesionales de salud, sancionándolos con la ley si llegasen a infringirla.

Otro avance significativo puede encontrarse en el artículo 360 en donde se propone la implementación de una “Red pública de integral de la Salud” de acceso universal, inmediato y gratuito, e integrada no solamente por el IESS, sino también por los establecimientos de Salud de la Fuerzas Armadas y de la Policía.

En la Constitución de 1998, no se da la suficiente importancia a la “gratuidad”. En ella, el financiamiento para los servicios públicos de salud provenía de distintas fuentes, incluyendo a aportes de personas con capacidad de pago, contradiciendo lo estipulado en la meta de conformar la “salud como derecho” y su acceso universal y sin limitaciones. En la Nueva Constitución, por el contrario, en el artículo 366, se dice que: “*Los recursos provendrán de fuentes permanentes del presupuesto general de Estado y que además, se distribuirán en base a criterios de población y a las necesidades de salud*”

Adicionalmente, vale la pena rescatar la importancia que se le da en la Constitución de 2008 a la rectoría de la autoridad sanitaria, es decir, del MSP como ejecutor y al papel del Estado. Este es considerado el mayor responsable de la formulación de políticas públicas de salud, quien hace posible la universalización de la salud, fortalece los servicios estatales de salud, garantiza la disponibilidad y el acceso a medicamentos y promueve el recurso humano en materia de salud.

La Constitución de 2008 además, menciona la importancia del cuidado de los grupos vulnerables, la atención priorizada y especializada a niños, adolescentes, mujeres, adultos mayores, discapacitados e individuos que tengan alguna enfermedad catastrófica y toda

persona en situación de desventaja o vulnerabilidad. En los artículos 38 y 46, en los literales 4, se puede leer el Estado los protege de “(...) *todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole o negligencia que provoque tales situaciones.*”

Finalmente, en cuanto a la medicina Ancestral y Alternativa en el Sistema, “*El Estado ecuatoriano reconoce, respeta, impulsa e incorpora al sistema de salud, el desarrollo de la sabiduría ancestral de las nacionalidades y pueblos indígenas, afroecuatorianos, mestizos, cholos, campesinos y montubios, sus conocimientos y prácticas de salud, así como la medicina tradicional y alternativa*”.

Con lo que se describió anteriormente podría parecer que en Ecuador existe una práctica sanitaria de excelencia. Sin embargo, no hay que olvidar que lo que se acaba de leer no es más que formalidad. La Constitución no refleja la realidad. Es un ideal, es decir, lo que se aspiraría alcanzar, pero que para lograrlo, necesariamente conlleva un cambio de mentalidades en todo nivel de la sociedad, lo que resulta una tarea ardua y larga. Si bien es cierto que la Constitución actual contempla artículos que acercan a que la salud sea un bien común, también es cierto que lo que se vive día a día en los hospitales es completamente distinto.

### **2.3.Límites de la Salud en el Ecuador**

La salud en el Ecuador se ha desarrollado siempre junto a la desigualdad de la que ha sido presa nuestro continente, la misma que ha sido consecuencia de la depredación de los recursos naturales y humanos tras la invasión europea, el dominio de los gobiernos criollos desde el siglo XIX y la aplicación de políticas neoliberales que han menoscabado el capital social y cultural. En América Latina las disparidades han girado en torno al factor étnico:

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

*extrema. También son muy contrastantes las disparidades entre los indicadores de la población blanca y la población afroamericana”<sup>19</sup>.*

Las desigualdades en la salud de los niños y de las mujeres en edad fértil se hacen evidentes con los indicadores: aún se mantiene alta la muerte de menores de un año y de madres al momento de dar a luz. Según la CELADE/CEPAL, en Ecuador mueren 25 niños por cada 1000 vivos. Así pues, la salud en el Ecuador se ha caracterizado por contar con una escasa asignación presupuestaria que fue el resultado de la gestión de gobiernos de corte neoliberal, cuyas recetas economicistas no hicieron más de olvidarse de las políticas para el bien público y del fortalecimiento de sus recursos humanos, por siempre responder a macro intereses, provenientes del panorama internacional. Al dar mayor cabida a las políticas internacionales, no se pensó a la salud desde la realidad local: ésta siempre tuvo una tendencia unilineal, hegemónica y tecnocrática.

Si bien es cierto que con la Nueva Constitución, se ha pretendido dar otro enfoque al tema salud para que incorpore variables psicológicas y sociales para que los pacientes no sean tratados únicamente desde el punto biológico y solo desde la enfermedad, sino que sea un proceso de cuidado y de prevención, en los hospitales, no se lo practica. La Ley Orgánica de la Salud también respalda esta posición y en su artículo 3 señala:

*“La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible(...)”*

Sin embargo, en el país, realmente no ha existido una cultura de prevención, ni por parte de las entidades públicas o privadas ni por parte de los usuarios y usuarias, y casi no se ha hablado de que la salud no sólo está relacionada al padecimiento, sino que también lleva implícitas variables sociales, psicológicas y culturales y está relacionada a otro tipo de

---

<sup>19</sup> Campos Navarro Roberto, Mejoramiento de la calidad y del acceso a los servicios con énfasis en la salud sexual y reproductiva para el ejercicio de derechos y la reducción de la mortalidad materno e infantil en Salud, Interculturalidad y Derechos. Claves para la Reconstrucción del Sumak Kawsay. Buen Vivir. 2010. Pg. 195

derechos como el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos, etc. Al relacionar estrechamente salud con enfermedad, ha existido una alta promoción del uso de medicamentos y asimismo, una gran demanda.

Lamentablemente, el número de personas a quienes se les da medicamentos de bajo costo sigue siendo reducido y en lugar de dar prioridad a la medicina genérica, se ha dado más valor e importancia a los productos de las grandes firmas transnacionales que son muy costosos. Son los mismos médicos los que los recetan, buscando los beneficios que les ofrecen las farmacéuticas y la gente, llevada por la campañas publicitarias de las mismas que les ofrecen curar todos sus males, hacen lo posible por comprarlos, aún cuando realmente no los necesitan. La gente prefiere no ir al médico, pero tener para las medicinas. Por eso, en el país es muy común la automedicación que puede ser innecesaria o perjudicial, haciendo siempre falta un diagnóstico integral<sup>20</sup>.

Otro inconveniente de la salud en el Ecuador es que no toda la población ha hecho uso de los servicios públicos, privilegiando la aparición de cada vez más clínicas y hospitales privados, establecimientos en los que se ha dado a la salud un “enfoque mercantilista” y en los que ha imperado correlación costo-inversión. Es así que el servicio público de salud ha estado destinado a la gente con pocos recursos económicos que no tiene la capacidad de asumir los costos de un establecimiento privado. Al hablar de los avances o retrocesos en la salud de los países denominados del “tercer mundo”, las entidades internacionales, tal es el caso del Banco Mundial, también los han reducido a explicaciones mercantilistas:

*“Se comparan datos sobre desnutrición infantil, tuberculosis, mortalidad materna, mortalidad infantil y otras enfermedades prevenibles, en los países de economía de mercado y en los países en desarrollo, asumiendo por tanto, que la salud y los indicadores de morbi-mortalidad dependen de la implantación del libre mercado y sus reglas económicas”*<sup>21</sup>

---

<sup>20</sup> Varios autores. *¿Un derecho enfermo? La salud en el Ecuador*. INREDH. Serie 6. Investigación. Diciembre 2002. Pg. 34

<sup>21</sup> *Ibíd.* Pg. 17

Para este enfoque, por tanto, los problemas de salud sólo pueden resolverse en el marco económico. Si bien es cierto que en la Constitución de 2008 se propone la creación de una “Red Pública de Salud”, aún prevalece la falta de coordinación y dispersión de acciones y aunque ya se incluya a la medicina intercultural, aún sobresale la desvalorización de los saberes y prácticas tradicionales por los médicos. Estos aún son vistos desde un plano folclórico y secundario. Asimismo, aún sigue siendo inequitativa la redistribución de los recursos, los mismos que se concentran en los centros médicos de las grandes ciudades. Los subcentros rurales, están muchas veces desabastecidos, sin personal y en malas condiciones. Además, en el medio rural, persiste la falta de comunicación entre pacientes y médicos porque estos últimos, no ven más allá de su formación médica occidental. Otro aspecto que hay que tomar en cuenta es que en la Constitución de 2008 se afirma que:

*“Los integrantes del Sistema Nacional de Salud promoverán y respetarán el conocimiento y prácticas tradicionales de los pueblos indígenas y afroecuatorianos, de las medicinas alternativas, con relación al embarazo, parto, puerperio, siempre y cuando, no se comprometan la vida y la integridad física y mental de la persona”.*

En la Ley Orgánica de la Salud, se dice incluso que: *“La autoridad sanitaria nacional implementará procesos de regulación y control, para evitar que las prácticas de las medicinas tradicionales atenten a la salud de las personas”*

Como se puede observar, en la redacción de estas normativas, está implícita la deslegitimación hacia las llamadas medicinas alternativas, incluso haciéndolas ver como peligrosas. Por eso, aunque sean dichas como políticas interculturales, en el fondo, son políticas pro status quo.

## **2.4. La Medicina ancestral**

Dentro de la medicina ancestral puede incluirse a la medicina andina, a la medicina afro, a la medicina alternativa y a la complementaria.

**La medicina andina**, por ejemplo, a diferencia de la occidental, se basa en una lógica incluyente y armonizadora, que incluso no la rechaza, sino que reconoce su importancia. Esta se sustenta en el concepto de *sumak kawsay*. Si bien este término ha sido incluido en la constitución de 2008, la traducción que se ha hecho del quichua al español parece haber sido insuficiente. Este ha sido traducido como “bien vivir”, olvidando el significado específico de los vocablos que lo componen. *Sumak* : grandeza y *kawsay* : vida o existencia. Por lo tanto, el significado que más se acerca es: vida plena, una cualidad que se construye y que trasciende.

<sup>22</sup> Para la medicina andina, por ejemplo, el *Sumak Kawsay* va mucho más allá: éste incluye lo humano, lo natural, lo ancestral y lo divino. Considera que la salud existe únicamente cuando hay equilibrio entre estos cuatro y además, cree que son interdependientes entre sí, existiendo entre ellos una relación de tipo horizontal, de mutuo respeto y afecto. Asimismo, considera que a más de la interrelacionalidad, es fundamental otro concepto que influye en el equilibrio de estos cuatro elementos: la reciprocidad (dar para recibir). Para la medicina andina, la enfermedad aparece cuando no se cumple estos dos principios.<sup>23</sup>

El grupo social que más se asocia a la medicina no occidental es el indígena, aunque también hay que considerar la perspectiva de los pueblos afro ecuatorianos y montubios. Para la medicina no occidental, la salud es parte consubstancial del “buen vivir” o *sumak kawsay*, como se estipula en la Constitución. Estos grupos defienden una posición holística e integral, que parte de la totalidad para llegar a las partes y que se basa en un principio de relatividad al considerar que no existen leyes universales, sino procesos dependientes de un contexto.

En quichua, *kawsay* significa vivir y esta vivencia se la realiza en la cotidianidad. Para los “médicos” de la medicina no occidental, el aprendizaje puede hacerse con las experiencias diarias y es un camino que puede ser recorrido por cualquier ser humano, sin embargo son pocos lo toman como vocación y quienes deciden seguirlo por el resto de sus vidas. La

---

<sup>22</sup> Maldonado Ruiz Luis. Interculturalidad y políticas públicas en el marco del Buen Vivir. (del libro: Salud, Interculturalidad y Derechos del Ministerio de Salud pública. Pág.85).

<sup>23</sup> *Ibíd.*

metodología que emplean se basa en la vivencia práctica-espiritual, en el día a día y en la que la ritualidad es fundamental, la misma que le enseña a relacionarse con el denominado “pariverso” y a entenderlo. (En la cosmovisión andina, todo es dualmente sexuado, incluso el universo, el mismo que tiene una parte masculina y otra, femenina. Ambas partes son opuestas y complementarias al mismo tiempo. Adicionalmente, todo lo creado es parido, es decir, todo es producto de una relación de dos. Por ende, al concebir a la creación como un hacer de varios, cree también que esos varios deben siempre dialogar y llegar a acuerdos, dando paso a relaciones complementarias y proporcionales y por tanto, comunitarias). Para volverse un *jambi-yachak*, es fundamental contar con experiencia, adquirida, como ya se dijo, en lo cotidiano, el mismo que equivale a un proceso de fortalecimiento físico, mental, emocional y espiritual y que tiene un único objetivo: actuar a favor del equilibrio de la comunidad divina, de la comunidad humana, de los ancestros y de la naturaleza. Para la medicina andina, la enfermedad acontece por una irrupción al equilibrio entre estas cuatro instancias: por una ruptura en su interrelacionalidad y por una ruptura de la reciprocidad.

El ser humano está compuesto de cuatro partes: una parte espiritual, otra emocional, otra mental y finalmente, otra física. Para que él esté sano, todas deben estar equilibradas. Si es que alguna falla, afecta a las demás. Por otro lado, para que el ser humano pueda gozar de una buena salud, además de mantener el equilibrio a nivel micro, tiene que interrelacionarse armónicamente con su entorno y para hacerlo, es indispensable que sepa cómo relacionarse con los demás (incluyendo a la Naturaleza y divinidades), es decir, siempre manteniendo el principio de reciprocidad y siempre tomando en cuenta la denominada ley del retorno:

*“Todo lo que hacemos, decimos, sentimos, pensamos, hablamos, creemos en relación a los demás y en relación a todo lo que nos rodea, no es para los demás, ni para lo que nos rodea, es para nosotros mismos”*<sup>24</sup>

---

<sup>24</sup>**Cachiguango Luis Enrique.** Sumak Kawsay: salud y enfermedad en los Andes, en Salud, Interculturalidad y derechos . Claves para la reconstrucción del Sumak kawsay-Buen vivir. Ministerio de Salud Pública. 2010. Pág. 77

En general, para la Medicina no occidental, no solamente para la medicina andina, la Salud debe ser entendida como un todo integral sin limitársela al cuerpo o a la persona. Por este motivo y como lo señaló Fernando Calderón, Director Nacional de Salud Intercultural en el IV Congreso por la Salud y la Vida:

*“La salud Pública ya no puede ser tratada socialmente como “la ausencia de enfermedad”, como un servicio reparador de bioingeniería o como una mercancía al alcance de un sector privilegiado de la población, sino que debe ser concebida como unapalabra/acción radicalmente democrática de los ciudadanos, que garantice el acceso a una oferta que se recree a si mismo dinámicamente en forma múltiple, plural y compleja, donde lo jurídico, político, social, ambiental, corporal, anatómico, molecular, energético, emocional, mental, espiritual y técnico se plasmen integralmente como un derecho colectivo”.*

El Paradigma médico andino, para que una persona sea sana, debe existir un profundo equilibrio entre su cuerpo individual, su cuerpo social e incluso su cuerpo cosmológico, porque cualquier trastorno en uno de ellos, afecta la totalidad del sistema. Sostiene por tanto, una íntima relación entre lo biológico y lo espiritual. En las medicinas ancestrales, la curación es un hecho fundamentalmente espiritual y energético que integra las propiedades curativas de la naturaleza con la dimensión espiritual del ser humano (integralidad).

En cuanto a la medicina denominada “alternativa” existe varias ramas:

- La Homeopatía
- La Medicina Antroposófica.
- La Medicina China tradicional (incluida la Acupuntura)
- La Quiropraxia
- El Shiatsu
- La Naturopatía.
- La Osteopatía
- La Fitoterapia.

Vale decir que en el Ecuador, ya existen lugares, aunque no muchos, donde se practica la salud intercultural. Este es el caso por ejemplo del área de salud de Guamaní, al sur de Quito,

en la que se han integrado diversos sistemas médicos o alternativos de curación como la homeopatía, la acupuntura, el biomagnetismo, terapia neural y que conlleva un modelo comunitario de gestión/atención.

**La medicina afro** tiene varios puntos de convergencia con la medicina andina. Según Irma Bautista Nazareno, técnica del Ministerio de Salud del Ecuador, para los afroecuatorianos, la salud es el equilibrio entre el espíritu, el cuerpo y la naturaleza. La medicina afro es también conocida como “medicina yoruba, la que además, plantea que, con escuchar el lenguaje de nuestros propios cuerpos, obtenemos el conocimiento para cuidarlo y así, recobrar el equilibrio. Ella además plantea que, la única manera de obtener una curación completa es cambiando de “conciencia”, es decir, reconociendo la causa de la o de las dolencias y proponiéndose a eliminarlas, con el fin de estar bien para “ayudar a los otros”.

### 3. TERCER CAPÍTULO: LA INTERCULTURALIDAD

La interculturalidad debe entenderse desde los parámetros de la globalización. Esta última ha hecho que se acorten las distancias: el auge de la tecnología ha provocado que la gente pueda entrar en contacto en cuestión de minutos. La desterritorialización del espacio ha facilitado que los distintos mundos de vida se entrecrucen e interpelen y que se dé una acelerada transformación de las culturas: el Mundo es ahora un universo abierto. Lo intercultural aparece en innumerables campos de estudio como alternativa a la multiculturalidad y busca la relación con lo diferente ya no desde la inequidad sino desde la igualdad en un mundo policéntrico. La interculturalidad lleva a que universalismo y diferencia no sean dos conceptos antagónicos sino, complementarios. Incorpora la conflictividad, no como un elemento fundamental y bipolar de la sociedad de clases, sino como un proceso dinámico de acuerdos y desacuerdos, de encuentros y desencuentros en diversos niveles,<sup>25</sup> una conflictividad inherente al reconocimiento de la diversidad cultural.

Lo intercultural busca que, a partir de las distintas formas discursivas, se pueda propiciar el diálogo entre culturas distintas que se caracterice por una “escucha mutua” y en el que el auto-reconocimiento y el heteroreconocimiento estén presentes. Se trata de eliminar toda racionalidad auto-centrada que no esté dispuesta a reconocer otras formas de racionalidad y otros registros discursivos.

En resumen, la interculturalidad puede ser pensada como una categoría profundamente ética inherente a la época de la globalización, época en la que los individuos no deben solamente interpretar su identidad permanentemente sino, también argumentar y reconstruir valores y normas pluri-universales que les permitan (nos permitan) convivir iguales y diferentes al mismo tiempo.<sup>26</sup> Se trata de un “diálogo dialógico”, es decir, aquel en el que las reglas no se presuponen unilateralmente, sino que se establecen en el diálogo mismo. No obstante, lo intercultural puede ser también pensado como utopía porque en las sociedades

---

<sup>25</sup> Salas Astraín Ricardo. Ética intercultural. (re)lecturas del pensamiento latinoamericano. Abya Yala. 2006.

<sup>26</sup> *Ibíd.* Página 62

latinoamericanas pese a su diversidad, no se ha podido practicarla y una muestra de ello es la desigualdad, exclusión, pobreza y una falta permanente de relaciones asimétricas que las caracteriza. En estas sociedades el diálogo ha sido prácticamente insostenible: ha sido un “diálogo de sordos” en el que cada interlocutor habla desde sí mismo o dónde las normas se construyen en torno a los valores culturales de los poderosos y que ha impedido que pueda construirse un “ethos cultural común”. En un verdadero diálogo intercultural, el que pertenece a la cultura que considera es la mejor, la trasciende desde dentro, la relativiza y deja de tratarla como parámetro y por tanto, deja de absolutizarla. Es entonces cuando el otro le interpela y aquel se abre hacia este y lo escucha y lo reconoce. Un diálogo intercultural permite comprender los propios procesos discursivos y esto sólo puede ser posible con el reconocimiento de los otros. Es universal, contextual y abierto y trata de desaprender para aprender de los demás<sup>27</sup>. No existe un solo discurso sino un sinnúmero de discursos pluriformes y dinámicos y por ello, es necesario encontrar el nexo adecuado de comunicación para que sea posible un continuo aprender de las opiniones y de las experiencias del otro.

Hacer filosofía intercultural se ha convertido en una prioridad histórica. Esta transformación no debe ser monocultural sino nacer desde la constelación de saberes y de culturas sin que interceda ninguna forma de dominación o colonización. Se trata pues de renunciar a toda postura hermenéutica reduccionista o en otras palabras, de renunciar a tomar como referencia a un solo modelo teórico conceptual que sirva de paradigma interpretativo. La filosofía intercultural, además de rechazar el eurocentrismo, también rechaza la vinculación dependiente o exclusiva de la filosofía con cualquier otro centro cultural. Lo que ella busca es la interconexión, la intercomunicación y la creación de una razón inter-discursiva de un sinnúmero de voces cargadas de contexto y cultura.<sup>28</sup> La filosofía intercultural se refiere a la identidad como un proceso histórico de enriquecimiento continuo y propone rehacer la idea de universalidad y además, busca dar comienzo a una nueva relación entre aquella y la filosofía europea que solía imponerse y a transformar la racionalidad para que nos permita entender y ver el mundo y la historia desde la aún periférica exterioridad del otro. La interculturalidad

---

<sup>27</sup> Salas Astraín Ricardo, Ética intercultural. (Re lecturas del pensamiento latinoamericano) Abya Ayala. Quito-Ecuador. 2006

<sup>28</sup> Fonet-Betancourt Raúl, Transformación intercultural de la Filosofía. Desclée de Brouwer, Henao, Bilbao, 2001

busca la transfiguración de lo propio y lo ajeno con base en la interacción y en vistas a la creación de un espacio común compartido determinado por la con-vivencia que a su vez, implica solidaridad, es decir, querer al otro desde su alteridad y exterioridad.<sup>29</sup>

Por tanto, en este trabajo no se piensa la interculturalidad para resolver las diferencias étnicas entre la población, sino como una opción para que las mujeres adolescentes que viven en las ciudades y que son de distinta cultura y de distintas creencias, prácticas y pensamientos, puedan ser partícipes de una salud sexual y reproductiva de calidad en la que prime la intercomunicación y el diálogo justo entre médico y paciente en condición de igualdad para que ambas partes se beneficien mutuamente.

El embarazo adolescente ha sido un tema que ha causado y que causa gran polémica. La gente no entiende cómo ni por qué niñas se convierten en madres. Sin embargo, no ha sido pensado desde la interculturalidad, pese a la diversidad de casos. Tras la aprobación de 2008, esta dejó de relacionarse únicamente con la educación y comenzó a relacionarse con el ámbito de la salud. Se ha abordado ampliamente el tema del parto culturalmente asistido, sin embargo, éste se ha enfocado en las mujeres gestantes mayores de edad, mas no en las adolescentes. Es más, cada vez que se ha hablado de salud e interculturalidad, se lo ha hecho con un enfoque étnico, centrándose casi exclusivamente en los indígenas de la sierra del norte y centro del país.

En este capítulo se tomará a la interculturalidad desde la teoría del entendimiento intersubjetivo de Habermas. Se comenzará por hacer un recuento histórico de la interculturalidad en el país, luego se hará una comparación entre el entendimiento intersubjetivo y el paradigma de la conciencia para, posteriormente, relacionar a aquella con la salud sexual y reproductiva. También se relacionará la interculturalidad a los derechos humanos y finalmente, se hará una crítica de la interculturalidad como un mecanismo para modernizar al otro.

---

<sup>29</sup> Fornet-Betancourt Raúl, Transformación intercultural de la Filosofía. Desclée de Brouwer, Henao, Bilbao, 2001. pág. 47

En América Latina, en países como Colombia, Brasil, Nicaragua, Perú y Ecuador, la interculturalidad nace a la par de las movilizaciones de gente afro e indígena en reclamo a espacios culturales idóneos para afianzar sus identidades. En el caso de nuestro país, estas manifestaciones han sido, en su mayoría, del grupo indígena. Ya con la Constitución de 1998 se aprobaron quince derechos colectivos de las nacionalidades y de los pueblos indígenas y afrodescendientes y se reconocieron sus autoridades y derecho consuetudinario y en la Constitución de 2008, la interculturalidad fue reconocida como eje transversal. En nuestro país, no obstante, se habló primero de interculturalidad en el ámbito de la educación. En 1992, por ejemplo, el Ministerio de Educación lanzó una campaña para la modificación de la malla curricular cuyo objetivo era adecuarla a la realidad social, económica y cultural del país, incorporando, por vez primera, la interculturalidad. Ya para entonces, se habló de igualdad en oportunidades de participación en el desarrollo y toma de decisiones de carácter nacional y para 1997, se imprimieron nuevos textos que, sin embargo, aún mantuvieron una imagen de diversidad en la que persistía un enfoque jerárquico.

En el país, ha sido muy común la estereotipación de los grupos sociales subalternos, de los que se ha solido resaltar sus características consideradas negativas por los grupos dominantes. Con la estereotipación, se separa la realidad en dos: la normal o la aceptable por un lado y la anormal o inaceptable por el otro, promoviendo una clausura simbólica a los grupos identificados con esta última. Esta separación artificial ha sido tan internalizada que los grupos dominantes, en nuestro caso, los blanco-mestizos, han conseguido el poder, un poder que, como lo señalan Foucault y Bourdieu, no solo se ha ejercido solamente en base a la coerción, sino en base a la producción y difusión de discursos, saberes y significados a los que se ha tildado de verdaderos. Este poder se ha basado pues en la violencia simbólica. Los blanco-mestizos han sido entonces los que prácticamente han monopolizado el poder de la producción y reproducción de las identidades, la producción y consumo cultural y la regulación de las conductas y prácticas sociales.

Al ostentar el poder de la representación, los blanco-mestizos, se han expresado de ellos mismos de manera positiva, proyectándose con el prototipo de civilización, modernidad, moralidad, inteligencia, limpieza, ciudadanía etc, mientras que a los pertenecientes a los

grupos marginados: indígenas, afrodescendientes, afroecuatorianos y montubios se los ha descrito como: atrasados, salvajes, inmorales, exentos de protagonismo, ignorantes, violentos, etc.

Ha sido esta representación de la diversidad que ha primado y que ha tenido una fuerte repercusión en la repartición de los recursos materiales, favoreciendo siempre a los grupos dominantes y por tanto, a la legitimación del colonialismo interno. A partir de la década de los ochenta, los indígenas comenzaron a organizarse a favor de modificar la imagen negativa de su cultura, luchando para el reconocimiento y valoración de su cosmovisión y conocimientos, en contra de la homogenización que se había hecho de ellos, desconociendo la pluralidad de grupos culturales y a favor del hacer cumplir sus derechos como ciudadanos. Para efectuar lo anteriormente mencionado, los indígenas han buscado el reconocimiento del Estado como un Estado plurinacional, para de esta manera, acabar con la idea de una nación conformada por una raza superior y otras inferiores y alentar una nación conformada por una gran variedad de culturas, igualmente valiosas y ricas en saberes y tradiciones.

Aunque en menor medida, el pueblo afroecuatoriano también se ha sumado a estas reivindicaciones, luchando en contra del término “negros”, tan peyorativo y discriminatorio y en contra su invisibilización. Ambos grupos sociales han luchado por que se elimine el concepto de raza y se valore el de cultura, sin que ésta tampoco caiga en líneas étnicamente absolutas, sino que sea la vea como algo intrínsecamente fluido, cambiante y dinámico.

La interculturalidad no hace referencia únicamente al encuentro de culturas que discrepan entre sí, sino a su intercambio en términos de igualdad. Este diálogo intercultural puede llegar a ser muy complejo porque no consiste en una simple confrontación abstracta ni cognoscitiva, sino en una interrelación dinámica, recíproca, creativa entre diversas formas de ser y vivir, que incluya aprendizajes mutuos, transformaciones concomitantes y síntesis efectivas y eficaces.

La interculturalidad nació como una iniciativa para relacionarse con “lo otro”, con “lo diferente”, sin embargo, luego se vio la posibilidad de que ésta no sea una simple política, sino que se convierta en una nueva forma de pensar que admita romper con la historia hegemónica

de una cultura dominante o “superior” y otras, dominadas o inferiores. La interculturalidad, por tanto, se convierte en una propuesta de diálogo, intercambio y complementariedad. *“Constituye una noción propositiva que apunta hacia la articulación de las diferencias pero no a su desaparición, bajo el lema de la unidad en la diversidad”*<sup>30</sup> En este sentido, la interculturalidad supone impulsar espacios de encuentro, diálogo y asociación entre culturas que antes, por prejuicios, nunca se habían enriquecido mutuamente.

La interculturalidad por tanto, no es una simple suma de elementos divergentes, sino que conlleva procesos dinámicos y de doble o incluso de múltiple dirección, es decir, que tienen etapas de creación, pero a la vez, de tensión, en respuesta a las brechas culturales, a los conflictos de poder y a las grandes desigualdades económicas, culturales, sociales y políticas que han impedido que se desarrollen solidaridades y responsabilidades compartidas.

Entonces, la interculturalidad no puede reducirse a un mero intercambio cultural, se trata más bien un proceso que lleva implícita la transformación de las identidades culturales vinculadas al mismo<sup>31</sup> para que, una vez que dos sujetos entren al diálogo en igualdad de condiciones, dejen que el otro, con sus particulares, influya sobre sí mismos y viceversa. No obstante, hay que aclarar que las cosas no son así de fáciles. La interculturalidad puede mostrarse como un discurso benefactor, pero que, en realidad, es muy difícil llevarlo a la práctica.

La palabra “interculturalidad” lleva implícita la palabra “entre” porque propone el diálogo y el entendimiento *entre* individuos de culturas distintas, sin embargo, como se ha dado en la historia en nuestro país, en la que siempre ha habido clases dominadas y clases dominantes, ha sido muy difícil que actores contrarios se relacionen entre sí, mucho más difícil que logren dialogar y casi imposible que consigan consensuar: desde la llamada “libertad” han sido identidades tan divergentes, tan asimétricas, que no ha habido la posibilidad de que conformen un proyecto común pero en respeto a sus diferencias.

---

<sup>30</sup> Casteñeda Amilcar. Derechos humanos e interculturalidad en Salud. Interculturalidad y Derechos Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay. Ministerio de Salud Pública. Gobierno Nacional de la República del Ecuador. Quito-Ecuador. Junio 2010.

<sup>31</sup> Sierra Natalia. Educación Intercultural Bilingüe. Pág. 24

En nuestro país, la etnia se relaciona entre sí de manera asimétrica por las obvias razones históricas de acceso desigual a la riqueza y al poder. Por ello, la interculturalidad no puede ser pensada ni ejecutada fuera de la lógica de centro-periferia y de la relación de integración-exclusión.<sup>32</sup> En este punto, surge una pregunta fundamental: ¿Realmente es posible que exista una relación positiva entre aquellos que han sido marginados/excluidos y aquellos que han estado en las capas más privilegiadas de la sociedad?

Cuando estos grupos divergentes se relacionan entre sí en espacios abiertos al diálogo, su contacto puede ser positivo o negativo: negativo cuando uno de los dos individuos asume una posición privilegiada respecto al otro, es decir, irrespetando su identidad y pretendiendo que la oriente a la suya propia, generando por tanto, una “relación” unilateral.

Para que pueda haber este espacio para dialogar, es indispensable comenzar por hacer posible una mejor repartición de recursos. Como se ha venido viendo, los grupos que socialmente y culturalmente excluidos, bordean los límites de la pobreza, por lo que, carecen de una buena educación. Es indispensable saber que, si no existe la posibilidad de acortar las brechas en el acceso a la educación, las diferencias entre los grupos sociales divergentes serán insalvables.

Solo la educación podrá hacer que ellos tengan la posibilidad de abrirse un espacio en la totalidad cultural de la que no formaban parte, haciendo valorar su cultura. Es la educación la clave para hacer olvidar los prejuicios bajo los cuales eran catalogados como “salvajes” o “naturales” para tornarse sujetos y ciudadanos, ciento por ciento posibilitados para defender su forma de pensar, actuar, creer y convertirse también en sujetos tolerantes, dispuestos a enriquecerse con la cultura del otro y asimismo, transmitir elementos de la suya propia. Sin embargo, cuando se habla de educación es de aquella que le permite al individuo formarse en mente y en espíritu, una educación que le permita argumentar, contrastar, debatir, etc, más no la educación que ha estado muy arraigada en este país, aquella que siempre ha respondido a los intereses de los “dominadores” y que por tanto, se volvió la mejor arma de dominación. Se

---

<sup>32</sup> *Ibíd.*

habla aquí pues de una educación que tome a la diversidad como fuente de desarrollo y que no transforme al conocimiento en una mercancía más que puede ser vendida dentro del mercado capitalista, una educación por tanto que tenga la certeza que el conocimiento no se vende, se construye y no desde la simple individualidad, sino desde la socialidad en la que los individuos no son meros receptores de teoría, sino creadores de la misma.

Una educación por tanto, que permita a los individuos ser productores de conocimiento y generadores de cambio y que les permita librarse de la posición de estudiantes sumisos y vacíos. Una educación que termine con todo tipo de jerarquía, empezando desde la relación maestro-alumno, volviéndola por tanto, más justa y equitativa: una educación por tanto, liberada de las relaciones de poder que valore las particularidades de cada persona y las valore, generando la interrelación de las partes contactadas, de forma que estén conscientes que el mundo no es homogéneo, sino antagónico, en el que por ende, existen innumerables formas de pensar, pero no por ello, alguna es superior a las otras y que por ende, no se debe recurrir a formas violentas o de dominación para “solucionar” la contradicción, sino que ésta puede mantenerse con consensos.

Además de la educación, es fundamental la recuperación de la palabra y la posibilidad del diálogo en el marco de la tolerancia, la creación de espacios en los que, los individuos a los que se les ha arrebatado la oportunidad de participación, puedan sentirse respetados para expresar sus ideas y pensamientos.

La interculturalidad de la que se quiere tratar en este trabajo de investigación va más allá del concepto, es más bien, una posibilidad de instaurar una nueva forma de hacer filosofía: que comience por criticar el eurocentrismo y que después, critique también todas las formas centradas de pensar, una filosofía que permita reconstruir tradiciones diversas del pensamiento de un modo amplio y diferenciado, buscando la obtención de un “polílogo”, como lo propone Franz Martin Wimmer, es decir, el encuentro entre representantes de tradiciones culturales diversas en condición de igualdad y que juntos, contribuyan a la creación de nuevos entre la realidad de ellos y la de los otros, entendiendo esta última como errada o no civilizada. Wimmer cree que el encuentro entre estos nuevos filósofos debería comenzar con el diálogo,

para luego, llegar al polílogo, es decir, del entendimiento mutuo llegar a un convencimiento mutuo. Pero, ¿esto es realmente posible?

Ya hemos criticado la modernidad y el pensamiento occidental, el mismo que, ha pretendido equiparar toda otra forma de ideología a la suya, pese a que cada cultura tenga su manera particular de explicar el origen y estructura del mundo, de organizar su sociedad y de determinar los parámetros de lo bueno y de lo malo.

Al parecer, la globalización podría facilitar la unificación de formas de pensar, sin embargo, cómo unificar filosofía, buscando conceptos y teorías que sean de aceptación universal. En este dilema, Wimmer plantea que la filosofía futura, debería ser polilógica” o intercultural porque han existido un sinnúmero de formas de pensar, una pluralidad de lenguajes y también de conceptos.

La cultura occidental ha pretendido imponerse sobre las otras. Siempre se ha hablado de filósofos europeos (varones y blancos) quienes describieron la historia de la filosofía una única razón humana (la de ellos), desde la imagen del cristianismo y del helenismo y desde la idea que existe solamente un proceso de desarrollo que tiene un inicio, cumple un proceso y luego, alcanza su fin. Se ha asumido por tanto, que la filosofía ha sido creación exclusiva de la cultura occidental, siendo ésta, “la única capaz” de cuestionar las preguntas fundamentales. Si se ha hablado de pensadores orientales como chinos e hindúes, se ha hablado de los pertenecientes a la edad antigua, más no de los actuales y cuyos aportes podrían enriquecer fuertemente a la filosofía contemporánea.

En síntesis, la filosofía intercultural, al contrario de la occidental, es consciente de las condiciones culturales de cada pueblo y es contraria a todo etnocentrismo, es decir, a juzgar a otras culturas desde las normas de la propia porque éste, que está a un solo paso del racismo, ha impedido construir puentes entre las culturas, haciendo que las brechas entre las mismas se agiganten.

### 3.1. La interculturalidad como entendimiento intersubjetivo

Para que la interculturalidad pueda ser aplicable, es absolutamente necesario que se pase del paradigma de la conciencia al paradigma del entendimiento intersubjetivo. El primero es netamente individualista porque su acción está orientada a la subjetividad en sí, es decir, al sujeto racional, en cambio el segundo, está orientado al entendimiento y por ende, parte de la colectividad y de la relación respetuosa entre varios participantes para llegar a consensos y acuerdos. En este tipo de relación es fundamental la existencia del lenguaje, mejor dicho, de la comunicación. El emisor emite el mensaje, mientras que el receptor, toma una postura en relación al mismo. Este acto de comunicación hace que se genere una relación interpersonal en que ambas partes son fundamentales, tanto el ego (emisor) como el alter (receptor).

Con el primer paradigma, en lugar de existir una relación dialogal en la que ambas partes son primordiales, existe un monólogo, es decir, un discurso unidireccional, que no tiene respuesta, con presunción de verdad y que es emitido por el “ego” sin que este espere alguna reacción del alter. Este último, solamente acata sus palabras que le llegan como imposición. Este es por tanto, el paradigma que se reproduce en el discurso médico, el mismo que es presentado como el verdadero y que por tanto, no tiene lugar a dudas ni a refutación. Al contrario, con el segundo, el “yo” no es trascendental sino, empírico o intramundano y por tanto, no es autoreferencial sino que, para referirse a sí mismo, siempre lo hace desde la perspectiva del alter, es decir, siempre tomando en cuenta que está inmerso en una interacción y esta relación entre hablante y oyente la lleva a cabo dentro del mundo de la vida y de la cotidianidad que están culturalmente determinado:

*“Pues el mundo de la vida se reproduce en la medida en que se cumplen estas tres funciones que rebasan la perspectiva del actor, a saber: la prosecución de tradiciones culturales, la integración de grupos a través de normas y valores y la socialización de cada generación siguiente”.*<sup>33</sup>

---

<sup>33</sup> Habermas Jurgen. El Discurso Filosófico de la Modernidad. Katz editores. Primera Edición. 2008. Argentina. Pág. 326.

En el paradigma de la autoconciencia, la razón aparece como el concepto fundamental, pero esta razón es excluyente, reducida al poder del hombre occidental: una razón que se desliga por completo de la naturaleza, del arte, del erotismo e incluso de lo femenino. Para terminar con este paradigma y dar paso al surgimiento del entendimiento intersubjetivo, es necesaria una deconstrucción del sujeto en sí, es decir, de la sustitución del sujeto que vive y obra en solitario por un sujeto colectivo. En el paradigma de la autoconciencia, el saber está regulado por criterios de verdad incontestables, en cambio, el saber en el paradigma del entendimiento intersubjetivo, el saber es comunicativamente mediado: se trata de una racionalidad comunicativa que genera interdependencia entre las distintas formas de argumentación que pueden existir en una sociedad. La racionalidad comunicativa difiere de la racionalidad científica-racional con arreglo a fines, en que ella permite la entrada de lo práctico-moral y de lo estético-expresivo, en lugar de restringir el conocimiento, como lo hace la segunda, a lo cognitivo-instrumental. Esto la hace flexible, es decir, la vuelve facilitadora de consensos y se desarrolla no en espacios restringidos o exclusivos, sino en el mundo de la vida, en la cotidianidad y en su práctica comunicativa.

En el paradigma del entendimiento intersubjetivo, la praxis toma un papel fundamental. Sin embargo, esta praxis ya no está orientada exclusivamente al el proceso productivo de la reproducción social, sino también hacia su proceso comunicativo. Como se ve, en este paradigma es fundamental la comunicación lingüística, por tanto, el diálogo, en el que participan dos interlocutores en igualdad de condiciones, en el que, por tanto, ambos tienen el derecho de opinar, refutar, debatir y llegar a acuerdos. Esto dista totalmente del monólogo que caracteriza la cultura occidental. El discurso de la misma es, como ya se ha visto, de una sola vía. Sólo pueden interferir en un diálogo, aquellos que tienen la misma forma de pensar y de actuar: es decir, los occidentales europeos y no aquellos, pertenecientes a las denominadas “culturas primitivas”, a quienes, desde la denominada “conquista”, se les despojó de la palabra y por ende, tuvieron que asumir un papel pasivo y en silencio, simplemente acatando lo que les decían. En este interactuar lingüístico, sus actores tienen la facilidad de reconocer y valorar al otro, sin que ninguno de los dos esté en una posición de poder o privilegiada y es muy importante resaltar que este diálogo es culturalmente dependiente y por tanto, coyuntural e histórico.

En general, lo que se busca con este nuevo paradigma, es terminar de una vez por todas con la filosofía del sujeto, es decir, buscar otra salida para hacer posible una verdadera crítica a la Modernidad, alejada totalmente de los planteamientos del paradigma de la conciencia, y por tanto, alejada de aquella razón omnipotente, que demoleadora de la naturaleza, de la mujer, del cuerpo, de lo sensible, aquella razón ostentadora de poder, aquella que era como una llave (Habermas), la misma que incluía y excluía a su antojo.

La crítica a la razón podría partir precisamente desde aquello que ha sido menospreciado, silenciado, ocultado, desprestigiado, desvalorado etc, es decir, podría partir del denominado “otro de la razón” y además, desde un proceso de deconstrucción, es decir, que no sea superficial, sino que parta desde el mismo centro del problema y para que esto realmente sea posible, es preponderante que haya una sustitución de paradigmas: el de la conciencia por el intersubjetivo para que, finalmente, puedan darse relaciones equitativas, en la que los individuos estén comunicativamente socializados y reconociéndose recíprocamente. (Habermas, pág. 336)

El asunto no es criticar al logocentrismo desde un “exceso de razón” sino, por tanto, desde un fallo en la misma, sino asumir el entendimiento intersubjetivo como “telos” o fin, desde la cotidianidad. El logocentrismo tiene que ser visto como obstáculo para una verdadera socialización, porque éste no hizo más que limitarse al conocimiento de las cosas y fenómenos existentes, mediante una actividad “racional y con arreglo a fines” y al simple discurso unilineal que se creía portador de la verdad.

Las relaciones lingüísticas nacen del denominado “mundo de la vida”, desde la cotidianidad, como lo dice Habermas, con todo acto de habla, el hablante se refiere simultáneamente a algo en el mundo objetivo, a algo en un mundo social común y algo en el mundo subjetivo. Este último, que en el paradigma de la conciencia era anulado, en el del entendimiento intersubjetivo es altamente valorado.

El saber, no es sólo aquel que sale de la Academia, sino aquel que está comunicativamente mediado. Las pretensiones de validez no pueden ser reconocidas sólo por uno de los actores

sino que, deben ser intersubjetivamente reconocidas. A diferencia del saber y de la racionalidad con arreglo a fines que se limita a lo cognitivo-instrumental, el saber comunicativamente mediado incluye también lo práctico-moral y lo estético-expresivo. (Habermas pág. 341)

Como se vio en párrafos anteriores, en este nuevo paradigma, la praxis no se ve exclusivamente desde el trabajo, sino también desde la acción comunicativa. Si bien es cierto que la reproducción material de la vida es preponderante, también es cierto que las relaciones materiales o instrumentales están entrelazadas con las comunicativas: por ende, la reproducción material va de la mano de la reproducción simbólica: *“la relación del hablante consigo mismo queda mediada ya siempre por la relación realizativa (performativa) con un destinatario”*.<sup>34</sup>

En pocas palabras, puede decirse que la teoría de la acción comunicativa es *“la dialéctica de saber y no saber inserta en la dialéctica de entendimiento logrado y entendimiento fallido”*.<sup>35</sup> Con la cita anterior se ve que una relación intersubjetiva no esté exenta de conflicto y de desacuerdos, pero también es claro que con ella, la participación de los anteriormente excluidos por el logocentrismo, pueden hacer valer su palabra.

La nueva razón, es decir, aquella inserta en la acción comunicativa, ya no pretende ser a-histórica, sino que está inserta en un tiempo y espacio concretos. Por tanto, ya no puede existir una conciencia trascendental, sino, una conciencia que nace en las formas de vida concretas y en la práctica cotidiana. Es muy importante reconocer a ésta última como el elemento fundamental en el nuevo paradigma en la misma que se origina una red de intersubjetividad lingüísticamente generada (Habermas, pág. 372), la misma que da cohesión a los componentes del mundo de la vida que son: cultura, sociedad y la persona.

---

<sup>34</sup> Habermas Jürgen. El Discurso Filosófico de la Modernidad. Katz Editores. Madrid. 2008. Pág. 349

<sup>35</sup> *Ibíd.*

### 3.2. Salud e interculturalidad en el Ecuador

El Consejo Nacional de Salud en coordinación con el Ministerio de Salud Pública lanzó un documento titulado: “Propuesta de políticas públicas de Salud para la diversidad plurinacional e intercultural del Ecuador”, en el que define la interculturalidad como: “*la interrelación de los diversos viéndose iguales, con los mismos derechos frente a las distintas posibilidades de atención*”<sup>36</sup> Es fundamental entender que el concepto de interculturalidad en ningún momento debe ser pensado como sinónimo de indígena o de medicina ancestral. Este ha sido un error muy frecuente, incluso dentro del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. La interculturalidad solía confundirse incluso con los pueblos indígenas de la sierra, dejando de lado a los pueblos indígenas del oriente y de la costa. Asimismo, al hablar de interculturalidad en el Ecuador, debe hablarse también de los pueblos afro ecuatorianos y montubios, quienes tienen, cada uno, sus cosmovisiones y características particulares.

En Ecuador, es imperante que la interculturalidad se la conciba como una nueva forma de pensamiento que tiene que llevarse a la práctica debido a que es un territorio pluricultural y que siempre ha estado caracterizado por ser una sociedad altamente inequitativa. Para que pueda aplicársela en el sector salud (y en todos los demás sectores) como un eje transversal y de desarrollo, primero hay que trabajar en la eliminación de tres tipos de opresión: la discriminación étnica y cultural, la inequidad económica y la exclusión política. El Estado ecuatoriano sólo podrá ser intercultural cuando se convierta en promotor del respeto de los derechos en la diversidad para que ya no existan las denominadas “culturas subalternas”, basándose en tres principios que no pueden separarse uno del otro: tolerancia, diálogo e integración. El Estado deberá trabajar con otros sectores sociales para generar una democracia inclusiva y de participación plena.

En su mayoría, los hospitales públicos en el Ecuador han estado caracterizados por regirse a una normativa y a diversas jerarquías que sólo han respondido al pensamiento biomédico, aún

---

<sup>36</sup> CONASA. Políticas Públicas de Salud para la diversidad plurinacional e intercultural del Ecuador.

cuando ellos reciban pacientes de los más diversos sectores y orígenes y aún cuando, en el artículo 363, inciso 4 de la Constitución de 2008 diga:

*“Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos” y en el inciso 6: “Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto”*

En cuanto las políticas de salud pública en relación a la interculturalidad, éstas han dado hincapié a la salud en relación a la etnia, descuidando, casi por completo, otros factores en relación por ejemplo a la edad o a las preferencias sexuales. (En este trabajo, por ejemplo, aunque el origen étnico es un indicador fundamental, también lo es la edad porque se trabajó con mujeres adolescentes entre 15 a 19 años).

Para que puedan asociarse interculturalidad y salud, es indispensable que se eliminen todo rezago colonial, que se construya un verdadero estado plurinacional, en el que se respeten y acepten las diferencias, y por tanto, en el que se valore la diversidad. El Estado no puede pretender unificar a los pueblos y nacionalidades a la cosmovisión occidental, sino que tiene que proteger sus legados culturales: él tiene que ser el mayor propulsor para que se reconozca el sentido de las culturas indígena, montubia y afro. Sólo así podrá pensar en ejecutar políticas públicas interculturales. En la actualidad y con la vigencia de la Constitución de 2008, las políticas públicas tienen que dejar de ser un asunto de expertos ya que ésta propicia la construcción de políticas públicas participativas, es decir, brinda la oportunidad a que gente de los pueblos y nacionalidades sean partícipes activos de su gestión e implementación.

Cuando se habla de salud intercultural se está obligado a repensar y a cuestionar la realidad médica imperante. La interculturalidad se entiende como cualquier relación entre personas o grupos sociales de diversa cultura. Por esto, no puede limitársela únicamente a la etnia o a la raza, tiene que ver con relaciones de alteridad u otredad (distinta cultura, filiación política,

género) y es un proceso en el que todos sus integrantes se van enriqueciendo y transformando mutuamente, pero sin dejar de ser lo que son, es decir, viviendo la complementariedad<sup>37</sup>

Cuando se habla de salud intercultural, se piensa en la desaparición de toda inequidad en el ámbito de la salud. Éste, hablando de nuestro país, ha estado caracterizado siempre por inequidades. La salud ha sido un privilegio de pocos y ha estado ausente en los denominados pueblos originarios, quienes son y han sido los menos favorecidos económica y socialmente. Por tanto, la discriminación económica ha sido uno de los factores claves en la inequidad en salud y una repartición más equitativa de la riqueza podría ser el primer paso.

La salud ha estado directamente relacionada con el capitalismo. Esta, en lugar de considerársela como derecho y hacerla valer como tal, se ha convertido en una mercancía más, que puede ser adquirida solamente con capital. Por tanto, esta se ha caracterizado por ser altamente excluyente y se ha desarrollado fuera de los parámetros de calidad, eficiencia y eficacia. La salud ha caído dentro de la filosofía occidental, en la que siempre han preponderado las dicotomías (centro/periferia; dominado/dominante). En este caso: médicos-pacientes.

La concepción biomédica (occidental) ha sido siempre perversa. Ha planteado una clara diferencia entre el médico, al que siempre se le ha visto como el ser racional, portador del conocimiento y de la verdad, y el paciente, considerado como un ser pasivo y a veces negado, por tratarlo como alguien que “no sabe”, “no entiende” y ha estado subsumido dentro de los roles del paternalismo colonial. Los médicos no han sabido aplicar la interculturalidad: básicamente por desconocer su sentido conceptual.: la interculturalidad no puede ser pensada simplemente como una política, sino como una nueva forma de pensamiento. La interculturalidad debe ser un eje transversal de desarrollo.

La interculturalidad supone la pluriculturalidad que es la coexistencia de grupos o personas que se identifican o pueden ser identificadas como pertenecientes a culturas distintas. Supone

---

<sup>4</sup> Albó Javier. Interculturalidad y Salud. Centro de Investigación y promoción del campesinado. La Paz, Bolivia.

además una lógica de reciprocidad en donde se denotan tres tipos de obligaciones: dar, recibir y reproducir.

Para que exista la aplicación de la salud intercultural, es necesario la aplicación de políticas intersectoriales y multisectoriales: es decir, que incluyan a un sinnúmero de actores de las más diversas ramas: el Estado, las universidades, hospitales, médicos, pacientes etc. En cuanto al Estado, éste debe ser un Estado sólido que no sólo se reconozca como pluricultural, sino que lo lleve a la práctica, reconociendo por tanto, su diversidad cultural, valorándola y respetándola; atendiendo a todos sus habitantes por igual, como sujetos de derechos, con su propia manera de pensar, conocimientos, saberes, instituciones sociales, económicas y políticas, para de una vez por todas, terminar con la visión colonial enajenante de sociedades superiores e inferiores. Para que pueda ser un Estado que legitime la diversidad como agente de desarrollo, debe, en primer lugar, rediseñar una nueva institucionalidad pública que asegure la participación individual y colectiva de todos y todas, incidiendo en un profundo cambio: la descolonización del pensamiento que a su vez, haga posible la existencia de relaciones horizontales que faciliten la cohesión social y por ende, la interrelación de sus actores y finalmente, la interculturalidad. Por tanto, *“La interculturalidad es una forma de relación descolonizadora, transformadora y creativa”*<sup>38</sup>

Para que exista una salud intercultural, ya no puede existir la marcada brecha entre médico y paciente. Ellos deben estar en una relación horizontal y de igualdad que permita el diálogo. De hecho, es éste último un requisito fundamental. En general, para que exista una salud intercultural, es indispensable que se cumplan los siguientes principios:

- Autonomía y elección de un modelo de salud: el paciente debe ser autónomo para la toma de sus decisiones. Es quien puede decidir bajo qué modelo de salud tratar su dolencia o enfermedad.
- Derecho a la igualdad y a la protección en salud: Todas las personas inscritas en un mismo territorio deben tener las mismas oportunidades para acceder a los servicios de salud.

---

<sup>38</sup>Maldonado Luis. Interculturalidad y políticas públicas en el marco del buen vivir. En: Salud, interculturalidad y derechos. Claves para la reconstrucción del sumak kawsay-buen vivir. Ministerio de Salud. 2010. Pág.84

Asimismo, el personal de salud tiene derecho a conocer sobre cada uno de los modelos de salud existentes en el país, que actualmente están integrados en el sistema nacional de salud.

- Derecho al buen trato.

- Derecho a no sufrir daño.

### **3.3.Derechos humanos e interculturalidad**

Los derechos humanos pueden ser de tres tipos: Civiles o políticos, económicos, sociales y culturales y derechos de los pueblos. Su principal característica es la universalidad: sin embargo, esta universalidad no impide que sean aplicados en contextos donde prime la diversidad: las diferencias culturales, por ningún motivo, pueden usarse como pretexto para no usarlos

La salud es considerada un derecho humano, reconocido como tal por la OMS desde 1946. Hoy día, el concepto ha sido pensado desde un enfoque más integral, concibiéndola no solo desde la enfermedad, sino desde el completo bienestar, incluyendo a la dimensión física, social, espiritual y emocional, tal como lo ha planteado siempre la medicina alternativa y complementaria. No obstante, pese a que este concepto ya esté en vigencia y aprobado por los organismos internacionales, puede evidenciarse que en el Ecuador, los profesionales de los servicios de salud, aún no lo utilizan.

En el Sistema de las Naciones Unidas, el derecho a la Salud ha sido definido y protegido por el Pacto Internacional de Derechos económicos, sociales y culturales (1966), en el mismo que se definen las medidas que se deben tomar en cuenta para su pleno cumplimiento. Entre ellas están: la reducción de la mortalidad infantil y el sano desarrollo de los niños, el mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente, la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de toda índole y su lucha contra ellas, y la creación de condiciones que aseguren a todos la asistencia médica y los servicios médicos requeridos en caso de enfermedad. Por otra parte, en 1988, en San Salvador, se firmó el protocolo adicional a la convención americana de Derechos

Humanas en materia de derechos económicos, sociales y culturales. En él también se detallan medidas para su cumplimiento: la atención primaria de salud, es decir, asistencia sanitaria esencial y acceso a los servicios sanitarios a todos los individuos dentro de la jurisdicción de un Estado, la total inmunización contra todas las enfermedades infecciosas, prevención y tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de todo tipo, la educación de la población en materia de prevención y tratamiento y finalmente, la satisfacción de la salud de los grupos de más alto riesgo, especialmente, aquellos que se encuentran en riesgo por cuestiones de pobreza.

Por otro lado, en 1965, se realizó la Convención internacional sobre la eliminación de toda discriminación racial, la misma que fue ratificada por todos los países del continente americano y en la que se prohíbe y elimina la discriminación racial en todas sus formas y se garantiza el derecho, a toda persona, a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color, origen nacional o étnico, a la salud pública, asistencia médica, seguridad social y servicios sociales.<sup>39</sup>

Por lo que hemos visto, además de considerar a la salud como derecho, la cultura también puede ser considerada como tal y en condiciones de dignidad humana, igualdad y no discriminación. Para que cumpla con efectividad, es indispensable que se respete y se valore la diversidad cultural. Según la UNESCO:

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

Los derechos culturales protegen a la gente a preservar y valorar su cosmovisión: entre las distintas cosmovisiones que existen, existen también diversas formas de concebir la salud y el cuerpo. Por tanto, si se habla de una salud intercultural incluyente y respetuosa de las

---

<sup>39</sup> **Castañeda Amilcar**, Derechos humanos e interculturalidad en Salud, Interculturalidad y Derechos. Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay. Ministerio de Salud Pública. Gobierno Nacional de la República del Ecuador. Quito-Ecuador. Junio 2010.

diferencias, es indispensable que se comprenda la cultura de los pacientes antes de tratarlos, para de esta manera, entender cómo ellos entienden sus problemas de salud.

En general, la salud intercultural puede ser definida como” la práctica y el proceso relacional que se establecen entre el personal de salud y los enfermos donde ambos pertenecen a culturas diferentes, y donde se requiere de un recíproco entendimiento para que los resultados del contacto entre ambas partes, sean satisfactorios para las dos partes”.<sup>40</sup>

### **3.4. La interculturalidad en la salud sexual y reproductiva**

Pese a la diversidad de culturas, existe algo común en todas ellas: la maternidad es uno de los acontecimientos más importantes porque asegura, su continuidad. Los conocimientos, rituales, procedimientos, creencias etc. que giran alrededor del embarazo, parto y posparto son de lo más diversos entre los distintos grupos humanos. De igual forma, para todas las culturas, este acontecimiento, al igual de importante ha sido considerado de alto riesgo, por lo que se han desarrollado múltiples métodos para el cuidado de las madres y de los recién nacidos, aunque las circunstancias históricas han hecho que preponderen los métodos biomédicos en detrimento de los demás.

Lo que motivó a que se haga una fuerte campaña de la interculturalidad en el parto fue el alto número de madres que morían al momento de dar a luz, muchas de ellas, por complicaciones en el parto y que no pudieron ser atendidas a tiempo porque no contaban con la tecnología necesaria para controlarlas. No obstante, en el Ecuador, el alto índice de muertes maternas no se ha debido únicamente a problemas médicos o técnicos, sino a problemas sociales: muchas mujeres, aún teniendo la posibilidad, no han ido a un centro de salud a atenderse por temor a la discriminación o al desencuentro cultural. Se ha pensado por tanto, que, implementando servicios de salud adecuados culturalmente reducirán la muerte materna. La interculturalidad

---

<sup>40</sup>Campos Navarro Roberto. Experiencias sobre salud intercultural en América Latina en: Gerardo Fernández Juárez, Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas. Quito. Universidad de Castilla La Mancha-Abya Ayala. Pp. 129-151. 2004

sin embargo, ha sido frecuentemente confundida como sinónimo de “indígena” de la sierra. Su reflexión ha girado en torno a la cultura andina, olvidando a los indígenas de la amazonia o de la costa y la cultura afrodescendiente, también se ha dejado de lado.

En la medicina occidental, las prácticas en lo concerniente a la gestación, embarazo, parto y posparto no respetan ni valoran el cuerpo de la mujer, olvidando que éste, no sólo se trata de cúmulo de órganos y funciones, sino que es culturalmente construido y constituido. Estos se convierten en procesos medicalizados en los que los médicos son quienes tienen la última palabra y son los toman las decisiones respecto a lo que se vaya a realizar al cuerpo de la mujer, sin ni siquiera consultárselo. Es tal el desapego que muchos médicos sienten hacia sus pacientes a quienes las consideran como “un caso más” que ellos no se dan tiempo para hablarles y cuando se dirigen hacia ellas, lo hacen con una terminología tan técnica que terminan por no entender nada.

El parto es un procedimiento de rutina. Es decir, todas las pacientes son tratadas por igual y los médicos utilizan con ellas los mismos métodos y procedimientos. Se lo realiza en los quirófanos de los hospitales, salas generalmente frías y oscuras. Estas se caracterizan por estar muy bien desinfectadas y los especialistas que intervienen en este proceso tienen que seguir estrictas rutinas de limpieza. Su atuendo es la bata médica, un gorro de tela para la cabeza, guantes quirúrgicos y una mascarilla. Usualmente el médico Gineco- obstetra es asistido por un anestesiólogo, por el pediatra neonatólogo y por enfermeras, los mismos que tienen puesto el mismo atuendo.

Las pacientes son ingresadas al quirófano cuando ya han entrado en labor de parto: es decir, cuando ya han alcanzado el máximo de dilatación en el cuello del útero. La posición general para que ellas den a luz es horizontal: sobre una camilla que tiene un par de sujetadores para que ella coloque sus piernas con el fin de facilitar la labor de los especialistas. Cuando es parto normal, el anestesiólogo suele usar la denominada anestesia epidural, con el objetivo de reducir los dolores en la paciente y para agilizar el proceso del alumbramiento. Esta es colocada en la médula espinal y para hacerlo, la paciente debe inclinar su cuerpo totalmente hacia adelante para que la aguja, de diez centímetros de largo, pueda ser introducida en su

espalda. Esta inyección se coloca generalmente en el período de las contracciones más seguidas. Si bien alivia el intenso dolor pero hace que la mujer pierda por completo la sensibilidad en sus miembros inferiores, pierde la sensación de pujos, por lo que los médicos deben darle instrucciones de cuando debe hacerlo.

Un procedimiento típico en este tipo de parto es la episiotomía, un corte quirúrgico en el perineo de la mujer, que se lo realiza para “ampliar” su canal vaginal y así, acelerar el parto y permitir la salida del bebé. Si bien es cierto que este corte no produce ningún dolor, requiere un sinnúmero de puntos. A penas se efectúa el nacimiento, el pediatra neonatólogo toma al bebé para realizarle los procedimientos de limpieza respectivos y para cortarle el cordón umbilical. Mientras tanto, la madre, aún recostada, tiene que ser atendida por el Gineco-obstetra, el mismo que se encarga de coserle la herida que él mismo le hizo. Generalmente, no hay mayor contacto físico entre el recién nacido y la madre, quien es trasladada a una habitación distinta a la de su hijo o hija y quien es llevado/a a otra sala y atendido por enfermeras quienes tienen la labor de alimentarlo y asearlo.

En las clínicas privadas suele permitirse el ingreso del padre del niño/a, pero en las públicas, esto es imposible. El Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora es uno de los más reconocidos del país. Generalmente, su demanda supera a la oferta: es un referente para las mujeres parturientas. La normatividad del hospital es que sólo la mujer que va a dar a luz puede ingresar. Generalmente, las mujeres entran por emergencia, en donde se le realiza el denominado tacto para verificar si es que tiene los centímetros necesarios para quedarse. Si es que el médico de turno considera que no tiene la dilatación suficiente para ser hospitalizada, la mandan de vuelta a su casa. Una vez que han alcanzado la dilatación necesaria, entran a una sala general donde están otras parturientas en las mismas condiciones. Hay ocasiones que esa sala está llena y a las mujeres les toca recibir las contracciones en sillas, no en camillas. (De esto, sin embargo, se hablará en el siguiente capítulo)

El concepto de salud reproductiva tiene una historia reciente. El término de planificación familiar nació en la década del setenta del siglo pasado junto a la vertiginosa aparición de los anticonceptivos. Por su parte, el término de salud sexual y reproductiva fue acuñado por la

OMS en la década de los noventa: nació como un “derecho” de las parejas a decidir cómo y cuándo procrear y a acceder a información pertinente y a servicios de adecuados de atención a la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y les den las máximas posibilidades de tener hijos sanos. (OMS 2003)

El MSP ha comenzado una campaña para instaurar el parto culturalmente asistido en los hospitales, sobretodo, en las ciudades en las que hay un buen número de gente afro descendiente y sobretodo, indígena. Como se dijo anteriormente, el MSP ha confundido la interculturalidad con lo indígena, por lo que, la mayoría de estudios que existen en la actualidad, son exclusivos a programas en relación a madres de la cultura andina, es decir, a madres indígenas de la sierra norte y la sierra central.

El Hospital Asdrúbal de la Torre, en la ciudad de Cotacachi, es uno de aquellos que están implementando el parto culturalmente asistido y que, para ello, están llevando a cabo un proceso de capacitación con sus profesionales. Hicieron, además, una alianza con las parteras del Jambi Mascari, quienes, como Carmen Cumba, prestan sus servicios voluntariamente.

Lo que motivó a que se realicen estas capacitaciones es que se consiguió saber que existía un alto nivel de inconformidad entre las mujeres indígenas que habían dado a luz en el Hospital porque se quejaban de:

- Los malos tratos y de la atención impersonal.
- No contar con el acompañamiento de sus familiares
- Que fueron vestidas con ropa muy fría, sin tomar en cuenta el denominado procedimiento humoral.
- Las sábanas blancas, color que relacionan con la muerte
- Que no les permitían realizar sus rituales, como administrar a la parturienta aguas de hierbas para favorecer el parto o curar el denominado “mal viento”.
- Los procedimientos como: la episiotomía , la adopción de la posición horizontal para dar a luz a la que consideran como altamente riesgosa ya que puede interrumpir el parto
- Que los médicos se negaban a entregarles la placenta, aún sabiendo de cuán importante es para su cultura enterrarla cerca del fogón.

- La implementación de políticas públicas y sanitarias con enfoque intercultural no es algo nuevo. La ONU, por ejemplo, hace más de una década, lanzó los denominados “objetivos del milenio” los cuales, buscaban y buscan, mejorar las condiciones de vida de los denominados países en vías de desarrollo. Fueron redactados en 2000, dándose un plazo de quince años para que sean llevados a cabo. Sin embargo, estando ya en vísperas de 2012, aún no se ven resultados de gran envergadura.

El objetivo cinco dice: Mejorar la salud Materna. En la página oficial de la ONU, cada objetivo está desglosado, incluyendo cifras importantes. Se incluye, además, una meta: que la salud reproductiva sea universal para 2015.

Las brechas agigantadas que existen en los países tercermundistas entre el área urbana y el área rural son de toda índole: económicas, geográficas y culturales. Hablando del Ecuador, en el área urbana radican los denominados blancos-mestizos, mientras que el área rural, donde la gente es considerada “pobre”, habitan los indígenas, los afrodescendientes y los montubios. Según las estadísticas de la ONU, en los países en vías de desarrollo, apenas una de cada tres mujeres reciben la atención adecuada durante el embarazo: es decir, monitoreo prenatal constante.<sup>41</sup>

La muerte materna es uno de los indicadores más claros de la diferencia entre los denominados países desarrollados y los denominados países en vías de desarrollo. Antes de proseguir, es fundamental definir éste término: por muerte materna se entiende por la muerte de una mujer durante el parto o 42 días después del mismo, debida a cualquier causa relacionada con el embarazo o con su atención, sin incluir las razones accidentales o incidentales. Primero, es importante referirse a datos globales, los mismos que indican que, entre el 11% y el 17% de las defunciones maternas se producen durante el parto, y entre el 50% y el 71% durante el puerperio y que el 45% de estas últimas, ocurren durante las 24 primeras horas después del parto y más de las dos terceras partes, durante la primera semana.

---

<sup>41</sup> [http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG\\_Report\\_2010\\_SP.pdf#page=34](http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2010_SP.pdf#page=34)

Segundo, es muy importante resaltar que la causa más común de muerte materna es la hemorragia, la misma que, sin ser tratada adecuadamente, puede terminar con la vida de una mujer sana en dos horas, la segunda causa es la sepsis (infección) y la tercera, el aborto practicado en condiciones no favorables.<sup>42</sup>

Lo más alarmante es que la mayoría de las muertes podría evitarse si es que si las mujeres dispusieran de cuidados calificados y si no se logran romper las barreras que lo impiden, cada minuto, en alguna parte del mundo, una mujer muere, alcanzando aproximadamente, 530.000 muertes anuales por causas relacionadas con el embarazo, parto o posparto, lo que supone una relación de 400 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos (hablando mundialmente)<sup>43</sup>. Si se juntan a los países en vía de desarrollo y se hace la misma relación, existen 480 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, que puede contrastarse a la cifra que resulta de juntar a los países desarrollados: 27 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Aquí, puede verse claramente la marcada desigualdad entre las dos regiones del mundo, a lo que se puede sumar:

En “La Atención Calificada Durante el Parto. Un cuaderno informativo para salvar la vida de las mujeres y mejorar la salud de los recién nacidos”, el 99% del medio millón de muertes registradas mundialmente, ocurren en los países en vías de desarrollo, más de cincuenta millones de mujeres sufren de lesiones serias o discapacidad relacionadas con el embarazo y finalmente, alrededor de 1,2 millones de recién nacidos mueren por complicaciones durante el parto.

América Latina y el Caribe son regiones donde las inequidades son evidentes, sin embargo, son las mujeres las que más reclaman. Entre sus reclamos está la maternidad segura porque en países como el nuestro, para las mujeres indígenas, las mujeres afrodescendientes o las mujeres de menos ingresos económicos o años de escolarización, un parto puede ser un factor de riesgo.

---

<sup>42</sup>[http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PNADK045.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADK045.pdf): Manual para la humanización y adecuación cultural de la atención del parto.

<sup>43</sup> *Ibíd.*

El Ecuador, también es un país comprometido en el cumplimiento de los objetivos del milenio, por lo que cuenta con un marco jurídico legal, pensado para reducir la mortalidad materna:

- **Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia:** Es una ley, de aplicación obligatoria en todos los hospitales públicos del país. e incluye las siguientes prestaciones: control prenatal, parto, cesárea, emergencias obstétricas, detección oportuna del cáncer ginecológico, planificación familiar, atención a los recién nacidos/as normales y con patologías, transfusiones sanguíneas y paquetes globulares, atención de enfermedades de transmisión sexual (excepto Sida) y atención a niños/as menores de cinco años en las enfermedades prevalentes de la infancia.
- **Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos** (aprobada el 6 de abril de 2005 por Decreto Ejecutivo N° 2717)
- **Plan Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos** (en proceso de articulación).
- **Plan Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna** a partir del cual cada provincia elaborará su plan local para implementar este plan nacional (aprobado en agosto de 2005).<sup>44</sup>

### 3.5.El parto y la interculturalidad

Para que la interculturalidad pueda ser aplicada en la salud sexual y reproductiva y puntualmente al parto, la salud debe ser entendida desde marcos de equidad, eficacia y eficiencia sin generar, por ningún motivo, modelos de “folclorización médica”. Para que realmente existan procedimientos interculturales en el parto, los médicos deben tomar en cuenta que la cultura es el factor primordial, indispensable, para entablar relación con sus pacientes.

La interculturalidad dentro de una institución médica, como el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, debe siempre estar acompañada de una atención calificada que garantice una

---

<sup>44</sup> [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PNADK045.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADK045.pdf)

maternidad segura y que por ende, responda a los cuidados necesarios durante el embarazo y el parto, sin embargo, siempre tomando en cuenta su trasfondo cultural.

La humanización y adecuación cultural de la atención del parto debe ser un imperativo en todos los centros clínicos y hospitalarios del país para que la maternidad segura pueda ser una realidad, considerando por tanto, los valores y las tradiciones culturales de las usuarias.

Sin embargo, uno de los mayores problemas ha sido que los médicos han tomado a la interculturalidad como una medida amenazante, es decir, que pone en riesgos sus conocimientos y procedimientos. La limitan a la parte práctica, es decir, no la ven como una forma de pensamiento que toma la diversidad como un factor de desarrollo ni como un principio articulador.

Es fundamental entender que, para que la interculturalidad pueda aplicarse al parto, es fundamental que exista la libre elección de la madre: es decir, que ella, apoderada de sus derechos como “usuaria de los servicios de salud” pueda decidir de qué forma y bajo qué circunstancias dar a luz, sea cual sea su condición étnica, económica o social y sea cual sea centro de salud u hospital que escoja.

El llamado “parto humanizado” da la posibilidad de que exista un mayor contacto entre la madre y el niño y que ella, tenga la posibilidad de decidir cómo quiere dar a luz. Este supone el mayor respeto posible al bebé y a la mujer. Arguye que el momento del parto es decisivo para el desarrollo posterior de la personalidad del recién nacido y del vínculo con sus progenitores. Según los especialistas que están a favor con este tipo de alumbramiento, éste será registrado en el llamado hipotálamo o cerebro primitivo, en donde se guardan los recuerdos más íntimos. El bebé, mientras dura el embarazo, está en directa conexión con su madre por tanto, el momento del alumbramiento, en cierta forma, vive una situación traumática, que tiene que ser atenuada como sea posible. El primero en proponer este tipo de parto fue el francés Frederick Leboyer, el mismo que publicó un libro denominado: *Por un nacimiento sin violencia*. En él, recomienda que el parto debe efectuarse en un lugar tranquilo, en silencio, con luces tenues y que el recién nacido debe ser entregado a sus padres (no solo a su madre) inmediatamente.

En el año 2000 se organizó en Brasil un congreso mundial sobre el parto humanizado en el cual, se conformó la Red Latinoamericana y del Caribe por la Humanización del parto y nacimiento: RELACAHUPAN. En Ecuador, también existe esta red desde 2006 y la misma que tiene como objetivo hacer cumplir cuatro objetivos:

1. Que las madres sean tratadas con respeto y dignidad en base a sus particularidades fisiológicas, psicológicas, afectivas y culturales.
2. Que haya libertad de movimiento y de posición para la madre durante el trabajo de parto.
3. Que ellas puedan elegir con quien estar y en donde estar durante el alumbramiento.
4. Que haya el apego inmediato de las madres con sus hijos/as.<sup>45</sup>

En el parto humanizado prima la libertad de elección de la madre. Ella es quien elige en dónde parir y cómo, dando por tanto la apertura a un sinnúmero de opciones: desde hacerlo en su propia casa, en una piscina o en el hospital, siempre, según su voluntad.

En el Ecuador son cada vez más los centros que están optando por este tipo de parto. En el Napo, por ejemplo, existe el Hospital de Parteras Amupakin, en Riobamba el Hospital de Maternidad Andina, en Quito, existe la Clínica Puerta a la Vida, en Otavalo el Hospital San Luis y el Centro de Salud Jambihuasi, en Cotachachi, el hospital Asdrúbal de la Torre y la red de parteras de Jambi Mascari.

En el Ecuador, por parte del Ministerio de Salud Pública, se ha emprendido una campaña para que, en los hospitales más cercanos a poblados indígenas, se incorpore el parto humanizado. Ya no se denomina únicamente “salud reproductiva”. Ahora, el MSP se refiere a ella como “Salud Reproductiva con enfoque intercultural”. El Ministerio de Salud Pública se muestra muy satisfecho con los procesos de cambio en salud que se están operando, sin embargo, aún falta mucho por hacer con la salud de los afrodescendientes, por ejemplo porque sus estrategias se han basado exclusivamente en los derechos de los pueblos indígenas. No obstante, se puede destacar que por lo menos, se ha logrado que se supere el enfoque

---

<sup>45</sup> <http://www.facebook.com/notes/grupos-lactancia-y-maternidad-quito/la-red-latinoamericana-y-del-caribe-por-la-humanizaci%C3%B3n-del-parto-y-del-nacimien/192811604084398>

tradicional de la salud pública con el que anteriormente se operaba para, cambiarlo por un nuevo enfoque que comienza a ser atravesado por la variable intercultural. Conjuntamente con la aprobación de la Constitución de 2008, se publicó el denominado Plan Nacional para el Buen Vivir o Plan Nacional de Desarrollo, el mismo que fue pensado como un instrumento del Gobierno Nacional del presidente Rafael Correa para articular las políticas públicas con la gestión y la inversión pública, como bien lo señala su página oficial.

El Plan del Buen Vivir cuenta con doce estrategias u objetivos nacionales que se buscan alcanzar para que los ecuatorianos alcancen un mejor nivel de vida, en todo sentido. Este Plan fue elaborada por la Secretaria Nacional de Planificación para el Desarrollo: SENPLADES, en su condición de Secretaría Técnica del Sistema Nacional Descentralizado de Planificación Participativa. Uno de los ejes del Plan para el Buen vivir, es un Estado plurinacional e intercultural.

Se supone que el reconocimiento de la diversidad es uno de los cimientos de este plan, como su primer objetivo que indica: *“Auspiciar la igualdad, cohesión e integración social y territorial en la diversidad”*. Otro de los objetivos que interesa para este trabajo de disertación es el objetivo ocho, que indica: *“Afirmar y fortalecer la identidad nacional, las identidades diversas, la plurinacionalidad y la interculturalidad”*.

Adicionalmente, el Plan Nacional del Buen Vivir señala que para que la diversidad pueda ser considerada como una variable de desarrollo, es necesario que exista un aprendizaje intercultural, que de paso a la creación de alianzas y de la oportunidad de intercambiar, entre gente de cosmovisiones distintas, saberes, epistemologías y prácticas. Sin embargo, ¿Realmente esto es posible llevarlo a la práctica?

El Plan Nacional del Buen Vivir, debe articular los proyectos, políticas y programas públicos. De hecho, estos últimos deben estar sujetos a él. Los ministerios del gobierno por tanto, deberán siempre tenerlo en cuenta para cualquier decisión que salga de sí.

Este, además, plantea un cambio de paradigma para conseguir una “sociedad más justa, libre y democrática”, que reconozca la unidad en la diversidad, que reconozca al ser humano no como

el individuo egoísta del Capitalismo, sino como un ser social, una sociedad que construya una convivencia solidaria, fraterna y cooperativa, que reconozca los derechos de todos y todas, siempre respetando sus particularidades culturales.<sup>46</sup>

En el Plan Nacional del Buen Vivir, denota que ya no se puede hablar de un Estado pluricultural y multiétnico, sino que ahora, se debe hablar de un Estado intercultural y plurinacional, en el que se reconozcan y valoren las particularidades de las distintas nacionalidades que viven en el país como los montubios, afrodescendientes e indígenas. Para hacer esto posible, se busca un Estado policéntrico y por tanto, descentralizado y que termine con el tan afianzado colonialismo interno.

Actualmente, existen los recursos legales como para hacer posible la interculturalidad. Sin embargo, es muy complicado transformar la teoría en práctica. El colonialismo interno sigue siendo el mayor obstáculo para que se empiecen a asentar cambios. En nuestra sociedad, ha existido siempre el paternalismo, el mismo que, se ha asentado en la idea de “dar o regalar, al que menos tiene”, concibiéndolo sin embargo, como el “otro” o el “marginal”. La clave para que se instaure una verdadera interculturalidad sería que haya una mejor distribución de los recursos. El denominado paternalismo lo único que es hecho es afianzar a los llamados grupos de élite al poder, empobreciendo cada vez más a los llamados grupos vulnerables. De lo que se trata es de buscar una sociedad unida, en donde todos y todas gocen de su cultura y no sientan que se les impone cómo ser y cómo actuar, una sociedad en la que todas y todos se preocupen también por cumplir las necesidades de los demás y en la que todas y todos sientan que tienen abierta la puerta hacia una participación política.

En la Constitución de 2008, como ya se vio, el derecho a la salud considera también la cosmovisión y los factores culturales de los usuarios y de las usuarias y no se limita únicamente a imponer una salud de tipo occidental. Esto puede verse en el art. 363, numeral 4.

---

<sup>46</sup> [www.senplades.gov.ec](http://www.senplades.gov.ec)

*“El Estado será responsable de garantizar las prácticas de Salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos”.*

Uno de los ejemplos más importantes es el del Hospital San Luis de Otavalo, en el que, se ha implementado el parto culturalmente adecuado. Para ello, se repensó el modelo de salud, tomando en consideración que la mayoría de su población, es indígena. (52%) En 2003, cómo se puede leer en el folleto “Hacia la construcción de un modelo de Salud Reproductiva con Enfoque Intercultural en el Hospital de San Luis Otavalo-Ecuador”, el cantón Otavalo fue calificado como área de muerte materna y tétanos neonatal”. Después de varios análisis, se concluyó que una de sus causas había sido “la brecha cultural existente”, lo que hacía que, las indígenas, se negaran a dar a luz en los servicios estatales de salud debido a que, la práctica médica era distinta a la de sus comunidades. Asimismo, puede leerse que, en los años comprendidos entre 2001 y 2005, en el área número cuatro del mismo cantón, se produjeron diez casos de muerte materna, todas en el sector rural, tres de ellas, fueron dentro del hospital. En esta misma guía, lo que se destaca es que en 2009 (su primera edición fue publicada en julio de 2010) no se registraron muertes maternas.<sup>47</sup>

Cabe destacar que la implementación del parto culturalmente adecuado en esta entidad hospitalaria no habría sido posible sin la gestión de la Federación Indígena y Campesina de Imbabura que, desde el año 1984, ha venido trabajando en la salud materna de estos pueblos. Por ello, creó el área de salud “Jambi Huasi”, la misma que, desde su inicio, combinó la medicina alopática o biomedicina con la medicina ancestral. Sin embargo, su servicio era muy limitado y se vio la necesidad de que se implementara una verdadera salud intercultural que fuera avalada por el Ministerio de Salud Pública, por el gobierno Municipal de Otavalo, liderado por un indígena y por el Gobierno Nacional. Por tanto, en el Hospital San Luis de Otavalo, en el que imperaba la práctica médica occidental, se decidió implementar una práctica médica intercultural en los servicios de salud reproductiva para las mujeres indígenas de la zona y sus alrededores. Vale decir que lo que llevó a que esto realmente fuera posible fue que en 2007, se designó, un médico indígena para que ocupara el puesto de director en el

---

<sup>47</sup> Hacia la construcción de un modelo de salud reproductiva con enfoque intercultural en el Hospital San Luis de Otavalo-Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Gobierno Nacional de la República del Ecuador, Fondo de Población de Naciones Unidas. Quito-Ecuador. 2010. Pág. 14

Hospital y que además, en 2005, el alcalde hizo posible la capacitación de las parteras en el marco del Comité de Gestión de la Ley de Maternidad Gratuita en aspectos tan importantes como:

- La identificación de signos de peligro durante el embarazo, parto y postparto.
- La identificación de la posición ideal antes de nacer (posición ideal cefálica), en lugar de la posición podálica (cuando el feto se encuentra parado), cuando se encuentra de nalgas, o cuando se encuentra transverso o de hombros.
- La identificación del prolapso del cordón umbilical, es decir, cuando el cordón umbilical desciende tempranamente dentro de la vagina, lo que pone al feto en peligro porque le puede interrumpir el paso de la sangre al momento de nacer.
- La identificación riesgos por mala ubicación de la placenta.<sup>48</sup>

Por otra parte, es muy importante mencionar la publicación del llamado “Manual para la Humanización y Adecuación Cultural de la Atención del Parto”, la misma que fue publicada por el MSP, en alianza con la Dirección Provincial de Salud de Tungurahua, por Family Care International, el Proyecto de Garantía de Calidad y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) en 2007.<sup>49</sup> Este manual fue producto de intensos debates que se realizaron a lo largo de 2005 y que permitió además, el encuentro de representantes de la práctica de la salud occidental y de representantes de la práctica de salud ancestral. De las discusiones, se sacó que lo que debe buscarse para que haya una real adecuación cultural del parto es la satisfacción total de las mujeres parturientas, quienes exigen tener libertad para escoger en qué posición dar a luz, buen trato en la atención y una buena comunicación e información antes, durante y después del parto, De acuerdo al manual, en la provincia de Tungurahua, desde 2004, se ha implementado el llamado “Sistema de Cuidados Obstétricos Esenciales”, el mismo que fue pensado como estrategia para reducir la mortalidad materna y que tiene cuatro ejes articuladores: la capacitación clínica en cuidados obstétricos y neonatales, la mejora continua en la calidad de atención en los servicios de salud, la humanización y adecuación cultural del parto y finalmente, el trabajo a nivel comunitario para incrementar la demanda y el acceso a la salud de las usuarias de la zona.

---

<sup>48</sup> *Ibidem*. Pág. 16

<sup>49</sup> [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PNADK045.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADK045.pdf)

Vale decir que Tungurahua, ha sido una de las primeras provincias en adecuar culturalmente el parto y los centros de salud pilotos fueron: Hospital Cantonal de Píllaro, Hospital Cantonal de Pelileo y el Centro de Salud #2 de Ambato. Su objetivo fue buscar el equilibrio entre la práctica médico-científica para prevenir y manejar las complicaciones obstétricas y para promover el respeto para que los profesionales, puedan entender a la mujer mestiza, indígena, campesina etc. en su labor de parto y a la vez, que ellas entiendan su posición, pero siempre desde el diálogo y el mutuo acuerdo. Este manual está destinado para todos los profesionales que trabajan en la salud materno-infantil, para que logren un mejor servicio basado no solo en la calidad, sino también en la calidez.

### **3.6. Crítica a la Interculturalidad como mecanismo para modernizar al otro:**

Muchas veces, la interculturalidad se ha convertido en una estrategia de los gobiernos, de este y de otros países, para hacer creer que puede haber oportunidades de incluir, de una vez por todas, a los grupos excluidos. Aunque, cuando se analiza a profundidad, es inevitable pensar que lo que se está haciendo realmente es mantenerlos callados con un discurso aparentemente hecho en beneficio de ellos mismos.

Se dice abrir espacios en los que se practique la interculturalidad, sin embargo, a la final, persiste la dominación del pensamiento occidental, volviéndola por tanto, una estrategia para que los socialmente excluidos, puedan tener la oportunidad de transitar de su espacio al de la civilización, volviéndola, por tanto, una simple relación de transferencia.

En realidad, resulta muy fácil decir que se romperán las barreras culturales, que se propiciará al entendimiento al otro, que se les dará otras oportunidades, etc. Sin embargo, en la realidad, si es que ello podría cambiar el curso “normal” de la sociedad, el status quo, finalmente no se lo practica. El “otro” por tanto, desde siempre y hasta ahora, ha sido negado e invisibilizado, se lo ha vuelto abstracto, anulando su cultura e identidad.

La interculturalidad ha quedado como un discurso superfluo, no arraigado en la práctica, que lo único que ha hecho es mostrar cuán diversos somos, y cuán difícil es trabajar en conjunto por el bienestar común, tomando en cuenta las particularidades propias y del resto y de esta manera, haciendo posible acabar con los monopolios culturales, para que las instituciones, el Estado, la política, etc. puedan también ser manejadas, autónomamente, por indígenas, afrodescendientes, montubios etc.

Cuando se ha hablado de diversidad, se ha centrado en el plano cultural, sin embargo, no se ha tomado en cuenta que esta diversidad ha ido siempre de la mano de la desigualdad. Aquellos “culturalmente diversos”, generalmente son los más pobres, los menos educados, los más enfermos. La interculturalidad por tanto, se ha convertido en una especie de “máscara” que cubre el real y palpable conflicto que existe entre los de la “élite” y los de las clase media-baja y baja mediante “políticas de asistencia social” o siendo “tolerantes” con sus características culturales. Si se mira, en su discurso se asienta, aunque disimuladamente, sobre la exclusión, por un lado y la dominación, por el otro, reproduciendo por tanto, el famoso paternalismo.

El decir de muchos gobiernos de “se les ha dado acceso a la educación”, en lugar de ser un acto para felicitar y reconocer es un acto para cuestionar y criticar. En este punto es pertinente preguntarse a qué tipo de educación se les ha dado acceso: A un tipo de educación que les permite ser partícipes de su propia formación o muy al contrario, una educación de tipo impositiva y jerárquica, a la que están intelectualmente sometidos. La respuesta es la segunda y aún así, se ha hablado de “integración social”, pero qué tipo de integración es ésta? ¿Una integración a la fuerza?, ¿Un acceder a una cultura ajena a la propia?, ¿Una agonía lenta?

Definitivamente, si el discurso de la interculturalidad toma este tipo de orientación, la integración de la que se habla, si es que puede hablarse de integración, es totalmente contradictoria y negativa. Por tanto, la interculturalidad, en lugar de tomarse como un pensamiento generador de cambio, ha sido convertida en una llana “retórica de poder”. Cuando se ha hablado de interculturalidad por tanto, siempre se ha partido desde la posición del indio, o de la del afro, nunca se ha hablado de la interculturalidad desde la perspectiva de los mestizos o de los que dicen ser “blancos”, como si ellos estuvieran absueltos de los

intercambios culturales. . La interculturalidad por tanto, debería tomarse como un mecanismo para liquidar las brechas entre sus miembros, más no para agrandarlas o como una estrategia de asistencia social.

Hoy en día, por ejemplo, es lamentable que en los países europeos, la salud intercultural se haya asociado a la “salud de los migrantes”, por tanto, se la ha considerado un concepto en estrecha relación con modelos de exclusión, pobreza y marginalidad. Es decir, la interculturalidad se configura en este caso en una estructura política ideológica manejada por los “no originarios” sobre los pueblos originarios al estilo de los primeros tiempos del indigenismo intelectual del siglo XX<sup>50</sup>

La interculturalidad se ha convertido en un concepto vacío asociado al “folklor”. Los gobiernos han propuesto políticas interculturales cuyo propósito ha sido certificar a médicos de los pueblos originarios, para supuestamente legitimar sus prácticas. Sin embargo, lo han hecho desde sus perspectivas y condiciones, en lugar de permitir a sus propias comunidades que sean ellas las que los certifiquen o acrediten según sus propios criterios.

El discurso de la interculturalidad puede ser visto como una herramienta para “bajar los ánimos” de aquellos grupos que buscan una reivindicación también política, haciéndoles creer que es inclusivo, cuando en realidad, lo que busca es, a toda costa, evitar cualquier tipo de “revolución”. Este discurso utiliza en gran medida la palabra “tolerancia”, la misma que ha sido mal interpretada y a veces confundida con “respeto”. Ha por tanto ensalzado una palabra que en realidad, sostiene y refuerza el sistema dominante y sus estructuras y que minimiza los procesos sociales, que son el motor de una transformación justa. Por tanto, en lugar de ayudar a que el sujeto que ha estado excluido pueda de una vez por todas, ser introducido en todo el andamiaje social, lo mantiene al margen y preso del mundo globalizado y neoliberal.

Para hablar de ella desde el pensamiento del entendimiento intersubjetivo, es imprescindible que todo proceso educativo o de capacitación que se haga al respecto, debe tener en cuenta

---

<sup>50</sup> Fernández Juárez Gerardo. Sumak Kawsay: retos y paradojas de la salud intercultural en Salud, Interculturalidad y Derechos. Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay. Ministerio de Salud Pública. Gobierno Nacional de la República del Ecuador. Quito-Ecuador. Junio 2010. Pág. 30

que debe alejarse por completo de la estructura jerárquica y desigual sobre la que se ha asentado la educación formal: para instruirse en aspectos de interculturalidad, será primero necesario buscar el espacio físico adecuado para que la distribución de los interesados permita una interacción de cerca y bajo las mismas condiciones. Para que se genere un auténtico pensamiento intercultural, no basta simplemente con destruir las aulas, sino lo que es necesario destruir es la anticuada estructura educativa jerárquica en la que lo único que se enseña a los estudiantes es a ser dependientes y carentes de iniciativa y liderazgo, pasivos, que sólo saben escuchar, más no producir discursos, debatir y dialogar. Estudiantes por tanto que aceptan como dado todo lo que se imparten y a quienes se les hace muy difícil, quizá imposible, cuestionar.

Mientras se hacía este trabajo de investigación, pude viajar a Cotacachi y conversar con Carmen Cumba, quien dirige a las parteras. Contactarla no fue difícil, acudí a la asociación Jambí-Mascari donde me dieron su número celular. La llamé y enseguida, me atendió, A diferencia de la directora del Hospital de Cotacachi quién, se molestó mucho con mi presencia, me dijo que para atenderme, debía cumplir con una infinidad de trámites burocráticos, pese a que se me dificultaba por vivir a dos horas del mismo.

Carmen Cumba me citó en el coliseo del colegio, en donde iba a dar una charla. Llegué y aún no había terminado. Para mi sorpresa, los oyentes eran niños y niñas indígenas que no superaban los quince años. Estaban ahí en un campamento dirigido, por un español que anteriormente, había trabajado en una ONG. Carmen Cumba les estaba hablando de los rituales de la que se supone también era su cultura, pero que ellos desconocían. Ella les hablaba de la pacha mama, pero ellos se mostraban ajenos a su discurso, si bien es cierto que la veían y la escuchaban, también lo es que ninguno se mostraba familiarizado, aún más cuando, todos, sin excepción, vestían con blue jean, camiseta o zapatos “Convers”, “Adidas”, “nike”. Ninguno llevaba alpargatas y los que aún tenían el pelo largo, éste contrastaba con todo su atuendo “occidental”.

Una vez más que hubo terminado, la llevé en el carro y conversamos mientras duró el trayecto, de regreso a Jambí Mascari. El hecho de que las nuevas generaciones ya no reconozcan sus

orígenes, ella se lo debe a la “globalización” y al proceso de “modernización”. Estos niños y niñas han estado mucho más expuestos a los medios masivos que sus padres y que sus abuelos, quienes, pese a insistirles en mantener su legado, no lo han logrado. Y esto se ha vuelto aún más difícil: las generaciones pasadas, tuvieron una educación básicamente familiar, es decir, en casa, mediante la experiencia diaria. Las generaciones nuevas, al contrario, se ha apartado de casa para ir a la escuela, en donde, han aprendido a leer, escribir, utilizar el internet, estar por tanto, al tanto de lo que pasa “en el mundo”.

Lamentablemente, esos niños han sido educados o por la educación tradicional o por la denominada educación intercultural bilingüe, que no ha hecho más que reproducir el esquema de la primera, por tanto, son niños influenciados y receptores de la lógica de dominación occidental.

Pese a que respondían que eran indígenas cuando Carmen Cumba se los preguntaba, si es que en su educación se ha ignorado su historia, ello no vale nada. Ella tampoco vale nada si se ha ignorado que su situación de excluido no ha sido producto del azar, sino de un largo proceso de dominación: social, política y cultural.

En resumen, para que la interculturalidad se instaure mediante un verdadero proceso de entendimiento intersubjetivo, es primordial que la educación deje de estar anclada en relaciones asimétricas que responden a la lógica capitalista y a la idea del progreso occidental.

#### **4. CUARTO CAPÍTULO: SIN INTERCULTURALIDAD NI PRÁCTICA INTERCULTURAL**

El Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora es una institución que tiene una existencia de sesenta años y que ha sido avalado por el Ministerio de Salud Pública como una entidad médica de tercer nivel, es decir, de especialidad. Sin embargo, su trayectoria es mucho mayor. Data de 1899, año en el que Juana Miranda, comadrona profesional y abadesa del Hospital de Caridad de Quito, fundó la primera maternidad de esta ciudad: “Asilo Vallejo Rodríguez”. Por tanto, es una de las instituciones especializadas en el área de gineco-obstetricia más prestigiosa del país y que ha servido de referencia no sólo a mujeres de Pichincha y de la Sierra, sino también a mujeres de todo el territorio nacional. Según su página web y el censo realizado por el INEC en 2001, atiende las necesidades de 1´ 839. 853 habitantes de Quito y 2´388 817 habitantes de la provincia de Pichincha<sup>51</sup>.

Los servicios que ofrece giran alrededor de los procesos de concepción y parto y además, brinda servicios de ginecología a mujeres no gestantes y está preparada para atender a recién nacidos que presentan algún tipo de patología. Cuenta con termocunas y una sala de cuidados intensivos de alta tecnología. Cabe señalar que las mujeres que se atienden en sus instalaciones son adolescentes y adultas, generalmente, de escasos recursos económicos. El área para atender a las mujeres que ya han dado a luz está dividida en dos: una para las adolescentes, es decir para las mujeres cuyas edades oscilan entre los 10 y 19 años, y otra para las adultas. Aunque, cuando la sala de las adultas rebasa su capacidad, ellas son internadas en el área de adolescentes.

El Hospital Isidro Ayora está ubicado en el barrio San Blas, en el sector centro de la ciudad de Quito, en las calles Av. Gran Colombia y Luis Sodiro, junto al Hospital Eugenio Espejo. La entrada principal da a la calle Gran Colombia y es por donde la gente entra y tiene una sala espera. A un costado se encuentra la Dirección, a la que sólo puede ingresarse pidiendo autorización a su secretaria por un citófono. Al frente, se encuentra la mesa de información, en

---

<sup>51</sup> [http://www.hgoia.med.ec/index.php?Itemid=235&option=com\\_content](http://www.hgoia.med.ec/index.php?Itemid=235&option=com_content)

dónde los parientes de las internas pueden preguntar por ellas. A un costado, se encuentra una puerta de reja, resguardada siempre por un guardia, quien controla la entrada y la salida de la gente. El guardia sólo tiene autorización de permitir el ingreso a la gente en horario de visitas. En la primera planta del hospital, se encuentra la sección de rayos x, así como la cafetería, la oficina de estadística y el laboratorio. Para llegar a la sección de adolescentes, es necesario atravesar una cancha de volley, en la que juegan empleados e internos en sus momentos libres, y luego, subir unas gradas. Sin embargo, también es posible llegar hasta ahí desde donde se encuentran los consultorios médicos, no obstante, esa entrada es exclusivamente para el personal. Para acceder a los consultorios médicos para adolescentes y a los consultorios de los pediatras para atender a los niños pequeños, se debe ingresar por la calle Luis Sodiro. Emergencias se encuentra entre la entrada principal y la entrada alterna, ubicada en la transversal anteriormente nombrada. El Hospital cuenta con el denominado “Servicio de Atención Integral para adolescentes” que fue fundado hace trece años y en el que pretende atenderlas, como su nombre lo indica, de forma integral, es decir, no cubriendo solamente su atención física, sino también el aspecto emocional y social. Los ginecólogos, obstetricias y pediatras trabajan por tanto, con el departamento de rayos x, con el laboratorio y con psicólogas y trabajadoras sociales. Su objetivo es atender y ayudar a cada paciente desde sus particularidades. No obstante, más adelante veremos que, si bien se consideran las historias de las adolescentes individualmente, éstas son analizadas desde una sola perspectiva: la occidental.

Según las estadísticas de 2010 que se pueden encontrar en la página web del mismo hospital, en ese año se presentaron 11618 partos, de los cuales, 3149 fueron de madres adolescentes que equivale al 27.10%. De estos 3149 casos, 774 fueron cesáreas y el resto, es decir, 2375, fueron partos normales. De entre todos los partos atendidos, el número total puede dividirse en dos: en las adolescentes cuya edad oscila entre los 10 y los 14 años y en las adolescentes cuya edad oscila entre los 15 y los 19 años. El primer grupo, es considerado el más riesgoso. En 2010 se dieron 119 partos de madres adolescentes entre los 10 y 14 años, de los cuales, 85 fueron normales y 34 fueron cesárea y 2290 de madres entre los 15 y 19 años, de los que 740 fueron normales y 442 fueron cesárea. De todos los partos atendidos, fueron 11575 los nacidos vivos y 256 los que murieron.

Existe una ficha denominada: atención al escolar y al adolescente, avalada por el ministerio de salud pública, la misma que usan las psicólogas para realizar las entrevistas a las internas. La misma, consta de trece apartados: consulta principal, antecedentes personales, antecedentes familiares, familia, vivienda, educación, trabajo, vida social, hábitos, datos gineco-urológicos, sexualidad, situación psicoemocional, examen físico. Esta ficha consta de dos carillas. En la delantera, encima del primer apartado, hay un espacio para llenar la información básica de cada paciente: nombres, apellidos, número de historia clínica, domicilio y localidad, teléfono, si es o no migrante, de serlo, su país de origen, su lugar y fecha de nacimiento y su sexo (en el caso del Hospital, todas son mujeres)

En el primer apartado, se recoge la información de la consulta principal, de la fecha en la que la misma tuvo lugar, la edad de la paciente, en años y en meses, su acompañante (si vino sola, con su padre, con su madre, con ambos, con algún familiar, con algún amigo, con otra persona), su estado civil (soltera, unión libre o separada), los motivos de la consulta según la adolescente y los motivos de la consulta según el o la acompañante y finalmente, observaciones relevantes.

En el segundo apartado, se recogen los antecedentes personales y la información siguiente: si la paciente tuvo un proceso perinatal normal o no, es decir, un desarrollo fetal normal, si tuvo un crecimiento y un desarrollo sin ninguna complicación, si tiene las vacunas completas, si ha presentado o si presenta enfermedades crónicas o infecto-contagiosas, si ha tenido antecedentes de intoxicación, si han tenido alguna cirugía o ha estado alguna vez hospitalizada, si ha usado o usa medicinas o sustancias, si ha sido víctima de maltrato, si ha presentado procesos judiciales.

En el tercer apartado, se averigua si en su familia ha habido casos de diabetes, obesidad, cardiopatías, alergias, infecciones como tuberculosis, sida, si ella ha tenido algún trastorno psicológico, si en su familia ha habido el uso o abuso de alcohol o drogas, violencia intrafamiliar, alguna otra madre adolescente y si alguien ha presentado procesos legales o judiciales.

En el cuarto punto, se recoge la información de su o sus convivientes o si vive fuera de un hogar como en instituciones, en la calle, sola etc. En caso de vivir con sus padres (o sustitutos) se averigua su nivel de instrucción (analfabeto, primaria incompleta, primaria, secundaria/técnico, universitario/ terciario) y sus tipos de trabajo, si son o no estables. Se averigua también su ocupación y la percepción que la adolescente tiene del ambiente familiar: buena, regular, mala o no existe relación. Hay un espacio también para que la psicóloga haga el árbol familiar.

En el quinto punto, se averigua si en su vivienda tiene o no energía eléctrica, si tienen agua en el hogar o fuera de él y si el desecho de excretas lo tienen también fuera o dentro del hogar (Cabe decir, que en cada punto, hay siempre un espacio para observaciones)

En el sexto punto, en de educación, se averigua si la adolescente estudia o no, en qué nivel, su grado o curso, sus años aprobados, si es que tiene problemas en la escuela, sus años perdidos, su causa, si es que ha habido deserción, su causa y si es que ha tenido educación no formal y de qué tipo.

El séptimo punto recoge qué tipo de trabajo realiza, si es que lo hace, si es que lo busca por primera vez, si no trabaja y tampoco busca y si es desocupada. Además, se le pregunta a qué edad, si lo ha hecho, comenzó a trabajar, su horario (en la mañana, en la tarde, el fin de semana, todo el día, en la noche). En caso de estar empleada, se le pregunta su razón, si es que su trabajo es legalizado, si es que su trabajo es insalubre y hay un espacio para detallar su tipo.

En el octavo apartado se recoge su vida social: su nivel de aceptación, si tiene o no novio o amigos, si cumple con algún tipo de actividad grupal, si hace deporte y cuántas horas a la semana, si mira televisión y cuántas horas al día y si hace algún otro tipo de actividad social.

En el noveno punto se detallan sus hábitos de sueño y de alimentación y se recoge la información sobre la existencia o no de vicios como el tabaco o el alcohol. Si consume tabaco se le pregunta acerca de cuántos tabacos consume por día y a qué edad inició su consumo y en el caso de consumo de alcohol, se le pregunta cuántos litros de cerveza consume por semana y

a qué edad inició. Además, se le pregunta si ha ingerido o si ingiere algún otro tóxico y si sabe o conduce conducir algún vehículo.

En el apartado diez, se le pregunta a qué edad tuvo su primera menstruación, la fecha de su última menstruación, si sus ciclos son regulares, si presenta dismenorrea, es decir, una menstruación dolorosa o irregular si ha tenido enfermedades de transmisión sexual u otros embarazos, abortos o hijos.

En el apartado once, se recoge la información sobre su sexualidad: se le pregunta si necesita información, sus tipos de relaciones sexuales (hetero, homo, ambas), si ha tenido una pareja o varias, a qué edad inició su vida sexual, si ha tenido problemas en sus relaciones sexuales, si conoce de la anticoncepción, si ha usado condón y finalmente, si ha sido víctima de abuso sexual. En el punto doce, se analiza su situación psico-emocional, las psicólogas analizan su imagen corporal (conforme, crea preocupación, impide relación con los demás). Además, se le pregunta su autopercepción (triste, alegre, muy tímido, nervioso, otro), el referente a un adulto (madre, padre, fuera del hogar, otro familiar, ninguno) y finalmente, su proyecto de vida (claro, confuso, ausente)

Finalmente, en el último apartado, se recoge la información obtenida de su examen físico: si su aspecto general se ve “normal” o “anormal”, su peso, su talla, la relación peso/edad, la relación talla/edad, la relación peso/talla, si su piel o faneras (estructuras sobresalientes de la piel) son normales o no, si su cabeza, agudeza visual, boca y dientes, cuello y tiroides, tórax y mamas, sus funciones cardio-pulmonares, su abdomen, su aparato genito-urinario, su columna, sus extremidades y sus funciones neurológicas son normales o no. Se le examina además su presión arterial, su frecuencia cardiaca, desarrollo normal o no de sus mamas, genitales y vello púbico. Bajo este último apartado, hay dos espacios (de dos líneas cada uno) para escribir la impresión diagnóstica integral y las indicaciones e interconsulta. Además, hay otro espacio para que se detalle el responsable y otro para que se anote la fecha de una próxima cita. Es muy importante decir que, dentro de todas las respuestas que pueden ser recogidas, existen unas que son catalogadas como indicadores de “alerta”, estas son:

- No ha tenido un desarrollo perinatal normal

- No ha tenido un crecimiento normal
- No ha tenido un desarrollo normal
- No ha tenido sus vacunas completas
- Ha presentado enfermedades crónicas o infecto contagiosas
- Ha tenido accidentes por intoxicación
- Ha usado medicinas u otras sustancias
- Ha tenido trastornos psicológicos
- Ha sido víctima de maltrato
- Ha presentado procesos judiciales
- Tiene antecedentes de diabetes, obesidad, cardiopatías, alergias, infecciones, trastornos psicológicos, uso de drogas y alcohol.
- Ha sufrido violencia intrafamiliar.
- En su hogar ha habido otra madre adolescente
- Algún familiar se ha visto relacionado con algún proceso judicial
- Si convive en un mismo cuarto con sus familiares u otros.
- Si vive fuera de un hogar
- Si sus padres tienen un nivel de instrucción bajo.
- Si sus padres o pareja no tienen trabajo o su trabajo no es estable.
- Si tiene una percepción familiar mala o no tienen ninguna relación.
- Si vive en condiciones de pobreza (sin luz, agua o servicio de excretas)
- Si no estudia, tiene problemas en la escuela o ha sufrido algún tipo de deserción.
- Si es desocupada o si trabaja todo el día o durante la noche
- Si su trabajo es insalubre o no legalizado
- Si en su vida social es ignorado o rechazado
- Si no tiene amigos ni hace algún tipo de actividad social
- Si no tiene un sueño normal
- Si consume tabaco, alcohol o algún otro tóxico
- Si conduce algún vehículo

- Si no conoce de su última fecha de menstruación, si tiene ciclos irregulares, si ha tenido enfermedades de transmisión sexual o si ha tenido otros embarazos, hijos o abortos.
- Si aún necesita información sobre sexualidad, aún cuando lleva una vida sexualmente activa o se quedó embarazada.
- Si aún, habiéndose quedado embarazada, ha tenido algún otro tipo de relación sexual, como por ejemplo, relaciones de tipo homosexual.
- Si no ha tenido una pareja estable, sino varias, problemas en las relaciones sexuales o no siempre se protege con algún anticonceptivo.
- Si es socialmente excluida, se autodefine como triste o nerviosa, no tiene ningún referente adulto y tampoco tiene un proyecto de vida.
- Si tiene algún tipo de anormalidad en su examen físico.

Ximena Cruz, enfermera de cuidado directo trabaja en la Maternidad desde hace 25 años. Ha tenido la oportunidad de estar en todos los servicios que ofrece la institución como son: sala de partos, la sala de operaciones, la sala 205, las salas generales y patología y en la actualidad y desde hace dos años, está en el servicio de adolescentes, afirmando que en él se hace un trabajo en equipo y por tanto, multidisciplinario. Según ella, en promedio ingresan al servicio de adolescentes de 3 a 4 pacientes al día y generalmente, la sala está totalmente copada, la misma que en total, cuenta con 30 camas. Dice además que, entre las adolescentes, existe un alto porcentaje que tiene a sus recién nacidos en la sala 205 en la que se atienden a los más delicados: con malformaciones, prematuros o con infecciones. Se podría decir que de las 30 internadas, hay entre 8 a 10 adolescentes que tienen a sus hijos en esa sala. También existe la sala 301 o de cuidados intermedios. A ella se remiten los que tienen los niveles de bilirrubina elevados. Según ella, mayoría de ellas es mestiza y de clase social media y baja.

Para ella, salud es el “estado completo de bienestar no solamente físico, sino psicológico, mental, emocional, familiar” pero al definir interculturalidad, tiene problemas. Además, define cultura como “la forma en que nosotros somos, las raíces de las cuales venimos, nuestras costumbres, nuestras creencias”. Por otra parte, cuanta que en los 25 años que ha trabajado en

el hospital, sí ha visto gente de “otra cultura”. Cuenta que una vez tuvo la oportunidad de atender a una japonesa quien se rehusó dar de lactar a su bebé y quiso darle sopa de pollo”. Dice que al Hospital asiste mucha gente del Oriente y de la Costa, de donde provienen las adolescentes de menor edad. Para ella, “han tenido su despertar de las relaciones sexuales mucho más antes que las chicas serranas”.

Desde que las adolescentes ingresan, se les practica una evaluación psicológica en donde se analiza su situación familiar y social. En esta evaluación se determinan además, los riesgos a los que ella están expuestas. Doris Arévalo es psicóloga clínica y trabaja en el área de hospitalización de adolescentes hace casi cinco años. De las pacientes que ha atendido, el promedio de edad ha sido de 14 a 18 años y de clase social media-baja y baja. Ella argumenta que se busca hacer un trabajo no sólo con la paciente, sino también con sus familia y pareja. Dice, que generalmente, buscan ayuda de la familia en los casos en que la adolescente atravesó un embarazo que fue el producto de una violación sexual, cuando no ha asumido su papel de madre o cuando no cuentan ni con el apoyo de su familia nuclear ni con el de su pareja. En este caso, las remiten a otras instituciones como Mercedes de Jesús Molina. También recurren al amparo de otros establecimientos cuando la paciente da a luz y ni ella, ni su pareja o su familia quieren hacerse caso del recién nacido. En este caso, se lo pone en adopción.

Como se puede apreciar, el trabajo psicológico que se pretende realizar a las pacientes es muy limitado y superficial porque busca conocer un sinnúmero de aspecto en un espacio muy reducido de tiempo, volviéndolo por tanto, ineficiente y muchas veces, innecesario. Hacer un seguimiento resulta imposible. El “buscar ayuda de los familiares” parece ser incoherente. La brevedad del tiempo que las psicólogas y trabajadoras sociales tienen para conversar con la familia es mínima como para conseguir resultados positivos. Además, los profesionales no consideran la variable cultura dentro de la evaluación.

Muchas de las adolescentes que son atendidas no conocían sobre educación sexual: su embarazo ocurrió en su primera relación. Los profesionales de ésta área consideran que esto se debe principalmente a que existe un bajo nivel de conocimiento sobre métodos

anticonceptivos, sin embargo, descuidan otros indicadores muy importantes como son la pobreza y la cultura.

Existen dos tipos de parto: el normal y la cesárea. Las mujeres que han dado a luz normalmente, si es que sus hijos nacieron en óptimas condiciones y pueden ser fácilmente dados de alta, pueden salir a las cuarenta y ocho horas. A las que les practicaron la cesárea, si es que sus hijos también se encuentran en óptimas condiciones, pueden salir a las setenta y dos horas. Sin embargo, no todas las adolescentes que ingresan corren con esta suerte.

Por ser adolescentes, tanto ellas como sus bebés tienen el riesgo de presentar mayores complicaciones que las mujeres en edad adulta: pueden presentar preclamsia o partos prematuros. En las entrevistas realizadas, se puede ver que ha habido casos de mujeres que han tenido que estar hospitalizadas por más de tres semanas porque ellas o sus bebés han estado delicados. El caso de estas madres resulta ser desalentador. Ellas confiesan sentirse enclaustradas y profundamente solas. Afirman que sólo han podido soportar su encierro por sus hijos. Según el Ministerio de Salud Pública, el Sistema Nacional de Salud es:

*“Universal e intercultural, integra las diferentes concepciones filosóficas que han desarrollado las medicinas biomédicas, ancestrales y alternativas; las mismas que se articulan y complementan para su funcionamiento”.*

Sin embargo, luego de haberse realizado en estudio de campo, puede decirse que no se lo practica. Aunque en la Constitución de 2008, incluso desde su primer apartado, se estipula la inclusión de la variable intercultural, en la práctica no se cumple. En el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, pese a ser la maternidad de mayor demanda en la ciudad y en la que acude gente incluso de otras provincias, no se la toma en cuenta. El personal prácticamente no conoce del tema y en el registro estadístico de la institución no se considera a qué cultura la paciente pertenece y se utiliza un solo discurso: el biomédico occidental que conduce a una uniformidad vacía y a un trato monocultural y cerrado, en lugar de aprovechar de la diversidad de pacientes para que exista un intercambio solidario de saberes entre ambas partes. Lo ideal

sería que no haya inculturación, sino interculturalidad porque la primera es la simple asimilación de una cultura sobre otra.

En el Hospital Gineco Obstétrico, la demanda supera la oferta. Hay veces que el número de madres parturientas superan el número de camas disponibles, por lo que a algunas les toca aguantar los dolores en las bancas de las salas de espera.

Por emergencia ingresan todas las parturientas y es donde se hace los chequeos necesarios a la madre y se confirma si está o no en una verdadera labor de parto. El examen para determinarlo es el tacto. Si el médico o practicante de turno determina que la paciente aún no alcanza la dilatación del cuello del útero necesaria para ser ingresada, la obligan a salir de las instalaciones hasta que haya alcanzado una dilatación importante. Algunas entrevistadas confesaron que lo que les dicen es “vaya a caminar y regresa”.

Los médicos, por disposición de la dirección, no pueden hospitalizar a las mujeres que aún no hayan alcanzado los centímetros suficientes: a partir de los siete. Ellos no toman en cuenta que algunas mujeres, que viven lejos y que llegan al hospital buscando transporte porque no disponen de carro, no tienen en dónde quedarse y no pueden regresar a su lugar de domicilio porque de hacerlo, no tendrían el tiempo suficiente para regresar al parto, además, que ir y venir resultaría una pérdida de tiempo innecesaria y además, sería muy riesgoso para la madre y el bebé.

Rosa Elvira Padilla Mancero, de dieciséis años llegó a la Maternidad y los doctores no la quisieron recibir. Por ello, sus familiares la llevaron a otro centro de salud cercano en el que sí la atendieron de inmediato. Sin embargo, una vez que nació su bebé, le dijeron que era prematuro y tuvo que regresar porque allá no disponían de termocunas para atenderlo. Ha habido casos también en los que, debido a la sobredemanda, las mujeres han tenido que estar en emergencia esperando que llegue alguien que las revise:

*“En emergencias me hicieron esperar un buen rato hasta que me atiendan... fue desesperante. Tú ves como se pasean las enfermeras y tú ves como se pasean y te da una desesperación de decir ¿me van a atender ya?”*

Una vez que las pacientes han sido ingresadas y si es que aún no están listas para dar a luz, pasan a la sala de espera. Sin embargo, no pueden ingresar con nadie más, ni siquiera con el padre; todos sus familiares tienen que esperarla, por lo que las adolescentes afirman sentirse muy solas y la mayoría de mujeres considera haber necesitado mayor apoyo psicológico por parte de sus familiares en el momento de las contracciones y del alumbramiento.

La sala de espera para las madres en labor de parto, está equipada con varias camillas y para controlarlas, existe un equipo de enfermeras y médicos. Sin embargo, es en este lapso de espera del que las mujeres se quejan más del trato irrespetuoso y desconsiderado por parte del personal. Es así como Patricia Jaramillo de dieciséis años lo confiesa:

*“En lo que estaba en el proceso, me asustaba bastante porque veía como a otras mamás le llegaban los dolores, necesitaban a alguien que estuviera ahí, les dejaban solas”*

*”Yo, lo que vi fue que les trataban un poco mal. Del dolor, algunas mamás gritaban y les empezaban a molestar, a criticar. Luego, cuando ya salían a parto, hacían bromas de lo que hacían ahí”. (...) “También a una chica que ya no aguantaba el dolor se levantó de la camilla y se le salió el suero y se cayó al piso y envés de ayudarle ellos se empezaron a reír. Después, cuando ella ya se fue, le remedaban. Se botaban de la camilla” “Entre mí decía, como les voy a pedir ayuda, se van a burlar, no me van a ayudar”.*

Además, ella señala que, cuando ella pidió ayuda a los doctores, le respondieron que ellos “no pueden hacer nada” mientras se reían, se tomaban fotos y conversaban. El trato interpersonal y deficiente por parte del personal de salud: sobretodo por parte de las enfermeras que incluye, maltrato verbal y trato irrespetuoso, despreciativo y discriminatorio, se hace evidente al ver que la mayoría de mujeres investigadas se quejó de que ellas hagan burla de su dolor y digan frases como: *“Ahora le toca aguantar, para qué abrió las piernas”* y las recriminen e estigmaticen, por haberse convertido en madres a tan corta edad. Trataban con mayor desdén

a las mujeres indígenas y afrodescendientes, ejerciendo incluso una posición de poder y respondiendo a valores racistas y etnocéntricos.

Es así que son muy recurrentes las quejas sobre la desconsideración de las enfermeras y de los doctores, las pacientes los califican de indolentes. Otro ejemplo es el de Rosa Chiquimarca de diecisiete años quien afirmó que nadie le atendía, aún cuando “ya no avanzaba”: las doctoras se paseaban y la ignoraban por completo. La dejaron sentada en una silla diciéndole: “*aún no es hora*”, aún cuando su agua de fuente se había roto hace dos días, lo que finalmente le produjo una infección a su hijo. “*Sólo decía que me ayuden*” “*Nos dejaban en las camillas, solitas*”.

Otra madre que recibió un trato deshumanizado cuando llegó a esta institución fue Andrea Maiza, de dieciocho años. Ella aseguró que había venido a la Maternidad por voluntad propia, así haya tenido la oportunidad de dar a luz en algún establecimiento privado. Había decidido acudir allí guiada por las buenas referencias que le habían dado sus familiares. Sin embargo, después de lo que vivió, decía: “*Las complicaciones vinieron cuando llegué aquí*”. “*Fue el peor error que he cometido en la vida*”.

En la entrevista, contó que, el día que entró en labor de parto había llegado a las dos de la mañana y había entrado por emergencias, en donde le dijeron que tenía que practicársele una cesárea. Sin embargo, cuando llegó a la sala de partos para someterse a la intervención quirúrgica, le dijeron que ella tenía que dar parto normal. No obstante, pese a que su cuello de útero había alcanzado los diez centímetros de dilatación, la cabeza del bebé no entraba por su canal vaginal. Luego de someterla a horas de dolor y desesperación y luego de haber arriesgado su vida y la vida de su hijo por haberle tenido sin agua de fuente, corriendo además el riesgo de que se rompa su útero, los médicos aceptaron que los especialistas de emergencias habían tenido razón y recién a las diez de la mañana del día siguiente, le practicaron la cesárea.

Ella decía que lo que más le dolía y le indignaba era que durante todo el embarazo, su bebé siempre mantuvo buena talla y buen peso. Según los médicos que le hicieron el seguimiento,

iba a nacer sano y fuerte. Sin embargo por negligencia médica, nació sin oxígeno y tuvo que estar ocho días en la sala 205, que es la sala de los bebés más delicados. Por otra parte, argumentó que en el hospital: *“No hay información suficiente como para que tú te quedas tranquila, nadie te puede explicar”*. Ella suponía que su bebé iba a estar bien, pero un recién nacido que pasa algún tiempo sin oxígeno, suele presentar algún tipo de retardo mental. Quién sabe si finalmente, eso fue lo que sucedió.

Además, de las opiniones recogidas, la mayoría de las entrevistadas y que ingresaron a la sala de espera, se quejaron del número excesivo de tactos: argumentan que los internos y externos practicaban con ellas, sin que hubiera necesidad. Consideraban que era innecesario que se les realizara este procedimiento tantas veces. Primero argumentaban que era incómodo, después que sentían vergüenza y tercero, que les dolía. Adicionalmente, sentían que su pudor estaba siendo violentado, más cuando el tacto era hecho por las enfermeras: algunas de ellas, no tomaban en cuenta su dolor. Este fue el caso de la indígena Tamiasisa Cachimuel Alexandra Tupiza quien argumentó que:

*“Las enfermeras de abajo, de emergencia, son muy groseras. A mí me trataron bien feo, así como que me insultaron” “En el rato que te van a tocar para ver cuánto es la dilatación, me trataron bien feo, me dijeron: Ay ese rato vuelta ha de haber estado disfrutando y este rato estoy sufriendo. Me trataron bien feo y eso no me gustó”*.

En la Maternidad no existe la posibilidad de elegir en qué posición dar a luz. Ni los doctores ni las enfermeras toman en cuenta la opinión de las madres al momento de traer a la vida a sus hijos e hijas. Como toda sala de parto, que no está adecuada culturalmente o que no toma ninguna de las consideraciones del denominado “parto culturalmente adecuado”, la de la maternidad es fría y está cubierta de azulejos y para ingresar, tanto el personal como la paciente, deben estar higiénicamente preparados. La forma de dar a luz es la horizontal, por comodidad de los especialistas.

Los médicos de la maternidad, cuando se les pregunta si se considera el dolor de cada paciente, se excusan diciendo que “son demasiadas como para detenerse a considerar a todas”.

Así fue con Sofía Macías de diecisiete años dijo: *“El doctor era: no grite, no llore, no se mueva, no se coja las piernas, cójase de los tubos, puje duro”* *“Solo tenías ganas de decirle al doctor que se calle”*.

Una vez que nacen los bebés, se supone que los médicos deben permitir que sus madres, si es que tuvieron parto normal, los tomen entre sus brazos y tengan contacto con ellos, permitiéndoles incluso, la denominada “primera lactancia”. En este punto, es muy importante recordar la veeduría ciudadana que se realizó en el año 2007 en las instalaciones de esta maternidad en la que, el Comité de Usuarias de la Ley Gratuita de Maternidad y Atención a la Infancia, abogó para que ello fuera posible, además de solicitar que a los niños no se les corte el cordón umbilical antes de que termine de latir, con lo que se suponía que todo el personal debía respetar este requisito, sin embargo, aún no se cumple a cabalidad y lamentablemente, no existe quien lo controle.

Las madres que dieron parto normal, después de que son sometidas al procedimiento de la episiotomía, es decir, del corte quirúrgico de la vagina hasta el comienzo del ano para evitar desgarres, permanecen en la sala para que los médicos cosan su herida, mientras los recién nacidos son llevados a las salas respectivas: a la 301 o la 205. Luego, las madres son trasladadas a la sala de recuperación y posteriormente, a las salas de hospitalización en el piso de adolescentes. Varias de las mujeres entrevistadas aseguraron que habían dado a luz y apenas habían visto a sus recién nacidos. Afirmaron que luego del parto las habían trasladado a la sala de recuperación y se habían llevado a los recién nacidos a las salas neonatales. Luego, habían sido llevadas al área de hospitalización, en donde, nadie les daba razón del estado de sus hijos/as, incluso por varios días.

El piso de adolescentes es un área independiente a la sala de las madres adultas. El área de adolescentes está dividida en cuatro habitaciones, en las mismas, las madres se ubican de acuerdo a qué tipo de parto tuvieron y de acuerdo también a la sala en la que se encuentren sus niños. Los niños que nacieron sin ningún tipo de patología, son llevados a sus madres cada vez que necesitan lactar y permanecen junto a ellas algún tiempo. No obstante, los que han presentado algún tipo de malformación, de infección o muestran altos índices de bilirrubina,

permanecen en las habitaciones de recién nacidos y son las madres las que deben acudir donde ellos cada tres horas para alimentarlos. Es importante mencionar que la maternidad ofrece además el servicio del “banco de leche”, al mismo que todas las adolescentes tienen que acudir, si bien para donar leche o si bien para recibirla.

En las habitaciones, las adolescentes tienen su cama individual y al lado de la misma, tienen un velador en el que pueden guardar sus pertenencias. Además, cuentan también con cancelas para tener su ropa. Todas tienen que vestir con batas proporcionadas por el mismo hospital y bajo a ellas, algunas se ponen sus pijamas o calentadores. Las adolescentes reciben cinco comidas diarias: el desayuno, un refrigerio a las once de la mañana, el almuerzo, un refrigerio a las cuatro de la tarde y la cena, y a lo largo del día, toman aguas aromáticas, con el propósito de que produzcan leche.

Las madres reciben charlas a diario: unas sobre educación sexual, otras sobre los cuidados que se les debe dar a los bebés los primeros meses de vida y otras sobre métodos anticonceptivos. La charla de los cuidados generalmente es impartida por las enfermeras o doctores de turno. En ella les dicen a las mujeres que tienen que procurar tener la leche suficiente para que el recién nacido no necesite de ningún otro líquido adicional, que tienen que darle de lactar en una posición correcta para que la boca del niño quede justo al frente del pezón y de la aureola, que tienen que tener una correcta alimentación y tomar bastante líquido, que hay que alimentarle cada tres horas, que el baño debe ser diario para la mamá y para el bebé, que sus uñas tienen que estar limpias y cortas y su cabello recogido y que no hay que fajar el niño ni ponerle ombligueros. También se les indica que para el primer control del niño o la niña tienen que sacar un turno en estadística, salvo si tuvieran que venir antes porque se enfermó o dejó de succionar con fuerza y que si tienen pareja, deben hacerle partícipe y responsable del cuidado del bebé. Adicionalmente se les dice que no tienen que dar el seno al apuro porque al dar de lactar es cuando se forja el núcleo entre la madre y el hijo/la hija.

De las mujeres entrevistadas, hay varias que han tenido niños con complicaciones al nacer y que se quejan de la desinformación del estado de sus pequeños. El caso más representativo es el de Miriam Susana Ruiz de dieciocho años, quien había perdido a su primer bebé un año

atrás. En su primer parto, entró por un viernes de noche con sangrado y la mandaron de vuelta a la casa diciéndole que sólo tenía una infección. Al día siguiente, un sábado, regresó y dio a luz. El domingo, recién al medio día, le dijeron que su bebé había muerto: no había podido respirar por sí solo porque tenía apenas 26 semanas y no había respondido al oxígeno. Según ella, el parto se le adelantó por un “problemita entre marido y mujer” y le “tocó resignarse”.

*“Cuando me avisaron fue un peso para mí, un peso bien grande, soportar sola y aquí metida, escuchar el llanto de los bebés que lloraban aquí dentro, ganas de salir corriendo me daba. Entonces ya con eso, qué podía hacer, no podía hacer nada.”*

Para las madres adolescentes el día comienza muy temprano en la mañana, incluso antes de que salga el sol, aunque en las noches ninguna puede descansar porque tienen que dar de lactar a sus bebés. Las enfermeras entran a las habitaciones, les prenden la luz y les piden que se bañen para que estén aseadas antes de que llegue el desayuno.

El horario de visitas es solamente de dos a cuatro de la tarde, ni más ni menos. Es cuando las puertas de entrada al hospital se abren al público. Como se ha venido insistiendo, este es uno de los puntos sobre el que las madres más se quejan porque dicen que necesitan de sus seres queridos y que se sienten muy solas y encerradas. Añaden que el tiempo para que ellos permanezcan a su lado es muy limitado y que pasa muy rápido. Se quejan además, de que no haya ninguna flexibilidad y de que tengan que irse a penas sea la hora. Ese es el caso por ejemplo de Katherine Espinosa, mestiza y de diecisiete años, quien, pese a ya tener el alta para ella, no podía abandonar las instalaciones debido a que su hijo había nacido prematuro y extrañaba en gran medida a su familia, o de Paola Díaz de dieciséis años y quien, hasta el momento en el que fue entrevistada, había estado ya 25 días internada porque su hija había nacido prematura y había tenido que permanecer en terapia intensiva. Contaba que al inicio fue duro y que *“todos los días lloraba”* y que, a medida que pasaron los días, *“tomó fortaleza pensando en el bienestar de su hija”*. Confesó que lo más difícil fue la soledad y no estar con su mamá, por lo que le hubiera gustado que las horas de visita hayan sido más largas: *“Hasta ahora acordarme es feo”*.

Este es el caso también de Diana Elizabeth Calle Martínez (mestiza) de diecisiete años . Ella confesó que se sentía muy triste y sola y que lo único que ella podía rescatar de toda su estadía en el Hospital era el buen trato que había recibido por parte de una de las doctoras que le atendió. Para ella, la experiencia en el hospital fue negativa porque se sintió sola, no le dejaron estar con su madre y se le hacía muy difícil relacionarse con otras personas, además de que su embarazo fue producto de una violación. Aunque las psicólogas, como Doris Arévalo, afirmen que existe un trato especial y minucioso con las adolescentes que han quedado embarazadas por violencia sexual o a las que se consideran en situaciones de riesgo, en realidad ocurre lo contrario. Diana Calle afirmó sentirse desprotegida y muy sola, sin poder recurrir a nadie, ni siquiera sin que le den la información necesaria para que ella supiera que ya estaba bien.

El caso de ella merece una atención especial: cuenta que antes de que fuera ultrajada, tenía su enamorado con quien nunca había tenido relaciones sexuales. Aunque no dio detalles de quién había sido el responsable de aquel acto, sí reveló que, después de darse cuenta que estaba embarazada, sus padres la obligaron a conservar su embarazo, aún en contra de su voluntad. Como ella provenía de una familia de escasos recursos económicos y en la que además, su padre era alcohólico y maltrataba físicamente a su madre, a ella y a sus hermanos, nadie tuvo el cuidado de hacerle los chequeos mensuales para controlar el crecimiento normal del feto. Cuando ya habían avanzado cuatro meses, acudió a la maternidad a hacerse un eco, en el que descubrieron que nunca se le formó un bebé, sino una masa amorfa. El médico, al darse cuenta de aquello, la sometió de emergencia a una cirugía para extirparle porque si esta crecía más, podía volverse muy peligrosa para ella. La operaron y luego, la internaron en la misma sala de las madres adolescentes en la que, durante las primeras doce horas, no le dieron ni un sorbo de agua, pese a que ella lo pedía a gritos.

La adolescencia, además de ser difícil, es una edad de cambio: el paso de la niñez a la edad adulta. Sin embargo, las que han dado a luz, han saltado este proceso para asumir la crianza de sus hijos e hijas. Es justamente esto, lo que causa más controversia entre los médicos y enfermeras a quienes les parece inconcebible que las adolescentes, especialmente en la costa y en Amazonía, inicien su vida sexual a temprana edad. Tampoco entienden que adolescentes que ya tuvieron un hijo se vuelvan a quedar embarazadas.

Ello lo afirma Cristina Arelis Ruichán Cuichán (mestiza), de diecisiete años quien, aún sin haber sido ella sujeta de crítica, había oído que los médicos juzgar a las pacientes adolescentes por haberse quedado embarazadas a corta edad. Con esto, puede verse que están enmarcados dentro de la concepción occidental –moderna de mujer: quien ahora está mucho más vinculada a la formación académica y profesional. Pareciera que olvidan que existen factores culturales asociados al significado que se les otorga a los hijos, por ende, a la maternidad. Para la cultura indígena, por ejemplo, los hijos continúan teniendo un significado social y económico de relevancia: en algunas comunidades aquellas mujeres que no han tenido hijos o que se han demorado en tenerlos han sido consideradas “incompletas”.

En la maternidad, hay ocasiones que la sala de hospitalización de las mujeres mayores de diecinueve años está copada, por lo que se las traslada a la sala de cuidado de adolescentes. Eso fue lo que ocurrió la semana del 5 de mayo, en la que Berta Rochina, de 32 años, dio a luz a su cuarto hijo. En la entrevista, ella contó que sus tres partos anteriores también los tuvo en el hospital. Sin embargo, confiesa que, aun siendo la cuarta vez que se hace atender aquí, le molesta mucho la actitud de algunas enfermeras y doctores que, sin tener ninguna atribución, la recriminan por el número de hijos que ha tenido:

*“Ellas siempre se meten, por la cantidad de niños nos hablan, nos dicen que cuántos mismo va a tener, que para hacer el hijo es fácil, el rato del parto ahí si lloran, se quejan. Entonces esas cosas están mal. Pienso que todas somos mujeres y nadie debe juzgar a nadie” “Hay doctores caritativos, buenos y hay doctores que no tienen paciencia”. “Pienso que el pobre sabe (...) ellos deben respetar eso”. “Quien tiene que juzgar es Dios”.*

De sus palabras, es importante resaltar que ella menciona el problema de la pobreza, acentuando una diferencia entre ella y el personal de salud. Aquí es importante destacar la concepción dual occidental que está tan arraigada en todas las capas de la sociedad: aquella que diferencia entre ricos-pobres, rural-urbana, civilizado-marginal. Acentúa sus particularidades culturales: la del “pobre” y subraya que deben ser respetadas. Por otro lado, cabe mencionar que, un sábado, el 27 de mayo del año en curso, no había el movimiento que suele haber entre semanas y cuando, como cualquier fin de semana, la presencia de los

médicos y demás personal es más intermitente. Por tanto, María Francisca Guaipa, de veinte y cuatro, había abandonado la sala de las madres adultas para visitar a unas madres adolescentes a las que había conocido mientras daba de lactar a su bebé y a quienes ella consideraba “sus amigas”. Ella se acercaba al mes de haber estado interna porque su hija aún estaba grave en la sala 205. Ella había sido prematura al nacer de 35 semanas:

*“Mi hija nació antes de hora: de treinta y cinco semanas. Aquí no me querían recibir y yo dije que aunque sea me vean a mí, por lo menos que me salven a mí, si es que a mi hija le pasaba algo y me hicieron firmar papeles para yo poder ingresar acá, sin la responsabilidad de los doctores de aquí. Cuando me subieron a la sala de partos, como que no me tomaban mucha atención. Yo le dije que quería ir al baño. No llegué al lugar donde tenía que dar a luz, sólo llegue a donde las embarazadas estaban esperando. Los doctores me dijeron que cierre las piernas cuando mi hija ya estaba afuera. Con mi hija arriba ya estoy un mes y tres días aquí. A mi hija le habían subido a la sala uno. Me dijeron los doctores que estaba estable, igual las enfermeras, hay unas buenas y otras malas. Ya estaba casi ocho días y a mi hija le habían cogido y le habían hecho bañar. Dos días antes yo le dije a la doctora que porqué mi hija estaba bajando de peso en vez de subir y dijo que era normal los primeros días. Luego me la dio para que le dé el seno y me dijo usted el jueves se va de alta. El miércoles de noche decayó mi guagua. Al otro día yo me fui y el doctor me dijo que tenía una infección y que había sólo tres medicamentos para salvarle la vida a mi hija. Yo nunca pregunté qué infección tenía. A los quince días, el doctor le dijo que tenía neumonía porque le bañaron sin que haya tenido el peso adecuado.*

*Mi hija todavía está con neumonía. Ayer el doctor me dijo que le iban a hacerle nebulizaciones, pero yo no he visto.*

Al preguntarle qué hicieron con ella luego que dio a luz, ella respondió:

*“Nada, me llevaron ahí sí a la sala de partos, cortaron el ombligo y a mi hija le cogieron y le llevaron. A lo que salió, mi hija lloró. Yo no me imaginé que mi hija iba a salir llorando. Yo no sabía a dónde llevan, nada. A mí me pasaron lunes a las diez de la mañana a la sala donde están las señoras y de ahí yo dije “mi hija salió llorando, es decir que mi hija está*

viva”. A las seis de la tarde me fui en busca de mi hija. Una señora había tenido los bebés arriba, yo le dije:

- ¿En dónde están los bebés? Los bebés que no están con la mamá?

- Arriba en la 205

- ¿Me puede llevar?

-sí

Lo primero que hice fue irme con la señora y entré en la sala uno. Mi hija había estado en la sala uno y con el oxígeno, no en la incubadora. Osea mi hija había estado ahí.

Luego, se le preguntó por qué pensaba que iba a nacer muerta. Ella confesó:

*“Porque a mí se me había roto el agua de fuente a las dos de la mañana y cuando yo llegué aquí eran las ocho de la noche. Yo no me imaginé que se me había roto el agua de fuente. Me imaginé que estaba con dolor de orina. Luego le llamé a mi tía como a las siete de la noche y ella me dijo que vaya rápido al Hospital”*

Contó que en emergencias no le prestaban atención, a tal punto, que le cogió la sensación de pujo y no alcanzó a llegar a la sala de partos. Después de dar a luz, no pudo ver a su hija ni supo a dónde se la llevaron. Tuvo que esperar casi medio día para averiguar, por sí sola, en dónde estaba. Lo único que sabía era que sí había escuchado llorar a su bebé y que por tanto, había nacido viva. En la entrevista, afirmó que las enfermeras, pese a que sabían que su hija había nacido prematura y que tenía un peso muy bajo, le bañaron, aún cuando lo tenían prohibido, produciéndole una neumonía. Desde ahí, afirmó que la mayoría de médicos no han tenido la paciencia para explicarle con detalle en qué estado está su bebé, aunque ella supuso que estaba en estado grave porque hasta el momento en que fue entrevistada, no le había dado el seno. La forma de alimentarla era a través de una sonda conectada a su estómago y por medio de la que se la introducía la leche. Contó que, un día, al visitarla, se dio cuenta que su bebé se encontraba con el vientre hinchado. Cuando le reclamó a la enfermera: *“Me hizo caras, como diciéndole que ya no moleste”* y en otra ocasión, cuando le había pedido a otra que le ayude a alimentar a su hija porque ya era hora de hacerlo, se negó y ella, de la ira, tomó la jeringa y administró su contenido a la recién nacida por ella misma.

En ese entonces, no sabía cuándo iba a salir. Decía que estaba desesperada, no sólo por su bebé que estaba al borde de la muerte, sino también porque era madre de otra niña, de tan solo un año y medio y a quien tuvo que *“mandar al campo, con los suegros”*. Con este caso, puede evidenciarse el trato deshumanizado por parte de todo el personal de salud del que hablan las usuarias de la Maternidad, lo que condujo a las enfermeras a cometer una terrible negligencia. Pese a que ella haya sido una mujer que estaba por fuera del rango de edad establecido para esta investigación, se la ha tomado en cuenta por la valiosa información que ella proporcionó y de todas maneras, son las mismas enfermeras que se turnan para tratar a las adultas y a las adolescentes y fueron ellas mismas las que un día, según su testimonio, trataron con irrespeto y desdén a una mujer indígena a quien, *“le cogían de los senos, le aplastaban durísimo, lloraba ella, al guagua le cogían de la cabeza, le hacían mover”*

Asimismo, parece que el personal del Hospital olvida que existen otras variables que hay que tomar en cuenta para explicar porqué las adolescentes se embarazan como la pobreza, la falta de educación y de información. Algo que hay que mencionar y que es fundamental, es que en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, pese a la afluencia de adolescentes de todas las regiones del país y de distintas culturas, no existen registros que tomen en cuenta la cultura. Doris Arévalo, cuenta que ha atendido a gente del oriente, del Carchi, del Chota: adolescentes extranjeras: ecuatorianas y cubanas. En la entrevista que se le realizó, se le preguntó qué entendía por salud, a lo que ella contestó:

*“Salud es el punto en donde el ser humano necesita estar, no solamente física sino psicológicamente, en un “estado normal”, entendiéndolo a éste como ausencia de alguna sintomatología que lleve a una enfermedad”*.

En su respuesta puede verse claramente cómo muchos de los profesionales médicos, entienden la salud desde el concepto de “normalidad”, desde la perspectiva de la medicina occidental y desde la ausencia de enfermedad, dando a la salud un sentido muy estricto y limitado, distando con lo que significa salud para las denominadas culturas tradicionales en nuestro país, como la indígena, para la que la salud no sólo implica el bienestar físico, sino también el bienestar del alma y para la que, además, la enfermedad no es simplemente un asunto

personal, sino que está relacionada con la voluntad divina e involucra a la comunidad en general y a que haya un correcto equilibrio en la Pacha Mama. Aunque para ella, salud y cultura vayan de la mano porque, *“uno tiene que pensar que cada individuo es un ser particular y no hay cómo generalizar. Cada caso es particular y va a depender de la empatía que tú tengas con esa persona para poder ayudarlo, respetando las creencias que ellos tienen”*, hace hincapié en referirse a los pacientes de una cultura distinta como “ellos”.

Más adelante se verá que, aunque primero ella se refiera a que hay que “respetar sus creencias”, en un segundo momento ella reconoce que no se podría atender un parto en otra forma que no sea la tradicional. La diferencia que ella encuentra entre las adolescentes mestizas de la sierra con las adolescentes de la costa, las del oriente y las adolescentes indígenas es que para estas tres últimas, embarazarse a una corta edad no es alarmante. Para ella, en la ciudad hay más “tabúes” alrededor de lo que es el parto. Ella considera que las adolescentes de la ciudad son temerosas, inseguras, al contrario de las adolescentes indígenas quienes consideran que el embarazo y el parto como *“parte de”*, como un *“proceso normal”*, en lo que, a su parecer, es muy importante detener mediante las famosas charlas de educación sexual.

Se le preguntó qué se haría en el Hospital si es que llegara una mujer o adolescente que quisiese dar a luz de una forma vertical, a lo que respondió: *“Si es una adolescente se le explica cómo son las cosas acá. Si quisiese la indígena un parto vertical, primero aquí en la maternidad no se lo hace. Entonces se le explica y ahí decide al final la paciente si se queda o no”*.

Para que pueda haber una práctica médica intercultural, no es posible que se tome únicamente a la cultura occidental y a su técnica médica como las únicas válidas o correctas. Con esto, lo que se ha pretendido es que ellas sean el “fin”, en lugar de considerarlas sólo como un medio para facilitar los procedimientos y que esté abierto a nuevos métodos venidos de otras cosmovisiones. Adicionalmente, para que la interculturalidad sea posible, es necesario que *“La palabra del otro, de la otra cultura, sea parte constitutiva de mi pensar”*. De las mujeres entrevistadas, el 38% mostró su descontento por no haber sido escuchadas o por no haber tenido la apertura para preguntar sobre su salud o la de sus hijos/as. Si es que no existe un

diálogo, la interculturalidad se vuelve imposible. No hay cabida para un discurso unidireccional, sino para uno de dos vías, en dónde el emisor no esté en ventaja al receptor. Sino que este último pueda convertirse también en emisor para que el diálogo se base en un intercambio solidario de saberes con el fin, no sólo de aumentar el grado de satisfacción de las pacientes, sino sobre todo, de contribuir de una mejor manera a la transformación de la sociedad y de la convivencia. Las perspectivas de las pacientes no pueden ser reprimidas, sino que, muy al contrario, deben ser incentivadas y valoradas. Los médicos generalmente sienten temor a lo desconocido, en lugar de considerarlo una oportunidad de crecimiento o enriquecimiento. El parto vertical, por ejemplo, es una opción cuya eficacia ha sido ya comprobada y por la que no optan únicamente indígenas, sino mujeres de toda condición, sobretodo porque la gravedad ayuda a que el nacimiento se acelere sea menos doloroso. Sin embargo, en el Hospital ni se lo ha considerado, por lo que el parto horizontal sigue siendo la práctica común. Aún no tienen la apertura para entender que una cultura no es estática ni mucho menos absoluta, sino que puede ser complementada, enriquecida, ampliada e incluso discernida o corregida por otra: el personal médico y de enfermeras aún mantienen visiones etnocéntricas y hegemónicas, legados del sistema biomédico y su supuesta “superioridad” sobre los otros sistemas salud. Aún creen que éste es simplemente, incuestionable.

Para que se implemente una filosofía intercultural definitivamente se requiere un cambio de estilo que se base en la tolerancia y especialmente en el respeto. El personal del hospital maneja un discurso autoritario y no ha considerado la posibilidad de hacer un trabajo de contraste entre su racionalidad y aquellas de sus pacientes para beneficiarse recíprocamente. El trato entre ambas partes no es equitativo sino que denota una posición de superioridad por parte de los especialistas frente a aquellas “niñas”, vistas como inmaduras e ignorantes, y por tanto, impidiendo que se genere un proceso de recíproca interpelación, un intercambio que haga posible llegar más hacia ellas, entenderlas y hacer que se sientan cómodas en el área de hospitalización. El Hospital estará lejos de implementar una salud sexual y reproductiva intercultural porque aún no dispone de capacidad de apertura por parte de sus empleados y empleadas. Con “capacidad de apertura” se busca que ellos estén dispuestos a salirse de las redes de su propia tradición para entrar en un proceso de diálogo contrastante con las tradiciones y manera de pensar de las pacientes.

Los médicos fueron formados desde una óptica monocultural y eurocéntrica que no permite que ningún aporte que provenga del mito, lo tradicional, el símbolo, etc. Ellos fueron educados entonces con la firme idea de la superioridad del legado blanco-europeo: la ciencia y sus mentes se cerraron sobre ella.

Seguramente, lo que será más fácil es que se adecúen ciertos cambios que no determinen modificaciones actitudinales. En cambio, todo lo que involucre cambios a nivel personal o individual, de seguro, generará resistencia. Con esto, lo que se quiere decir, es que, para que se implemente políticas interculturales, la iniciativa tiene que ir mucho más que cambiar, una a una, la manera de pensar de los médicos tratantes y del resto del personal. El escuchar al otro es el primer paso para acercarse a él desde la igualdad y entenderlo. Como lo indica Raúl Fonet-Betancourt, en *Transformación Intercultural de la Filosofía*, “La palabra del otro, de la otra cultura, es parte constitutiva de mi propio pensar”<sup>52</sup>

Si hubiera la voluntad de generar una práctica intercultural, se consideraría:

- El respeto a todas las tradiciones culturales de las pacientes para satisfacer sus necesidades y requerimientos.
- Le eliminación del trato impersonal en la atención obstétrica, con el fin de que no sólo las usuarias sino también sus familiares, reciban un trato con calidez humano, siempre respetuoso de sus tradiciones y valores culturales.
- La práctica de la episiotomía, la rasurada del vello púbico o la aplicación de enema sólo en caso de que la paciente lo autorice.
- Facilitar el apoyo físico, emocional o psicológico a la paciente, a su pareja y a su familia durante el trabajo de parto y posparto.
- La compañía o incluso la participación activa de la pareja o del familiar de su preferencia durante la labor de parto y durante el posparto, lo que incluiría por tanto, su entrada a hospitalización, fuera de los horarios de visita.
- Le elección libre de la paciente de la posición de parto, salvo que exista alguna complicación que ponga en riesgo la vida de ella o del recién nacido, que lo impida.

---

<sup>52</sup> Fonet Betancourt Raúl. *Transformación Intercultural de la Filosofía*. Desclée de Brouwer, España, 2001 (pág. 56)

- El acercamiento y lactancia precoz, incluso, el alojamiento conjunto en caso de que el niño o la niña nazca sin ninguna complicación que necesite de monitoreo permanente o de termocuna.
- La conformación o entrada de Comités de Usuarías, como el Comité de Usuarías de la Ley de Maternidad gratuita y Atención a la infancia, que den seguimiento a la calidad de la atención y/o al mejoramiento de la misma.
- El diseño de estrategias institucionales que permitan facilitar la resistencia al cambio entre los profesionales de la salud.

Se registraron cincuenta entrevistas a mujeres internadas en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora entre abril a junio del año 2011. Se tuvo la oportunidad de ingresar el área de hospitalización y de conversar con ellas. Como se dijo anteriormente, no hubo un banco de preguntas, sino que las entrevistas fueron abiertas. Se quiso generar una confrontación discursiva, sin que se generen los rígidos papeles de entrevistador-entrevistado en el que él primero asume ser portador de verdad y que busca incitar al segundo que responda según su conveniencia. Lo que se buscó entonces fue dejarlas hablar en un ambiente de equidad. No buscaba mostrarme como portadora de una verdad monocultural sino como alguien abierta y dispuesta a escuchar lo que ellas tenían que decir. En ningún momento quería que ellas me vean como una representante de la academia ni mucho menos de lo occidental como paradigma universalmente normativo. Quería que lo que ellas tenían para aportar nazca de una relación informal y de confianza. Yo no buscaba realizar un banco de preguntas para generar una encuesta rígida, formal, sino generar una conversación abierta hacia un encuentro solidario. Se tomó en consideración que el período de alumbramiento es un proceso difícil, que requiere de esfuerzo emocional y físico, sumándole a que ellas son niñas que no estaban preparadas para ser madres, que se sentían solas y desprotegidas y que habían sido ya indagadas por las trabajadoras/es sociales y las psicólogas. No quería que dijeran nada que no quisieran y mucho menos, que se sintieran incómodas. Lo que se buscó fue reunir sus testimonios para que ellos nos conduzcan a responder la pregunta inicialmente planteada.

Por ser tan jóvenes, prácticamente ninguna respondió a la pregunta de qué es interculturalidad pero todas coincidieron en que les hubiera gustado sentirse emocionalmente más apoyadas y acompañadas. La mayoría de las mujeres entrevistadas tenía entre diecisiete a diecinueve años. Solo una de las entrevistadas tenía trece y vale decir que también hubo seis entrevistadas mayores a diecinueve años y cuyas opiniones sí se tomaron en cuenta pese a no cumplir con el rango de edad que se estableció en esta investigación. La razón fue que ellas, por no haber espacio en la sala para mujeres adultas, tuvieron que ser llevadas a la sala de adolescentes. Sin embargo, su testimonio se consideró igual de válido porque fueron tratadas con las mismas consideraciones.

Si bien es cierto que la mayoría de las entrevistadas se sintieron satisfechas con la atención recibida, también es cierto que hay un número importante que no. Las que no estuvieron satisfechas (grado bajo) y las que no estuvieron convencidas, es decir, tuvieron complacidas con algunas cosas pero con otras no, suman el 38%. Cabe decir que el 100% afirma no haber podido opinar de los procedimientos a ningún momento y que sólo habían hecho lo que les habían pedido hacer.

Aunque los resultados obtenidos indiquen que hay un mayor porcentaje de adolescentes satisfechas con el servicio que recibieron mientras estuvieron hospitalizadas que adolescentes insatisfechas o medianamente satisfechas, algunas de las que indicaron sentirse satisfechas, expresaron que les hubiera gustado tener mayor confianza para hablar con el personal y expresarle sus dudas. Si bien las entrevistadas manifestaron que los doctores son los más aparentes para el diálogo, les hubiera gustado tener más contacto con ellos. Justamente el contacto interpersonal es indispensable para implementar prácticas interculturales. No hay que desconocer que la demanda del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora supera la oferta y que los médicos tratantes no atienden exclusivamente en la institución sino que pasan en ella solamente algunas horas, lo que hace que su tiempo quede reducido y que no sea suficiente para atender los requerimientos de todas las internas. Es comprensible que ellos no puedan prestar atención a cada una de ellas como lo quisieran, sin embargo, lo que no se entiende es que, si no pueden disfrutar del contacto con el doctor quien es la persona más confiable para despejar toda duda e inquietud, tampoco pueden disfrutar del contacto con sus familiares. En el Hospital las autoridades son muy duras con los horarios de visita y las pacientes pasan

solas la mayoría del tiempo, como si olvidaran el requisito esencial para que una persona, en este caso, una adolescente, se sienta tranquila y se recupere más rápido: el apoyo y la compañía de quiénes conforman su núcleo más cercano. Por estar desprovistas de sus familias, las internas o crean fuertes lazos de amistad y solidaridad entre ellas o caso contrario, se ahogan en la soledad.

Por ser Ecuador intercultural y por ser Quito intercultural, la maternidad debería serlo. El primer paso sería reconociendo que la diversidad impera entre sus pacientes. Con las psicóloga y enfermera entrevistas, se pudo ver que, aunque estén plenamente conscientes de esta diversidad, ésta les es indiferente. Ninguna ha sido formada en interculturalidad y ninguna pudo dar a este concepto una definición acertada. Las dos adujeron lo que este significaba mediante una simple división de vocablos. El personal en general debería, si no fue formado académicamente en el tema, por lo menos ser capacitado en el mismo con el propósito de ampliar su pensamiento, para que éste ya no sea unilineal sino plural.

Lo que se adujo de las dos entrevistas fue que ambas consideran a lo indígena, afroamericano, a lo popular, etc. (con estos términos no me refiero a lo étnico, sino a lo cultural, a la forma de desenvolverse, de creer, de ser, pensar, etc) como lo que hay que existe, pero que se tiene que cambiar. Con ello, ambas caen en lo que se ha venido haciendo desde que los europeos llegaron a tierras americanas: situar la voz del otro en un movimiento general de homogenización.

Para que pueda haber una práctica médica intercultural y sobretodo válida, deben tener un cambio de actitud no parcial, sino radical para que el “otro” es este caso las diversas pacientes que son tratadas, no sea percibido únicamente como “interpretable”, sino como “intérprete” y por tanto, como interlocutor legítimo y válido.

Los médicos sienten resistencia y temor a aprender a pensar de una manera distinta. De lo que se trata es que revisen sus hábitos de pensar. Debe considerarse que el pensamiento ha dejado de ser exclusivo de una persona: éste está condicionado por la interpelación que otra persona hace sobre él. El pensar debe ser recíproco y dispuesto a al cambio, debe por ende, superar totalmente el paradigma de la dualidad sujeto (conocedor) –objeto (cognoscible) y estar

abierto en doble sentido, es decir, para sí mismo y para el resto, para afuera con el fin de fundamentar modelos de cooperación mutua.

El temor hacia prácticas médicas ajenas a las suyas se deriva de la pretensión de reducir las a su visión y con ello, lo único que se consigue es quitar todo tipo de libertad de decisión a los pacientes que terminan alienándose.

Cuando se ha hablado de “innovación”, se ha referido a la modernización de la cultura en base al modelo de desarrollo occidental. La interculturalidad permite que la innovación vaya más allá, permite que la cultura occidental incorpore elementos de otras culturas a sus prácticas. La interculturalidad nace en el mundo de la vida cotidiana, no es exclusiva de la academia. Su realización no es difícil, la clave: la solidaridad.

## 5. CONCLUSIONES

La cultura no puede ser confundida con civilización ni mucho menos con la tenencia o no de educación o conocimiento. Cultura es todo aquello que da identidad a un ser humano y le hace partícipe de la vida en sociedad en un momento y un tiempo históricamente determinados. No existe una cultura universal sino múltiples culturas, cada una con su manera de concebir la existencia y la muerte, cada una con sus procesos productivos particulares y con su propia simbología y lenguaje. Las culturas están en un proceso continuo de modificación o transformación: unas han desaparecido, otras han cambiado y otras han permanecido en el tiempo.

Hoy en día estamos viviendo una época de globalización en la que hay cada vez más facilidades de entrar en contacto con otra gente. Por eso, es imposible que haya cabida para el hermetismo o relativismo cultural y mucho menos, para una cultura universal. En el mundo somos ya casi siete mil millones de habitantes y sería una utopía que todos siguieran unos mismos parámetros y un mismo comportamiento. No puede haber una sola humanidad sino un sinnúmero de humanidades.

El ser humano se perfila en medio de dos procesos antagónicos y conflictivos: el instintivo y el social. Aunque siga siendo un animal, ha tenido una evolución cerebral superior al resto de las especies, lo que le ha permitido desarrollar la conciencia, el lenguaje y restringir sus impulsos. Aunque en la naturaleza existan animales que puedan vivir solos, el ser humano no es uno de ellos. Su necesidad imperante de relacionarse con los demás le condujo a entablar la comunicación con sus semejantes y a desarrollar procesos de reproducción material y espiritual en sociedad. Las diferencias culturales dependen de las circunstancias históricas de cada pueblo y estas diferencias no las hacen ni mejores ni peores que otras.

La relación entre culturas siempre ha suscitado conflictos y ha sido raro que dos culturas contrarias lleguen a consensos sin recurrir a la violencia, a la coerción o a la dominación de una sobre la otra como ocurrió en el mal llamado descubrimiento de América. A partir de entonces, Latinoamérica ha sido colonia y dependiente y ha subsumido su propia historia a la

europea. Debemos por tanto impedir que ella siga siendo eurocéntrica. En realidad nuestra dependencia no es un problema racial o social, es un problema de mentalidad. Para que podamos ser partícipes de un diálogo intercultural, hay que empezar un arduo proceso de descolonización epistemológica.

Para que haya interculturalidad, no es posible que exista dominación. Esta no puede existir en una sociedad inequitativa, donde una cultura domine sobre las demás. Se debe hablar de iguales en derechos, pero sin que todos estén equiparados a una misma forma de ser y pensar, sino una igualdad que les permita acceder a las mismas oportunidades de educación, política, recursos públicos y económicos. De lo que se trata es tener iguales abiertos al aprendizaje, iguales respetuosos, iguales por querer vivir en una sociedad más justa, donde no reine la opresión, sino el diálogo. La interculturalidad debe ser reconocida como un asunto principalmente político, pero que de espacios a que todos los actores sociales puedan involucrarse en él, para no permitir que se convierta sólo en una estrategia de los políticos de siempre, blancos-occidentales, para conservar su poder y pretender que la ciudadanía crea que, por lanzar políticas supuestamente interculturales, están dando una mejor vida a los menos favorecidos, y que en realidad, no son más que recursos paternalistas que no hacen más que subyugarles.

La diferencia debe ser reconocida como el motor de desarrollo para el país y ya no como la responsable de su “retraso” y la única manera para, de una vez por todas, comenzar a asentar cambios en las tradicionales estructuras de poder.

Si se habla de una sociedad justa, igualdad y diferencia no son términos antagónicos, sino complementarios. En una sociedad justa, todos y todas son iguales en derechos y en acceso a recursos y oportunidades y en una sociedad justa, todos y todas pueden mantener y vivir su cultura particular, sin ningún reparo. Para que se practique la interculturalidad, en todas las instituciones que conforman el Estado, es indispensable por lo tanto que la diferencia deje de ser la estrategia de la dominación y comience a ser la estrategia de cambio y de desarrollo. Hay que partir de la experiencia de tomar al “otro” como igual y de respetarlo del otro como otro, aunque no se entienda nada de lo que dice. El diálogo intercultural no puede convertirse

en una estrategia política para modernizar a todos y para convertir al capitalismo como parámetro cultural universal.

Es indispensable que la política deje de ser exclusiva a ciertos sectores y que esté abierta a los ciudadanos y que se encargue de crear espacios en dónde distintos actores puedan entrar en contacto e iniciar procesos de diálogos que les permita encontrar objetivos en común.

En el campo de la salud, es preponderante incluir el diálogo, elemento más importante de la interculturalidad, para promover el conocimiento mutuo entre las distintas culturas, que en el caso de Ecuador y de América Latina, se conforman básicamente en indígena, blanca-mestiza y negra, aunque esta diversidad se multiplicada de más en más gracias a la facilidad que existe hoy día para mezclarse entre los distintos sectores sociales.

Es preciso además, poner en tela de juicio los postulados biomédicos que se muestran como inviolables y los únicos verdaderos. Conjuntamente, hay que notar las enormes diferencias que existen entre los distintos tipos de medicinas. Por ejemplo, el sistema biomédico define las causas y el tratamiento de las enfermedades en base a criterios fisiológicos, lo que dista enormemente a cómo lo hace el sistema indígena, el mismo que contempla una serie más de aspectos como los socioculturales, ecológicos, emocionales, afectivos, etc., bajo una visión holista que, por tanto, no se limita al cuerpo sino que también abarca al espíritu.

Es necesario decir que para que exista una verdadera implementación de la interculturalidad en el campo de la salud, se debe entender que ninguna medicina es universal ni tampoco ninguna medicina es la única capaz de resolver los problemas sanitarios de la humanidad: todas, con sus propias características, técnicas y procedimientos, son válidas porque responden a distintas realidades culturales. Por tanto, no es posible reemplazar a ninguna medicina por otra, ni categorizarlas como “correctas” o “erradas”. Lo fundamental es que todas puedan convivir en armonía y mutuo respeto, teniendo como característica común la defensa de la vida.

Para que exista interculturalidad es indispensable terminar con las relaciones verticales, en las que el médico asume la posición del yo y él mismo le otorga al paciente la posición de “otro”,

un otro sin voluntad, dispuesto a lo que dice su tratante, llegando a convertirse en objeto de estudio.

En las prácticas de la salud no puede existir este tipo de relación impositiva, sino todo lo contrario: Médico y paciente deben mantener una relación de tipo horizontal, que les permita complementarse, asumiéndose como interlocutores que tienen que, por medio del diálogo, llegar a consensos que siempre beneficien a ambas partes.

Por un lado, la salud no puede remitirse al simple bienestar del ser humano, sino, que ésta debe estar estrechamente relacionada con el entorno material y espiritual. Durante el tratamiento, los médicos deben entender que no es posible aislar a los individuos de su socialidad, con el fin de transformarlos en un simple cúmulo de órganos y de dolencias. Si es que los individuos presentan sintomatologías, éstas deben ser estudiadas desde todos los aspectos, no simplemente desde los físicos, patológicos o químicos. Hablando del caso de Quito, esta es una ciudad a la que gente de todas las regiones del país ha emigrado en búsqueda sobretodo, de mejores condiciones económicas. Debe entenderse que cuando la gente emigra, no deja en su sitio de origen su cosmovisión, su manera de ser, pensar o ver el mundo, sino todo lo contrario, las lleva consigo. Por eso, estas particularidades deben consideradas al momento de la atención, como un derecho inalienable de cada paciente de poder decidir cómo ser tratado/tratada. Por tanto, la interculturalidad no puede ser homogenizante: Para que se practique la interculturalidad en el ámbito de la salud y para que esta sea justa, es necesario que exista equidad, más no igualdad porque esta última no valora ni toma en cuenta las diferencias entre grupos y personas. Sin embargo, sí se debe considerar por igual a todos los habitantes de una sociedad, para que esta sea justa

Por otro lado, para la implementación de políticas públicas, no se debe pensar que ésta es la tarea de “expertos” sino que estas deberían formularse de manera participativa entre representantes de los distintos actores que formarían parte de ellas. Pero para llevar esto a cabo, es absolutamente necesario que la estructura social actual se transforme para que, una vez por todas, en Ecuador dejen de reforzarse entre sí las desigualdades. Para conseguirlo,

debe existir una fuerte conexión entre políticas sociales y políticas económicas; reconceptualizando las pautas redistributivas.

Así, se podrían lograr la inversión en la salud y los derechos de las mujeres y personas jóvenes, la provisión de información, servicios y suministros integrales de salud sexual y reproductiva a todas las personas y la eliminación de la discriminación en contra de niñas y adolescentes y su acceso a todos los niveles de educación. Ahora bien, en el caso del parto, la atención debe ser aún más importante ya que éste no está asociado a la enfermedad, sino que es netamente un proceso cultural. La forma de dar a luz varía significativamente de cultura a cultura y estas diferencias tienen que ser tomadas en cuenta. Por tanto, la construcción del cuerpo y el manejo de la sexualidad son edificaciones culturales y que por tanto, son de lo más diversas.

Para que haya pertinencia cultural en el parto, debe existir una adecuación de los servicios de salud que responda a la diversidad de culturas y además, el personal debe ser capacitado para brindar una atención intercultural de calidad, con el fin de que exista un trato humanizado que abra la posibilidad de que las madres puedan parir de la manera en la que ellas se sientan cómodas y que permita que ellas sean acompañadas por quienes ellas prefieran. Los partos no deberían simplemente tener un enfoque intercultural, sino también de integralidad. La capacitación del personal no debe hacérsela únicamente en “salud interculturalidad”, sino en interculturalidad, es decir, tomándola como otro enfoque de pensamiento.

Sólo podrá existir una salud interculturalidad cuando exista una retroalimentación permanente: entre profesionales y pacientes representantes de la medicina tradicional y entre profesionales y pacientes representantes de las medicinas alternativa y complementaria. Es imperante que se entienda que la interculturalidad no es una simple adaptación de los instrumentos de las partes contrarias; es un proceso dinámico y permanente, en el que prima el aprendizaje y la comunicación en condiciones de horizontalidad. Lo fundamental es que la interculturalidad sea pensada y llevada a la práctica no simplemente para aquellos grupos sociales que siempre han estado o están marginados, sino con ellos mismos, convertidos en ejecutores de sus propios derechos.

Lamentablemente, el problema de la desigualdad no se podrá cambiar de la noche a la mañana porque es de tipo estructural e implica además, cambio de mentalidades, un proceso de autorreflexión por parte de los distintos autores y la adopción de nuevos valores. Deberá ser un arduo y duro proceso, pero ya es hora de que se comiencen a levantar los cimientos. La desigualdad nos ha perjudicado no sólo a los ecuatorianos sino a los latinoamericanos en general.

Este arduo proceso debería comenzar por: pasar de la mera “investigación” académica a una verdadera acción, acción que debe estar guiada por una previa formación académica en sociología y antropología y que involucre la participación activa de los pacientes.

Por eso, para que exista una verdadera posibilidad de introducir la interculturalidad en el sistema de salud hay que comenzar por generar espacios en donde pueda haber una real capacitación y qué mejor lugar que las universidades. Son ellas las que la deberían incluir en su pensum, pero no como una materia que les serviría para saber atender a los denominados pueblos originarios, sino una materia que, de la mano de la filosofía, les permita percibir que la realidad no es unidireccional, sino que es la sumatoria de muchas otras realidades, que no están aisladas, sino todo lo contrario, que están en constante interrelación, por tanto, enriqueciéndose mutuamente y transformándose. Esta sería la única forma de poner fin a la enseñanza occidental, que pretende “universalizar” no todos los servicios, sino todos los pensamientos.

De nada sirve que en la Constitución de 2008 se haya determinado la interculturalidad como un eje transversal si es que no se dan cambios a nivel estructural e institucional: aún falta mucho para que ésta se incorpore en la realidad y en la praxis social. En la Constitución se contempla la salud como derecho, sin embargo, en la realidad, son muy pocas personas que la reconocen como tal y que llevan ese derecho a la práctica y son menos las que se atreven a luchar por él y a exigirlo. En el mismo texto constitucional, se incluye que en ningún momento se negará la atención por emergencia pero lo que se vio en el Hospital Gineco Obstétrico Ididro Ayora, se evidencia lo contrario. Asimismo incluye que el Plan Nacional de Salud fortalecerá y reconocerá la diversidad social y cultural, basándose en la interculturalidad,

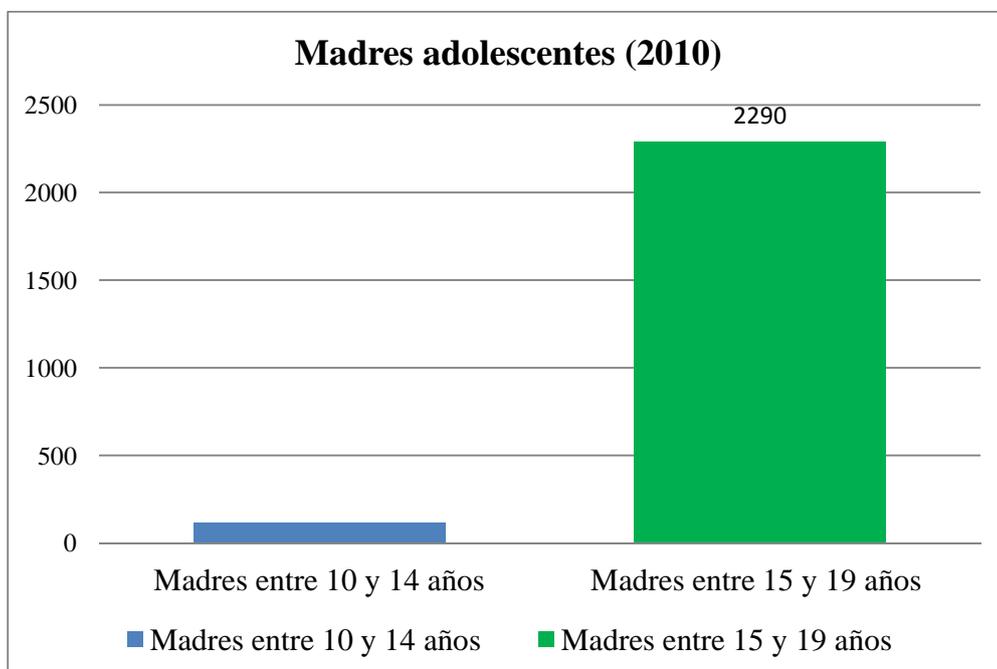
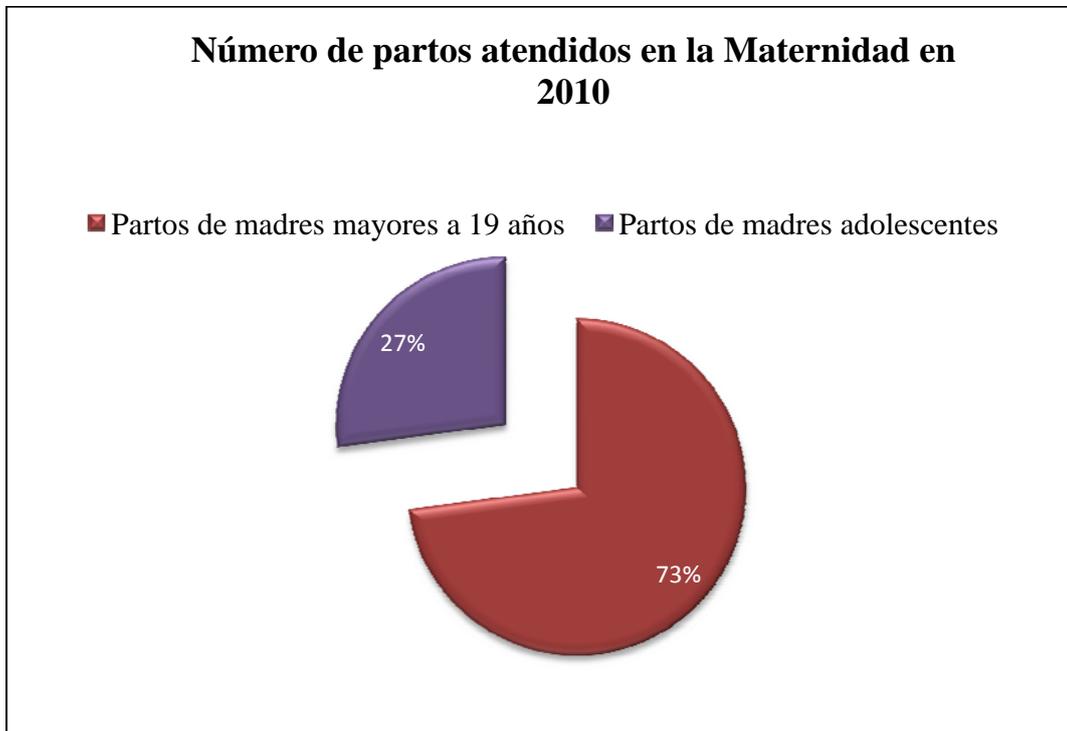
equidad e inclusión. Se supondría que el personal del hospital debería basar su práctica en los mismos principios pero en este caso, también ocurre lo contrario. El personal desconoce lo que significa interculturalidad, impone los métodos, no existe trato diferenciado, casi no hay diálogo entre médicos y pacientes etc. En la Constitución también se resalta la importancia de la participación ciudadana y del control social, no obstante, no existen espacios para ejercerlos.

El Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora es una institución, que como hemos visto, representa un punto básico de referencia para las mujeres, en edad fértil, de un nivel socioeconómico medio-bajo y bajo que están planificando tener un hijo o que van a dar a luz y sobretodo, representa un referente para las familias de adolescentes que, por un sinnúmero de razones, se han quedado embarazadas. La aceptación de que Ecuador es un país plurinacional tiene que obligar a las instituciones a modificar toda su organización interna. La salud es uno de los temas más importantes en la gestión de los gobiernos y es por donde tienen que empezar a implementarse cambios significativos y no superficiales. Al hablar de incluir la interculturalidad en la salud se está asegurando que un número importante de la población adquiera confianza en los servicios médicos y esto incidirá positivamente en que se genere una cultura preventiva y que la gente deje de recurrir a la auto-medicación. Sin embargo, esto nunca será posible sin la sensibilización del personal médico y de su capacitación en asuntos interculturales. Al hacer la investigación en la Maternidad Isidro Ayora, se pudo apreciar que los médicos no saben de qué se trata la interculturalidad y tienen incluso dificultades para definir la cultura. Cuando se pidió la autorización al Director, él no entendió de qué se trataba el trabajo investigativo y a pesar de que se hizo el esfuerzo de explicarle, terminó por no entenderlo. Es muy importante decir que, aunque la gran mayoría de adolescentes entrevistadas no había ni siquiera oído la palabra interculturalidad y desconocía que se la incluía a lo largo de la Constitución vigente, de entre las peticiones recogidas para mejorar la atención recibida, todas incluyeron ser tratadas con consideración, equidad, respeto, comprensión y todas solicitaron tener el espacio y la apertura para hablar con los profesionales que las atendieron y para expresarles sus dudas e inquietudes. Como se puede ver, si bien las jóvenes no pudieron definir interculturalidad, todas quisieron ser tratadas en base a ella.

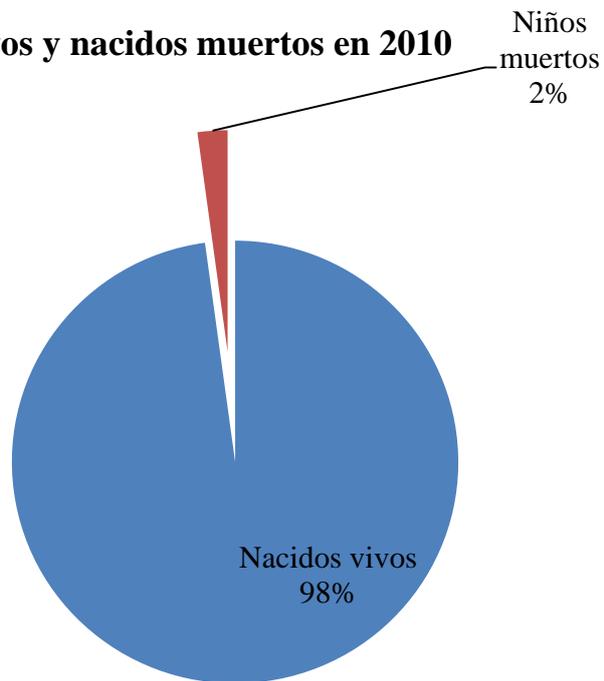
En respuesta a la pregunta de esta investigación se puede ver que el concepto de interculturalidad manejado en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora no abre espacios para una práctica médica alternativa y no los abrirá si no se empieza a promover cambios en el trato del médico hacia el paciente desde una mirada intersubjetiva y comunicativa. Se deberá enseñar a los médicos a ser más humanos y que ellos no son los únicos portadores de la verdad. Costará mucho trabajo poder cambiar las mentalidades de los profesionales de gran trayectoria, por lo que se debe comenzar por las aulas de las universidades donde se imparte medicina para que los aspirantes a médicos comiencen a tener una formación más humanista y holística. Para finalizar, se puede decir que no se verán resultados inmediatos y quizá tampoco mediatos, sino que es necesario que pase un período largo de tiempo: como se sabe, un cambio de un paradigma por otro, no ocurre de la noche a la mañana. Sin embargo, es imprescindible comenzar.

La filosofía intercultural tiene que nacer como alternativa a la globalización neoliberal y a la paradoja de homogenización-exclusión que ella trae consigo. Debe forjarse otra vez el concepto de universalidad en el que haya espacio para la realización de todos los universos culturales pero entendiendo que, si bien la cultura moldea y condiciona ciertas actitudes del ser humano, éste no es presa de aquella porque no está obligado a cumplir con sus preceptos al pie de la letra, sino que también puede ser creador e innovador, es decir, libre.

## 6. GRÁFICOS:

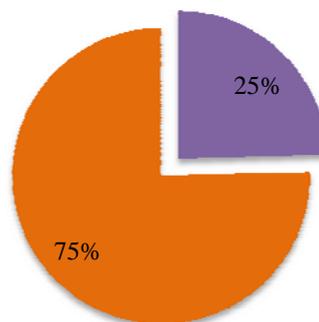


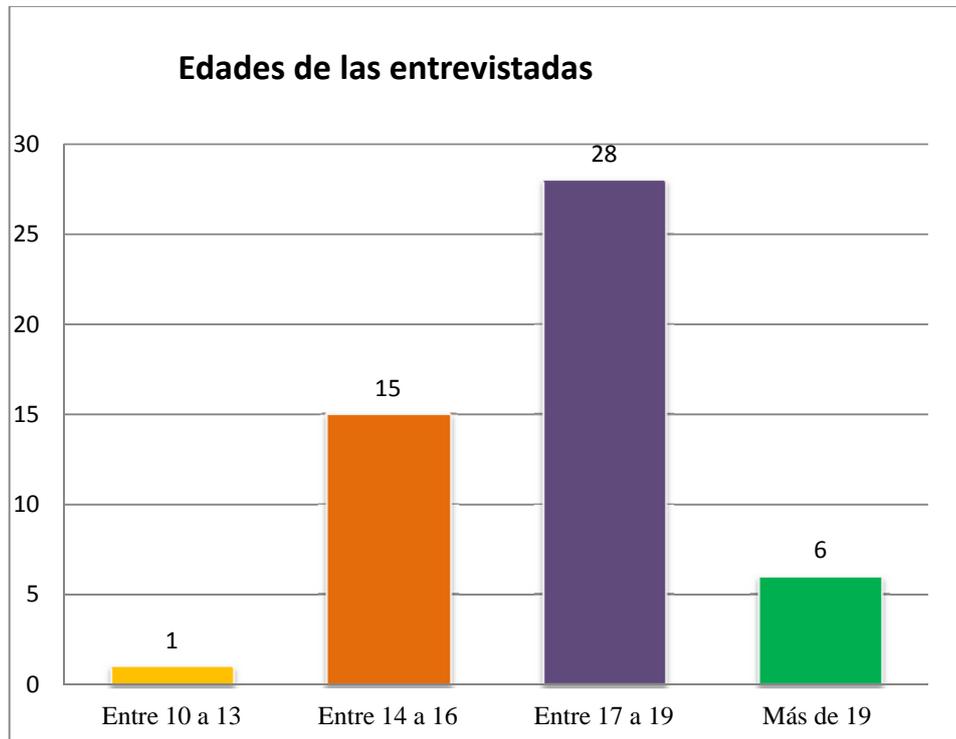
### Nacidos vivos y nacidos muertos en 2010



### Porcentaje de cesáreas y partos normales en la Maternidad en adolescentes en 2010

■ Cesáreas ■ Partos Normales





## 7. BIBLIOGRAFÍA

- Albó Javier. Interculturalidad y Salud .La Paz. Centro de Investigación y promoción del campesinado.
- Braunstein y otros, A medio siglo del Malestar de la Cultura de Sigmund Freud, México XXI, Segunda Edición, 1983. pg. 51.
- Cachiguango Luis Enrique. Sumak Kawsay: salud y enfermedad en los Andes, en Salud, Interculturalidad y derechos . Claves para la reconstrucción del Sumak kawsay- Buen vivir. Quito. Ministerio de Salud Pública. 2010. Pág. 77
- Campos Navarro Roberto. Experiencias sobre salud intercultural en América Latina en: Gerardo Fernández Juárez, Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas. Quito. Universidad de Castilla La Mancha-Abya Ayala. 2004 Págs. 129-151.
- Campos Navarro Roberto, Mejoramiento de la calidad y del acceso a los servicios con énfasis en la salud sexual y reproductiva para el ejercicio de derechos y la reducción de la mortalidad materno e infantil en Salud, Interculturalidad y Derechos. Claves para la Reconstrucción del Sumak Kawsay. Buen Vivir. 2010. Pg. 195.
- Caramés García María Teresa. Proceso socializador en Ciencias de la Salud. Caracterización y Crítica del Modelo Hegemónico Vigente. Universidad de Castilla-La Mancha. España.
- Casteñeda Amilcar. Derechos humanos e interculturalidad en Salud, Interculturalidad y Derechos Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay. Quito-Ecuador Ministerio de Salud Pública. Gobierno Nacional de la República del Ecuador. Junio 2010.
- Cortina Adela. Conferencia Ética, Ciudadanía y Modernidad. Universidad de Valencia. España.
- Dupont. B.M. Reflexiones sobre el progreso de medicina.
- Echeverría Bolívar. Definición de Cultura. Curso de Filosofía y Economía 1981-1982. México. Primera Edición. 2001.
- Echeverría Bolívar. La Modernidad de lo Barroco.

- Fernández Juárez Gerardo. Sumak Kawsay: retos y paradojas de la salud intercultural en Salud, Interculturalidad y Derechos. Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay. Quito-Ecuador Ministerio de Salud Pública. Gobierno Nacional de la República del Ecuador.. Junio 2010. Pág. 30.
- Fonet-Betancourt Raúl. Transformación intercultural del la filosofía. Desclée.2001
- Foucault Michel. El Nacimiento de la Clínica. Una Arqueología de la Mirada Médica.
- Granda Merchán Sebastián. Textos Escolares e interculturalidad en el Ecuador. Quito, Universidad Andina Simón Bolívar, Abya-Yala, Corporación Editora Nacional.
- Habermas Jurgen. El Discurso Filosófico de la Modernidad .Argentina. Katz editores. Primera Edición. 2008.. Págs. 326, 349
- Maldonado Luis. Interculturalidad y políticas públicas en el marco del buen vivir. En: Salud, interculturalidad y derechos. Claves para la reconstrucción del sumak kawsay-buen vivir. Ministerio de Salud. 2010. Pág.84
- Michaux Jacqueline. Hacia un Sistema Intercultural de Salud en Bolivia. De la Tolerancia a la Necesidad Sentida. Universidad Mayor de San Andrés. La Paz, Bolivia.
- Ortega Pérez Fernando. Bioética en la interculturalidad en Salud, Interculturalidad y Derechos Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay Quito-Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Gobierno Nacional de la República del Ecuador. Junio 2010.
- Salas Astraín Ricardo, Ética intercultural. Abya Yala, Quito, Ecuador. 2006
- Sierra Natalia. Educación Intercultural Bilingüe. Págs.5, 24, 27
- Varios autores, “¿Un derecho enfermo? La salud en el Ecuador. INREDH. Serie 6 Investigación. Quito. Diciembre 2002. Pg. 17.
- Varios autores. Propuesta de Políticas Públicas de Salud para la diversidad plurinacional e intercultural del Ecuador”. Quito. CONASA.
- Varios autores. Hacia la construcción de un modelo de salud reproductiva con enfoque intercultural en el Hospital San Luis de Otavalo-Ecuador. Quito-Ecuador Ministerio de Salud Pública. Gobierno Nacional de la República del Ecuador, Fondo de Población de Naciones Unidas. 2010. Pág. 14
- <http://www.ecuadorencifras.com/cifras-inec/alfabetismo.html#app=5df9&315d-selectedIndex=1>

- <http://www.ecuadorencifras.com/cifras-inec/vivienda.html#>
- [http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG\\_Report\\_2010\\_SP.pdf#page=3](http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2010_SP.pdf#page=3)
- [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PNADK045.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADK045.pdf): Manual para la humanización y adecuación cultural de la atención del parto.
- <http://www.facebook.com/notes/grupos-lactancia-y-maternidad-quito/la-red-latinoamericana-y-del-caribe-por-la-humanizaci%C3%B3n-del-parto-y-del-nacimien/192811604084398>
- [www.senplades.gov.ec](http://www.senplades.gov.ec)
- [http://www.hgoia.med.ec/index.php?Itemid=235&option=com\\_content](http://www.hgoia.med.ec/index.php?Itemid=235&option=com_content)

## 8. ANEXOS

### 8.1. Esquematización de las entrevistas

A continuación se encuentran resumidas las entrevistas que se realizaron a las madres adolescentes. La esquematización de la entrevista a la enfermera y a la psicóloga se pueden leer en el último capítulo. Todas las entrevistas pueden encontrarse en formato audio en el CD que se incluye en esta disertación.

| <u>#</u> | <u>Fecha</u> | <u>Nombre</u>                                   | <u>Edad</u> | <u>Historia</u>  |
|----------|--------------|---|-------------|--|
| 1        | 13/06/11     | Rosa Peña<br>(mestiza)                          | 13          | Dijo estar conforme y le pareció que la atención fue rápida. Tuvo parto normal y sin dolor. Estaba quince días en hospitalización porque le estaban haciendo exámenes. Los médicos no sabían qué tenía porque solo presentaba fiebre en las noches. Se sentía impaciente.  |
| 2        | 13/06/11     | Katherine Espinosa<br>(mestiza)                 | 17          | Aseguró que le atendieron bien y rápido en el parto no tuvo que esperar. Este último fue expulsivo, rápido y sin dolor. No estaba cómoda en hospitalización, pese a que solo llevaba un par de días: se sentía sola y extrañaba a su papá, a su mamá y al padre de su hijo. Sin embargo, no podía irse porque su bebé nació prematuro y bajo de peso. Pensaba que la hora de visita era muy corta. |
| 3        | 13/06/11     | Cristina Arelis<br>Ruichán Cuichán<br>(mestiza) | 17          | Consideraba que la trataban bien y con paciencia. En hospitalización se sentía atendida y cuidada y que tenía la libertad de preguntar al personal sobre su salud y la del bebé. Calificó la atención recibida con un 9. No dio la calificación más alta porque había oído que los médicos juzgan a las pacientes adolescentes por   |

|   |          |  |    |   |
|---|----------|--|----|---|
|   |          |  |    | haberse quedado embarazadas a corta edad.   |
| 4 | 13/06/11 | Tamiasisa<br>Cachimuel<br>Alexandra Tupiza<br>(indígena) | 15 | <i>“Las enfermeras de abajo, de emergencia, son muy groseras. A mí me trataron bien feo, así como que me insultaron” “En el rato que te van a tocar para ver cuánto es la dilatación, me trataron bien feo, me dijeron: “Ay ese rato vuelta ha de haber estado disfrutando y este rato está sufriendo. Me trataron bien feo y eso no me gustó”.</i>   |
| 5 | 13/06/11 | Tatiana Carolina<br>Benavides<br>Enríquez                | 17 | Consideró que la atención recibida en el Hospital fue buena. En una escala del uno al diez, la calificó con un diez.  |
| 6 | 13/06/11 | Johanna Santana  | 17 | Se sentía satisfecha con el trato que recibió por parte de los médicos. Lo que no le gustó fue que no le dejaron pasar a su esposo a la sala de partos y que la espera para dar a luz desesperante. <i>“De ahí, como estaba llenito, me tocó dar ahí abajo, en emergencia”.</i> En una escala del 1 al 10, ella le calificaría con un 8 porque <i>“hay unos doctores que son un poquito exigentes. Por ejemplo, al principio que me atendió el doctor me dijo que caminara, que aguantara”.</i> |
| 7 | 13/06/11 | Tania Elizabeth<br>González Vivanco                      | 18 | Le practicaron una cesárea. Consideró que su experiencia había sido buena. <i>“No me han tratado mal ni me han gritado”.</i> Según ella, los médicos le dieron apoyo y ánimo: <i>“Me siento como si estuviera en mi casa, no me siento desesperada, estoy tranquila”.</i>   |
| 8 | 13/06/11 | Patricia Jaramillo                                       | 16 | <i>“En lo que estaba en el proceso, me asustaba</i>   |

|   |          |  |    |   |
|---|----------|--|----|---|
|   |          |  |    | <p><i>bastante porque veía como a otras mamás le llegaban los dolores, necesitaban a alguien que estuviera ahí, les dejaban solas”” Yo, lo que vi fue que les trataban un poco mal. Del dolor, algunas mamás gritaban y les empezaban a molestar, a criticar. Luego, cuando ya salían a parto, hacían bromas de lo que hacía ahí”. “Llegó una chica que o sea hablaba francés y por lo que hablaba francés no podíamos entenderle, los doctores tampoco podían entender. Le decían como si fuera una señora de otro planeta. Hablaban mal de ella”. “También a una chica que ya no aguantaba el dolor se levantó de la camilla y se le salió el suero y se cayó al piso y envés de ayudarle ellos se empezaron a reír. Después, cuando ella ya se fue, le remedaban. Se botaban de la camilla”</i></p> <p><i>“Entre mi decía, como les voy a pedir ayuda, se van a burlar, no me van a ayudar”.</i></p> <p>En hospitalización, se sentía sola porque se encontraba con personas que ella no conocía. Lo que cambiaría es la actitud de los doctores: decía que cuando pidió su ayuda, le respondieron que ellos no pueden hacer nada mientras se reían, se tomaban fotos y conversaban. De una escala del 1 al 10, ella dio al trato que recibió en el hospital con un 3.</p> |
| 9 | 13/06/11 | Diana Elizabeth Calle Martínez (mestiza) | 17 | Ella tuvo un embarazo molar, es decir, en lugar de formarse un feto, le creció una masa y por ello le operaron de emergencia. Para ella, la   |

|    |          |                        |    |  |
|----|----------|------------------------|----|--|
|    |          |                        |    | <p>experiencia en el hospital fue negativa porque se sintió muy sola, no le dejaron estar con su madre y porque se le hizo muy difícil relacionarse con otras personas, además de que su embarazo fue producto de una violación. De una escala del 1 al 10, ella calificó la atención recibida en el hospital con un 5 . No le dio la calificación más baja sólo porque la doctora que estuvo en su operación fue amable con ella. Dijo que el resto del personal “no le explicada nada”</p> |
| 10 | 13/06/11 | Sofía Macías (mestiza) | 17 | <p>De una escala del 1 al 10, ella calificó la atención recibida con un 7.</p> <p><i>“El doctor era: no grite, no llore, no se mueva, no se coja las piernas, cójase de los tubos, puje duro” “Solo tenías ganas de decirle al doctor que se calle” “En emergencias me hicieron esperar un buen rato hasta que me atiendan... fue desesperante. Tú ves como se pasean las enfermeras y tú ves como se pasean y te da una desesperación de decir ¿me van a atender ya?”</i></p>               |
| 11 | 13/06/11 | Sylvia López           | 17 | <p><i>“Hay unas enfermeras que se portan medias groseras, a veces ellas también se fijan como es uno”. “Yo estaba esperando mi parto y había una señora morenita. Había una enfermera que no le quería ayudar”. En el parto, “tuve que esperar a que me cojan los dolores porque no tenían pitosin”. Al estar sola, se sentía nerviosa, con miedo. Esperó desolada, casi medio día hasta dar a luz. En el tiempo de hospitalización,</i></p>   |

|    |          |                                    |    |  |
|----|----------|------------------------------------|----|--|
|    |          |                                    |    | se sintió mal y desesperada por salir pero aún tenía que permanecer una semana más porque su bebé tenía una infección. Lo que le gustaría es que el tiempo para las visitas fuera más extenso.   |
| 12 | 13/06/11 | Josselyn Quilo                     | 15 | Se sentía satisfecha con la atención recibida.   |
| 13 | 13/06/11 | Adriana Amaguaña                   | 18 | No conocía ni qué es interculturalidad ni cultura pero se sentía satisfecha con la atención recibida, aunque le parecía difícil estar encerrada.   |
| 14 | 11/06/11 | Jacqueline Nathaly Chamba Pesantez | 16 | Dio a luz a los seis meses por motivo de una preclamsia y de un problema al riñón. Su bebé nació prematuro y ella tenía que someterse a un trasplante de órgano. Pese a todo, se sentía satisfecha con la atención recibida.   |
| 15 | 11/06/11 | Merly Jazmin Pilco Cedeño          | 16 | Se sometió a una cesárea a las treinta y seis semanas: su niña estaba sentada. Se sentía satisfecha con la atención recibida.  |
| 16 | 30/05/11 | Mercedes Isabel Ramírez Mosquera   | 18 | Dio a luz a su segundo hijo. Su primer hijo nació cuando ella tenía quince años. Se sentía muy satisfecha con la atención recibida: en una escala del 1 al 10, ella la calificó con un 10.   |
| 17 | 31/05/11 | Rosa Chuquimarca                   | 17 | Se sentía insatisfecha con la atención que recibió en el parto. Argumentó que mientras esperaba a dar a luz, nadie le atendía: las doctoras se paseaban y la ignoraban. La dejaron sentada en una silla diciéndole: “ <i>aún no es hora</i> ”, aún cuando su agua de fuente se había roto hace dos días. Adicionalmente las enfermeras eran groseras: le decían: “ <i>ya no moleste</i> ”. Entró por emergencias porque “ <i>ya no avanzaba</i> ”. |

|    |            |                                 |    |  |
|----|------------|---------------------------------|----|--|
|    |            |                                 |    | Argumenta: “sólo decía que me ayuden” “Nos dejaban en las camillas, solitas”.  |
| 18 | 31/05/11   | Erika Obaco Prado.              | 15 | Dio a luz a las 27 semanas. Pese a ser un embarazo que no era a término, dio a luz normalmente. Llegó “con las justas”. Lo que no le gustaba es que había veces que no podía ver a su bebé porque, por ser prematuro, los médicos tenían que hacerle exámenes constantes.  |
| 19 | 27/05/2011 | Sandra Elizabeth Taipe Chiguano | 16 | Le practicaron una cesárea, con el riesgo que su bebé muera. Sin embargo, sobrevivió. Argumenta que se encontró con doctores amables pero con otros muy groseros, sobre todo aquellos que se vestían con uniforme azul quienes no le tenían paciencia para explicarle sobre la salud de su bebé.   |
| 20 | 27/05/2011 | María Francisca Guaipa          | 24 | Su hija fue prematura: nació de 35 semanas. En emergencias no le prestaban atención, a tal punto, que le cogió la sensación de pujo y no alcanzó a llegar a la sala de partos. Después de dar a luz, no pudo ver a su hija ni supo a dónde se la llevaron. Tuvo que esperar casi medio día para averiguar, por sí sola, en dónde estaba. Lo único que sabía era que su bebé sí había llorado y que “estaba viva”. Pese a que nació prematura y que tenía un peso muy bajo, las enfermeras le bañaron, produciéndole una neumonía. María Francisca Guaipa se quejaba de que la mayoría de médicos no tenían tiempo ni paciencia para explicarle en qué estado está su bebé”. Cuenta que un día le había dicho a la enfermera que su |

|    |            |              |    |  |
|----|------------|--------------|----|--|
|    |            |              |    | <p>bebé se encontraba con el vientre hinchado y ella le había hecho muecas y le había dicho que no moleste. Llevaba más de un mes internada, sin saber cuándo iba a salir. Era madre de otra niña, de año y medio y a quien le cuidaban sus suegros.</p> <p>Por otra parte, contó de un caso que vio en la sala en la que ella está hospitalizada. Afirmó que un día llegó una mujer indígena que fue tratada con desdén. Según su testimonio: <i>“le cogían de los senos, le aplastaban durísimo, lloraba ella, al guagua le cogían de la cabeza, le hacían mover”</i></p>  |
| 21 | 27/05/2011 | Andrea Maiza | 18 | <p><i>“Las complicaciones vinieron cuando llegué aquí”. “fue el peor error que he cometido en la vida”.</i></p> <p>Contó que ella llegó a las dos de la mañana ya con labor de parto. Entró por emergencias, en donde le dijeron que tenía que practicársele una cesárea, pero al llegar a la sala de partos, le dijeron que tenía que dar parto normal. Recién a las diez de la mañana del día siguiente le operaron, después de que ya llevaba algún tiempo con diez centímetros de dilatación y pujando, corriendo de riesgo de que se le rompa el útero y después de que llevaba varias horas sin agua de fuente.</p> <p>Afirmó que durante todo el embarazo, su bebé mantuvo una buena talla y un buen peso. El</p> |

|    |          |                                   |    |   |
|----|----------|-----------------------------------|----|---|
|    |          |                                   |    | pronóstico era que iba a nacer fuerte y saludable. Sin embargo por negligencia médica, nació sin oxígeno y tuvo que estar ocho días en la sala 205, que es la sala de los bebés más delicados. Por otra parte, argumentó que en el hospital: <i>“No hay información suficiente como para que tú te quedes tranquila, nadie te puede explicar”</i> . |
| 22 | 25/05/11 | Mayra Pinduisaca                  | 17 | Su bebé nació bajo de peso. El parto no tuvo complicaciones. Se sentía satisfecha con la atención recibida. De una escala del 1 al 10, la calificó con un 10.   |
| 23 | 25/05/11 | Keila Enríquez                    | 19 | Colombiana. Dio a luz a su segundo hijo. Se sentía muy satisfecha con la atención recibida en el hospital. De una escala del 1 al 10, ella la calificó con un 10.   |
| 24 | 25/05/11 | Fanny Karina Raura Rodríguez      | 18 | No pudo dar parto normal. Llegó a la Maternidad a las 2 de la mañana. Terminaron haciéndole la cesárea a las 8 de la noche. Se sintió a gusto en el hospital, dice que le tocó un doctor que parecía que <i>“le conocía de toda la vida”</i> .  |
| 25 | 25/05/11 | Xiomara Sánchez                   | 17 | Dio a luz a su segunda bebé. Tuvo su primer hijo a los 15 años. En su parto estuvieron también estudiantes. Sin embargo, consideró satisfactoria la atención recibida.  |
| 26 | 23/05/11 | Alba Espinoza (afro-descendiente) | 16 | Ella no decidió ir a la maternidad, sino su familia. No se preparó para el parto y lloraba mientras esperaba a dar a luz. Sin embargo, se sentía satisfecha con la atención recibida. Aseguró que los doctores le tuvieron paciencia y  |

|    |          |                                       |    |  |
|----|----------|---------------------------------------|----|--|
|    |          |                                       |    | que le dieron ánimo para que pujara y se calmara.  |
| 27 | 23/05/11 | Patricia                              | 18 | <p>Tuvo un embarazo complicado: a los cinco y a los ocho meses tuvo que internarse.</p> <p>Cuando llegó al hospital para dar a luz, a las 12 de la noche, los médicos le dijeron que regresar a la casa hasta que tuviera más centímetros de dilatación. Cuando regresó, la ingresaron de emergencia. Dijo que en el parto el médico se portó bien. Sin embargo, se quejó del dolor que sintió el momento de coser su episiotomía. Contó que la sutura duró más de 45 minutos porque fueron estudiantes practicantes los que hicieron la intervención. Dijo que oía a una estudiante decirle al doctor que no la dejara sola, que tenía miedo, que no sabía cómo hacer.</p>                  |
| 28 | 23/05/11 | Rosa Elvira Padilla Mancero (mestiza) | 16 | <p>Cuando se enteró que estaba embarazada, se <i>“emocionó bastante y le dio ganas de llorar”</i>.</p> <p>No dio a luz en la Maternidad porque no le atendieron: le dijeron que aún faltaba que se dilate su cuello del útero. Sin embargo, como <i>“no aguantaba”</i> se fue a otro centro de salud. Cuando llegó allá, le atendieron enseguida y no se demoró más de 15 minutos en dar a luz. Sin embargo, tuvo que trasladarse al Hospital porque su bebé nació prematuro y porque en el centro de salud no disponían de termo cunas. Para el día de la entrevista había pasado 14 días internada. Afirmaba que se había sentido muy triste y sola y que la única persona que le deba</p> |

|    |          |                            |    |  |
|----|----------|----------------------------|----|--|
|    |          |                            |    | ánimo era su hijo.   |
| 29 | 23/05/11 | Tania                      | 17 | Le dio preclamsia. Su bebé nació de 31 semanas y para ese entonces, estaba en la incubadora. Además de nacer prematuro, le dio una infección. Le practicaron una cesárea, para la cual ella estuvo muy dispuesta porque los médicos le explicaron que si no le hacían, su bebé no resistía. Afirma que lo “hizo por él”. En general, se sentía satisfecha con la atención que había recibido.  |
| 30 | 23/05/11 | Katherine Galarza Suquillo | 17 | Era su segundo bebé. El primero lo tuvo a los quince años. Su primer parto fue normal y sin complicaciones. Sin embargo, en esa ocasión le había practicado una cesárea.<br><i>“Los doctores sí fueron buenos, amables y generosos pero sí me hablaron un poquito porque me dijeron que cómo voy a tener dos hijos teniendo 17 años” “Me preguntaron qué porqué no me cuidaba”. “Yo les dije que no me quedaba embarazada dos años y que ya no me iba a quedar embarazada, que me había quedado estéril”. “De ahí no me preguntaban nada más”.</i><br>Pese a todo, se sentíae satisfecha con la atención recibida. |
| 31 | 10/05/11 | Yesenia Morales            | 15 | (Era la segunda vez que era entrevistada. La primera vez fue el 09/05/11. En esa ocasión, lloraba y no podía hablar)<br>Al principio, su embarazo fue complicado. Tuvo sangrado, pero desde que se hizo atender en la  |

|    |          |                 |    |   |
|----|----------|-----------------|----|---|
|    |          |                 |    | <p>Maternidad, lo pudo controlar. El día que dio a luz, espero más de doce horas para que la internen porque “no se le dilataba lo suficiente”. Cuando finalmente ingresó, dio a luz enseguida, y aquello le causó un desgarre. “le avanzaron a coger con las justas”. Sin embargo afirma que los <i>“Doctores sí tienen bastante paciencia. Soportaron lo que me quejaba”</i></p> <p>Sin embargo, se quejaba de la soledad que había sentido en el área de hospitalización.</p>  |
| 32 | 10/05/11 | Tatiana Almeida | 32 | <p>Era su tercer hijo. Estaba hospitalizada en el área de adolescentes porque no había camas en la sala de las mujeres adultas.</p> <p><i>“Realmente yo no quería venir acá porque vine en marzo y la atención fue super fea. El doctor que me atendió aquel día era grosero, las enfermeras groseras. Si uno se hacía atender aquí lo que le decían es váyase a un privado pues, pague pues. Y yo no quería venir acá. Y cuando entré a acá, realmente yo sentí que tuve suerte ese día que entré, yo creo que ese día fue de suerte: llegué y no había nadie, primero que no había gente, la doctora que me atendió con el residente, muy amables, muy atentos, preocupados”.</i></p> <p>Sin embargo, con respecto a la atención prestada a su bebé, quien estaba en la sala 205 con los niveles de bilirrubina elevados, ella se sentía satisfecha. <i>“Veo que mi hijo está bien atendido arriba”.</i> <i>“ veo que la atención por eso lado si</i></p> |

|    |          |                                 |    |   |
|----|----------|---------------------------------|----|---|
|    |          |                                 |    | <i>está bien</i>  |
| 33 | 09/05/11 | María Elizabeth Cedeño Ortiz    | 19 | Venía de Bahía de Caraquez pero vivía en Quito hace un año. <i>“Cuando descubrí que estaba embarazada me lo quise sacar, pero luego me arrepentí”</i> . Era su segundo hijo. Le hicieron una cesárea. Para ella, la atención fue satisfactoria.   |
| 34 | 09/05/11 | Evelyn Borja (afrodescendiente) | 16 | Dijo que algunas enfermeras eran muy groseras, <i>“son muy gritonas”, “no sé cómo explicar”, “no tienen paciencia”</i> . <i>“Los doctores sí son chéveres”</i> .<br>Su hija se encontraba internada en la sala 205 porque ella la contagió de sífilis.  |
| 35 | 09/05/11 | Paola Díaz                      | 16 | Le hicieron cesárea de emergencia. Su niña nació prematura y por eso, la tuvieron en terapia intensiva y en la incubadora. Para ese entonces, Paola Díaz había estado hospitalizada 25 días. Contó que al inicio fue duro: <i>“todos los días lloraba”, “después dije que tengo que estar aquí por mi hija”</i> .<br>Argumentó que lo más difícil era la soledad y no estar con su mamá y que le hubiera gustado que las horas de visita hayan sido más largas. <i>“hasta ahora acordarme es feo”</i> . |
| 36 | 09/05/11 | Miriam Susana Ruiz              | 18 | Es la segunda vez que se embarazaba. En su primer parto, entró por emergencia con sangrado y le mandaron de vuelta a la casa diciéndole que sólo tenía una infección. Al día siguiente, un sábado, regresó y dio a luz. Al domingo, recién al medio día, le dijeron que su bebé había muerto: no había podido respirar por sí solo.   |

|    |          |                           |    |  |
|----|----------|---------------------------|----|--|
|    |          |                           |    | <p>Tenía apenas 26 semanas. Según ella, el parto se le adelantó por un <i>“problemita entre marido y mujer”</i>.</p> <p><i>“Cuando me avisaron (...) fue un peso para mi, un peso bien grande, soportar sola y aquí metida, escuchar el llanto de los bebés que lloraban aquí dentro, ganas de salir corriendo me daba. Ya con eso, qué podía hacer, no podía hacer nada. Pero con todo eso, lo superé”</i></p> <p>Contó que la segunda vez, su doctora le dio ánimo porque ella estaba asustada de que le pase lo mismo.</p> <p>Le hicieron una cesárea y su bebé estaba estable.</p> <p><i>“Mi hijo me ha de curar todas las heridas que me dejó mi hija”</i>.</p> |
| 37 | 09/05/11 | Ibeth Espinosa<br>Calispa | 19 | <p>Afirmó que le recibieron bien y que enseguida le pasaron a la sala de partos. Contó que le hubiera gustado tener el apoyo de su mamá porque <i>“ese rato no podía ni hablar, me olvidaba las cosas que me decían”</i>. Sin embargo, se sentía satisfecha con la atención de los doctores y las enfermeras.</p>  |
| 38 | 09/05/11 | Rosa Padilla              | 18 | <p>Segundo embarazo. Su primer hijo lo tuvo a los 14 años. Afirmó que los doctores le atendieron bien y rápido. Sin embargo, comparó la atención que recibió con la del centro de salud de Chimbacalle donde tuvo su primer hijo y concluyó este último fue mejor, sobre todo en lo que respecta a las horas de visita. Adicionalmente, contó que cuando dio a luz,</p>  |

|    |          |                                  |    |   |
|----|----------|----------------------------------|----|---|
|    |          |                                  |    | pudo ver que a muchas mujeres las tenían en una sala de espera hasta que haya una cama disponible. <i>“Le tienen a uno como a ellos les dan la gana”</i>  |
| 39 | 09/05/11 | Gina Zambrano                    | 14 | Llegó al Hospital “con las justas”, afirmó que la ingresaron enseguida. Contó que todo el personal le había tratado bien, no tenía ninguna queja.   |
| 40 | 09/05/11 | Mariana Esther Balseca Rodríguez | 22 | Tuvo un parto expulsivo pero afirmó que los doctores le explicaron muy bien las cosas y que fueron pacientes. Se sentía satisfecha con la atención recibida.  |
| 41 | 09/05/11 | Adrina Albacura                  | 19 | Contó que al principio tuvo problemas con su pareja: <i>“No me crecía la barriga porque discutía con él”</i> . Finalmente, su bebé nació prematuro y bajo de peso. Afirmó sentirse apoyada.   |
| 42 | 09/05/11 | Marisol                          | 27 | Tercer hijo. Su primer hijo lo tuvo al cumplir los 18. Se sentía satisfecha con la atención recibida. No se había encontrado con algún médico que haya sido grosero o que no le haya tenido paciencia. Nació en Babahoyo (sus dos primeros partos fueron allá). Vive en Quito hace seis años. |

|    |          |               |    |   |
|----|----------|---------------|----|---|
| 43 | 09/05/11 | Fernanda Meza | 19 | Segundo hijo. Ambos partos los tuvo en la Maternidad. En el primer embarazo tuvo la presión alta. Contó que al dar a luz, no le pasaron a su hijo hasta el segundo día y que hasta entonces, “no dejaba de llorar”. Su segundo parto también fue cesárea  |
| 44 | 09/05/11 | Berta Rochina | 32 | Cuarto hijo. Su parto fue expulsivo. Sus cuatro niños los ha tenido en el Hospital. Opinaba que lo que debía cambiar era la actitud que algunas doctoras asumían frente a las pacientes: <i>“ellas siempre se meten, por la cantidad de niños nos hablan, nos dicen que cuántos mismo va a tener, que para hacer el hijo es fácil, el rato del parto ahí si lloran, se quejan. Entonces esas cosas están mal. Pienso que todas somos mujeres y nadie debe juzgar a nadie”</i> <i>“Hay doctores caritativos, buenos y hay doctores que no tienen paciencia”</i> . <i>“Pienso que el pobre sabe (...) ellos deben respetar eso”</i> . <i>“Quien tiene que juzgar es Dios”</i> . |
| 45 | 09/05/11 | Verónica Oña  | 19 | Segundo hijo. Le hicieron una cesárea al igual que en el primer embarazo. Su bebé nació prematuro. Afirmaba que los doctores le habían tratado muy bien y que le habían puesto mucha atención. Pese a que su niña ya está estable, aún no sabía cuando le iban a dar el alta. <i>“No sé qué también tengo”</i> <i>“Me mandaron hacer un eco y el eco no sé qué tiene”</i> . <i>“ojalá me expliquen más tardecito”</i> .   |

|    |          |  |    |  |
|----|----------|--|----|--|
| 46 | 09/05/11 | Jessenia   | 15 | Lloraba. No podía hablar. <b>SE LE HIZO LA ENTREVISTA AL DÍA SIGUIENTE.</b>  |
| 47 | 03/05/11 | Rubby Guzmán<br>(colombiana)                     | 16 | Se sentía satisfecha con la atención recibida en el Hospital.  |
| 48 | 03/05/11 | Ceci Lisbeth<br>Menendez<br>Quiñonez<br>(mulata) | 18 | Segundo hijo. Proveniente de la Concordia. Dio a luz allá pero por una hemorragia, la trasladaron. Se sentía satisfecha con la atención recibida en el Hospital.   |
| 49 | 03/05/11 | Mayra Solórzano                                  | 26 | Tuvo un legrado anterior porque su primer bebé no estaba implantado en el útero sino a un lado. Afirmaba que se sintió apoyada por parte de los doctores. Ellos le ayudaron para que de parto normal, porque ella, a causa de los dolores, quería que le practiquen una cesárea. Se sentía satisfecha con el trato recibido.   |
| 50 | 03/05/11 | Patricia Daniela<br>Vera Vergara                 | 17 | Originaria de Bahía de Caráquez. Había dado a luz a su segundo hijo Se sentía satisfecha con la atención recibida. Su primer parto también lo había tenido en el Hospital.   |
| 51 | 03/05/11 | Edith Valdiviezo<br>Díaz.                        | 18 | Llegó a la maternidad y le dijeron que le faltaba dos semanas. Regresó a la casa pero por la noche, le regresaron los dolores y tuvo que volver de emergencia. La internaron y le dijeron que era parto normal, pero como llegó con 6cm. de dilatación le tuvieron en sala de espera hasta que el cuello del útero se dilate completamente. Afirmó que los doctores le trataron muy bien, que le ayudaron a dar a luz y que se sintió cómoda y bien cuidada. |